



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL



**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SOBRE
ALGUMAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
DOS ALUNOS DOS ENSINOS BÁSICO E SECUNDÁRIO DE
UMA ESCOLA DA ÁREA DA GRANDE LISBOA**

MARIA MARGARIDA BAROSSO PISSARRA MARTINS

SETEMBRO DE 2010



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

UNIDADE DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SOBRE
ALGUMAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
DOS ALUNOS DOS ENSINOS BÁSICO E SECUNDÁRIO DE
UMA ESCOLA DA ÁREA DA GRANDE LISBOA

MARIA MARGARIDA BAROSSO PISSARRA MARTINS

DISERTAÇÃO APRESENTADA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM MICROBIOLOGIA MÉDICA

ORIENTADORA: PROF.^a DOUTORA FILOMENA MARTINS-PEREIRA

CO-RIENTADORA: MESTRE INÊS FRONTEIRA

SETEMBRO DE 2010

Agradecimentos:

À Comissão Científica da 2.^a Edição do Curso de Mestrado em Microbiologia Médica que possibilitou a realização desta investigação.

À Professora Doutora Filomena Pereira e à Mestre Inês Fronteira, orientadoras desta investigação, à primeira pela compreensão e pelo acolhimento desde o primeiro momento e à segunda pelo esforço, pela paciência e por tudo o que me ensinou.

Aos professores e aos órgãos de gestão educativa da escola que autorizaram e colaboraram na aplicação do questionário.

A todos os alunos que acederam a participar nesta investigação, expondo a sua intimidade e tornando-o possível.

À minha família, em particular à minha mãe, pela compreensão e apoio inesgotáveis.

Ao Nuno, por estar sempre aqui.

Resumo:

Os jovens são um grupo onde a prevalência e a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é cada vez maior. Este facto parece dever-se a um grupo de factores determinantes, entre os quais se destaca o comportamento de utilização do preservativo, enquanto único método capaz de evitar a transmissão das IST.

A resolução do problema passa pela implementação de programas de prevenção e controlo ajustados à população juvenil. No entanto, a investigação dos factores determinantes das IST que estão na base destes programas tem sido escassa em Portugal.

O presente estudo do tipo observacional, analítico e transversal incidiu sobre a totalidade dos 1101 alunos de uma escola da periferia de Lisboa e teve como objectivos: descrever alguns conhecimentos e factores sociodemográficos, escolares e comportamentais determinantes das IST; averiguar se existem diferenças atribuíveis à idade e ao sexo nestes factores determinantes; averiguar se estes factores determinantes se encontram associados à utilização do preservativo.

Na colheita dos dados foi utilizado um questionário de auto-preenchimento, desenvolvido para o efeito, e no tratamento dos mesmos recorreu-se à estatística descritiva e analítica.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que a principal fonte de informação sobre sexualidade dos alunos são os amigos, mas estes preferiam que fossem os profissionais de saúde. Para além dos vírus da imunodeficiência humana e do herpes genital, a identificação de outras IST foi insuficiente. Os conhecimentos sobre a transmissão sexual das IST foram satisfatórios, mas não se repercutem na utilização do preservativo pelos alunos durante as relações não coitais. O sexo e a idade dos alunos encontram-se significativamente associados a fontes de informação sobre sexualidade e a algumas dimensões do conhecimento sobre as IST, do comportamento sexual e da procura de tratamento médico. Todavia, a maioria destes factores determinantes não está associada à utilização do preservativo pelos alunos.

Abstract:

The prevalence and incidence of sexually transmitted infections (STI) is increasing in young people. This seems to happen as a consequence of multiple factors, among which is condom use behaviour, was the only safe method to prevent STI transmission.

One of the solutions for the problem is the implementation of prevention and control programs youth oriented. Yet, research on STI determinants, the rationale for these programs, has been scarce in Portugal.

This observational, analytical and cross sectional study, surveyed all the 1101 students at a school in the suburban Lisbon area. It aimed at: describing knowledge, demographic, scholar and behavioural determinant factors of STI; to determine differences between age group and gender and which of the factors are associated with condom use.

Data was collected using a structured questionnaire developed for this study. Data analysis was conducted using both descriptive and analytical statistics.

The results indicated that the main source of information on sexuality are student's friends, but they would rather prefer to be informed by health professionals. Apart from the human immunodeficiency virus and genital herpes, knowledge of other STI was insufficient. Knowledge about SIT sexual transmission was satisfactory, but does not lead to condom use during non-coital relations. Sex and age of the students are significantly related to different sources of information on sexuality and to some dimensions of STI knowledge, sexual behaviour and the seeking for medical treatment. Nevertheless, the majority of these determinant factors are not related to condom use by these students.

Índice Geral

1. Introdução	1
1.1. Objectivos	3
1.1.1. Objectivos gerais:	3
1.1.2. Objectivos específicos:	3
2. Enquadramento teórico.....	6
2.1. Factores determinantes das Infecções Sexualmente Transmissíveis	6
2.1.1. Factores Sociodemográficos e Escolares	7
2.1.2. Fontes de Informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.....	12
2.1.3. Factores comportamentais	16
2.1.3.1. Início precoce da actividade sexual	16
2.1.3.2. Tipo de relação sexual	16
2.1.3.3. Número de parceiros sexuais	17
2.1.3.4. Relações sexuais com parceiros do mesmo sexo	18
2.1.3.5. Comportamento de utilização do preservativo	18
2.1.3.6. Comportamento de procura de tratamento médico	20
2.1.3.7. Consumo de álcool e drogas no contexto da relação sexual.....	21
3. Material e Métodos	22
3.1. Tipo de estudo.....	22
3.2. População em estudo	22
3.3. Instrumento de colheita de dados.....	22
3.3.1. Selecção do instrumento de colheita de dados.....	22
3.3.2. Construção e a organização do questionário.....	23
3.3.3. Estratégias implementadas na optimização da taxa de resposta ao questionário.....	27
3.3.4. Pré-teste	28
3.4. Operacionalização das variáveis.....	29
3.5. Implementação do Estudo.....	29
3.5.1. Antes da aplicação do questionário	29

3.5.2. Durante a aplicação do questionário	30
3.6. Análise dos dados	30
3.6.1. Dados Omissos	30
3.6.2. Análise estatística	30
3.7. Considerações éticas e legais	34
3.7.1. Antes da aplicação do questionário	34
3.7.2. Durante a aplicação do questionário	35
3.7.3. Após a aplicação do questionário	36
4. Resultados.....	37
4.1. Taxa de participação no estudo e taxa de resposta ao questionário	37
4.2. Caracterização sociodemográfica	38
4.3. Caracterização escolar	39
4.4. Fontes de informação sobre sexualidade	40
4.5. Conhecimentos sobre as IST.....	43
4.6. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo.....	56
4.7. Comportamento sexual	58
4.7.1. Comportamento sexual	58
4.7.2. Utilização do preservativo	61
4.8. Consumo de álcool e/ou drogas no contexto da relação sexual.....	63
4.9. Comportamento de procura de cuidados médicos	64
4.10. Factores determinantes do comportamento de utilização do preservativo (análise multivariada).....	69
4.10.1. Relações sexuais do tipo vaginal	69
4.10.2. Relações sexuais do tipo oral.....	71
4.10.3. Relações sexuais do tipo anal	72
5. Discussão e conclusões	73
5.1. Fontes de informação sobre sexualidade	73
5.2. Conhecimentos sobre as IST.....	77
5.3. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo.....	81
5.4. Comportamento sexual	82

5.5. Comportamento na utilização do preservativo	84
5.6. Consumo de álcool e drogas no âmbito do relacionamento sexual	86
5.7. Comportamento de procura de cuidados médicos em caso de IST	87
5.8. Factores determinantes do comportamento de utilização do preservativo	88
5.9. Limitações do estudo	90
5.10. Conclusões	90
6. Referências Bibliográficas.....	97
Anexo 1. Questionário	102
Anexo 2. Consentimento Informado	117
Anexo 3. Operacionalização das variáveis.....	118
Anexo 4. Dados omissos.....	131
Anexo 5. Análise bivariada entre os factores determinantes e o comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais vaginais, anais e orais.....	134

Índice de Tabelas

Tabela 1. Articulação entre os objectivos do estudo, as variáveis, as secções e as perguntas do questionário.....	24
Tabela 2. Número dos alunos quanto à devolução do consentimento informado, autorização de participação e resposta o questionário.	37
Tabela 3. Variáveis sociodemográficas - frequências absolutas (N) e relativas (%).	39
Tabela 4. Variáveis escolares - frequências absolutas (N) e relativas (%).	40
Tabela 5. Principal fonte de informação sobre sexualidade – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	42
Tabela 6. Fonte de informação desejada sobre sexualidade – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	42
Tabela 7. Conhecer o nome das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	44
Tabela 8. Conhecer o nome das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e o feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	46
Tabela 9. Conhecer formas de transmissão das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	47
Tabela 10. Conhecer formas de transmissão das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	48

Tabela 11. Conhecer sinais/sintomas das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	50
Tabela 12. Conhecer sinais/sintomas das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	52
Tabela 13. Conhecer formas de prevenção das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	53
Tabela 14. Conhecimentos sobre as IST - frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	55
Tabela 15. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vaginal, anal e oral – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	57
Tabela 16. Comportamento sexual (variáveis nominais) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de proporções.	59
Tabela 17. Comportamento sexual (variáveis numéricas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, média e desvio padrão para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de médias, teste e valor da prova para a correlação com a idade.	60
Tabela 18. Comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vaginal, anal e oral – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	62
Tabela 19. Consumo de álcool e/ou drogas no contexto da relação sexual – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	63

Tabela 20. “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.	65
Tabela 21. “Se pensar que tem uma IST só procura tratamento se...” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.....	68
Tabela 22. “Se pensar que tem uma IST só vai a uma consulta se...” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.....	68
Tabela 23. Coeficientes <i>Logit</i> do modelo de regressão logística da variável “Não utilizar preservativo durante a relação sexual vaginal” – em função das variáveis idade, “As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez”, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual anal e relações sexuais sob o efeito do álcool	71
Tabela A3.1. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis sociodemográficas.	118
Tabela A3.2. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis escolares.	120
Tabela A3.3. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis das fontes de informação sobre sexualidade.	121
Tabela A3.4. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento do nome das IST.	122
Tabela A3.5. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento das formas de transmissão das IST.	123
Tabela A3.6. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento dos sinais e sintomas das IST.	124
Tabela A3.7. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento das formas de prevenção das IST.....	125

Tabela A3.8. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST.	126
Tabela A3.9. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo.	126
Tabela A3.10. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento sexual.	127
Tabela A3.11. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento sexual (continuação).	128
Tabela A3.12. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento de consumo de álcool e/ou drogas no contexto do relacionamento sexual e à partilha de seringas.	128
Tabela A3.13. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?”.	129
Tabela A3.14. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST só procura ajuda se...”.	130
Tabela A3.15. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST só vais a uma consulta se...”.	130
Tabela A4.1. Respostas válidas e dados omissos das variáveis sociodemográficas – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).	131
Tabela A4.2. Respostas válidas e dados omissos das variáveis escolares – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).	131
Tabela A4.3. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes às fontes de informação sobre sexualidade – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).	131
Tabela A4.4. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	132

Tabela A4.5. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes aos conhecimentos face à utilização do preservativo – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	132
Tabela A4.6. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento sexual – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	132
Tabela A4.7. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento de utilização do preservativo – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	133
Tabela A4.8. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao consumo de álcool e/ou drogas no relacionamento sexual e à partilha de seringas – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	133
Tabela A4.9. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento de procura de tratamento médico – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).	133
Tabela A5.1. Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	134
Tabela A5.2. Análise bivariada entre as variáveis escolares e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	134
Tabela A5.3. Análise bivariada entre a variável principal fonte de informação sobre sexualidade e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	135
Tabela A5.4. Análise bivariada entre a variável fonte de desejada de informação sobre sexualidade e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	135
Tabela A5.5. Análise bivariada entre número de IST reconhecidas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	135
Tabela A5.6. Análise bivariada entre a variável número de formas de transmissão das IST conhecidas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	136

Tabela A5.7. Análise bivariada entre a variável número de sinais e sintomas das IST conhecidos e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	136
Tabela A5.8. Análise bivariada entre a variável conhecer o preservativo como forma de prevenção das IST e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	136
Tabela A5.9. Análise bivariada entre as variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	137
Tabela A5.10. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual vaginal o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	137
Tabela A5.11. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual oral o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	137
Tabela A5.12. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	138
Tabela A5.13. Análise bivariada entre as variáveis do comportamento sexual e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.	138

Lista de siglas e abreviaturas

IST – Infecção (ões) Sexualmente Transmissível (eís)

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

μ – Média da população

DP – Desvio padrão

χ^2 – Teste do qui-quadrado de Pearson

F – Teste exacto de Fisher

U – Teste de Mann-Whitney

t – Teste t de Student

Kw – Teste de Kruskal-Wallis

r – Coeficiente de correlação de Pearson

r_s – Coeficiente de correlação de Spearman

G^2 – Teste do rácio de verosimilhança

χ^2_{HL} – Teste de Hosmer-Lemeshow

1. Introdução

De acordo com vários estudos realizados em diferentes países, os adolescentes são um dos grupos onde a prevalência e a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (I.S.T.) são maiores (5, 6, 21).

Nos adolescentes, estas infecções têm, a curto prazo, consequências como a falta de assiduidade à escola, o sofrimento físico ou os custos associados ao tratamento. Para além destes, a longo prazo, podem surgir graves problemas de saúde como a doença inflamatória pélvica, a infertilidade, a gravidez ectópica ou o cancro cervical (11).

A expressão acentuada destas infecções no grupo dos adolescentes deve-se à ausência de conhecimentos, mas também a factores biológicos, sociodemográficos, escolares e comportamentais. Entre os factores comportamentais associados à ocorrência de IST destaca-se a utilização do preservativo, dada a exclusividade que este método contraceptivo assume na prevenção destas infecções (27, 33).

Por conseguinte, o estudo dos factores determinantes¹ das IST nos adolescentes, em especial o comportamento de utilização do preservativo, merecem atenção tendo em conta as graves consequências que a curto e longo prazo estas infecções podem acarretar para a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

Em Portugal o estudo dos factores determinantes das IST, que não a SIDA, na população adolescente, tem sido pouco frequente e a implementação de programas de prevenção ocorre de forma descontinuada e, muitas vezes, sem um conhecimento prévio das populações a que se dirigem (34, 36, 44).

¹ Neste estudo entende-se por factor determinante qualquer aspecto do comportamento individual, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada que, com base em resultados de estudos epidemiológicos, se sabe estar associado com a ocorrência, prevenção ou redução das IST (29).

Torna-se, pois, necessário continuar a aprofundar o estudo dos factores determinantes associados às IST, de forma a ajustar o conteúdo das intervenções preventivas e a identificar subgrupos, entre os adolescentes, especialmente vulneráveis a estas infecções.

Tendo em conta estas motivações, com o presente trabalho pretende-se descrever alguns factores determinantes das IST² e a sua relação com o comportamento de utilização do preservativo numa população constituída por alunos de uma escola do ensino Secundário com 3.º ciclo, situada na periferia de Lisboa, durante o ano lectivo de 2006/2007.

Tendo em consideração que o sexo e a idade foram referenciados como determinantes (10), pretende-se averiguar se existem diferenças associadas a estes factores nos conhecimentos sobre as IST, nas fontes de informação sobre sexualidade, no comportamento sexual, no comportamento de procura de tratamento médico e no comportamento de consumo de álcool e drogas no contexto do relacionamento sexual.

Igualmente, sabendo que a utilização do preservativo é o principal determinante da aquisição das IST e que está associada a outros factores determinantes destas infecções (16), pretende-se averiguar a ocorrência de relações entre este comportamento e os outros determinantes das IST alvo deste estudo.

² As IST alvo de estudo foram a gonorreia, a hepatite C, a hepatite B, a candidose, a pediculose púbica, a sífilis, a clamidiose, a tricomonose, a SIDA, a sarna, a infecção herpética genital, a infecção genital pelo vírus do papiloma humano e a vaginose bacteriana.

1.1. Objectivos

1.1.1. Objectivos gerais:

- Descrever alguns factores determinantes das IST.
- Analisar as relações entre os factores determinantes das IST e o sexo e a idade.
- Analisar as relações entre os factores determinantes das IST e o comportamento de utilização do preservativo.

1.1.2. Objectivos específicos:

1) Descrever as características sociodemográficas dos alunos (sexo, estado civil, nacionalidade, religião, religiosidade, tipo de agregado familiar, experiência laboral, situação laboral actual, idade no primeiro trabalho remunerado e idade).

2) Descrever as características escolares dos alunos (ano de escolaridade frequentado, satisfação na escola, experiência de reprovação, número de reprovações, assiduidade às aulas estando na escola, assiduidade às aulas na última semana e número de faltas às aulas na última semana).

3) Descrever as fontes de informação sobre sexualidade dos alunos (principal fonte e fonte desejada).

4) Descrever os conhecimentos dos alunos sobre algumas IST (conhecer as IST, conhecer sinais e sintomas, conhecer formas de prevenção e de transmissão).

5) Descrever os conhecimentos dos alunos sobre a utilização do preservativo durante as relações sexuais vaginais, anais ou orais.

6) Descrever o comportamento sexual dos alunos (experiência sexual anal, experiência sexual vaginal, experiência sexual oral, experiência sexual com parceiros do mesmo sexo, idade na primeira relação sexual, número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses e número de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo no último mês).

7) Descrever o comportamento dos alunos quanto à utilização do preservativo (durante as relações sexuais do tipo anal, vaginal e oral).

8) Descrever o comportamento de consumo de álcool e/ou de drogas, no contexto de uma relação sexual.

9) Descrever o comportamento de procura de tratamento médico em caso de infecção por uma IST.

10) Identificar eventuais associações entre as fontes de informação sobre sexualidade, o sexo e a idade dos alunos.

11) Identificar eventuais associações entre os conhecimentos sobre as IST, o sexo e a idade dos alunos.

12) Identificar eventuais associações entre os conhecimentos sobre a utilização do preservativo, o sexo e a idade dos alunos.

13) Identificar eventuais associações entre os comportamentos sexuais, o sexo e a idade dos alunos.

14) Identificar eventuais associações entre o comportamento de utilização do preservativo, o sexo e a idade dos alunos.

15) Identificar eventuais associações entre o comportamento de utilização do preservativo e os determinantes sociodemográficos e escolares, as fontes de informação sobre sexualidade, os conhecimentos sobre as IST, os conhecimentos sobre a utilização do preservativo, o comportamento sexual, o comportamento de consumo de álcool e/ou de drogas no contexto do relacionamento sexual e o comportamento de utilização do preservativo;

16) Conhecer a importância relativa dos diferentes factores determinantes associados ao comportamento de utilização do preservativo quando considerados simultaneamente.

2. Enquadramento teórico

2.1. Factores determinantes das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Os factores comportamentais determinantes das IST, abordados neste trabalho, podem ser enquadrados em três grandes grupos: factores relacionados com a probabilidade de exposição de indivíduos susceptíveis a parceiros sexuais infectados, factores relacionados com a probabilidade de transmissão da infecção e factores relacionados com a probabilidade de desenvolvimento da doença ou de outras complicações (25, 58).

No grupo dos factores relacionados com a probabilidade de exposição a um parceiro sexual infectado estão incluídos comportamentos como o número de parceiros sexuais, a frequência dos encontros sexuais ou a prática de relações com indivíduos de grupos onde a prevalência das IST é elevada.

Quanto aos factores relacionados com a probabilidade de transmissão das IST entre indivíduos, para além do comportamento de utilização do preservativo, estão incluídos os tipos de práticas sexuais em que os indivíduos se envolvem.

O grupo de factores relacionados com a probabilidade de desenvolvimento de uma doença inclui o comportamento de procura de tratamento médico que, no âmbito deste trabalho, contempla a entidade a quem os alunos solicitariam ajuda, caso tivessem uma IST e a influência do custo monetário na procura de tratamento.

Estes factores comportamentais sofrem a influência de outros, de carácter sociodemográfico e escolar ou inerentes ao conhecimento dos alunos sobre as IST. Por esta razão, em primeiro lugar, descrevem-se as evidências referentes aos factores sociodemográficos e escolares, aos conhecimentos dos jovens sobre as IST e às fontes de informação sobre sexualidade. Só depois são apresentadas as evidências relativas aos factores comportamentais.

2.1.1. Factores Sociodemográficos e Escolares

Os factores idade, sexo, estado civil, nacionalidade e religião reflectem diferenças cognitivas, físicas e sociais que podem influenciar o comportamento sexual dos adolescentes.

A idade é um factor que favorece as probabilidades de exposição e de aquisição das IST através de duas componentes, uma referente à maturidade biológica e outra referente à maturidade cognitiva e psicológica dos indivíduos.

A nível biológico a idade do adolescente é indissociável do amadurecimento físico e determina nas raparigas uma maior susceptibilidade às IST. Entre as causas que permitem explicar a maior susceptibilidade nas raparigas encontra-se a ectopia cervical, característica da puberdade, que consiste na existência de epitélio colunar facilmente colonizável pelos patógenos que provocam as IST desde o canal endocervical até ao ectocervix (16, 25). Outra causa é o muco cervical, cujas características durante o período que antecede a menarca facilitam a ascensão dos microrganismos até ao útero (25).

O acréscimo na idade dos adolescentes acompanha o seu amadurecimento psicológico e cognitivo, mas este nem sempre reflecte a adopção de comportamentos preventivos face às IST. Entre as características psicológicas e cognitivas, cujo desenvolvimento parece ter sérias implicações sobre o comportamento sexual dos adolescentes estão o raciocínio abstracto, a capacidade de percepção do risco e a capacidade de tomada de decisões (25, 27).

O raciocínio abstracto não está completamente desenvolvido nos adolescentes, principalmente entre os mais jovens, pelo que estes são incapazes de prever as implicações dos seus actos. Revelam, igualmente, dificuldades na execução de tarefas que envolvem várias fases, como a colocação de um preservativo, e na aplicação dos conhecimentos sobre SSR ao próprio comportamento sexual (13, 25, 41).

Por outro lado, os adolescentes têm uma baixa percepção do risco devido ao egocentrismo e à inability de reconhecerem as semelhanças entre si próprios e os outros. Estas características levam, muitas vezes, os adolescentes a imaginar que são invulneráveis a potenciais situações de risco (35, 41).

Também a capacidade de tomar decisões está ainda em desenvolvimento, pelo que é vulgar os adolescentes basearem as suas decisões na gratificação ou na obtenção de prazer imediato, não considerando as futuras consequências das suas acções (41).

O sexo dos indivíduos é outro factor que também está associado ao comportamento sexual através de duas componentes, uma biológica e outra comportamental.

A nível biológico, a probabilidade de aquisição de uma IST é superior entre os indivíduos do sexo feminino, antes e durante a puberdade, dadas as características anatómicas e fisiológicas já mencionadas. A maior probabilidade de aquisição de uma IST neste grupo pode também dever-se ao facto da área de mucosa genital exposta durante as relações sexuais, e passível de infecção, ser superior à verificada no sexo masculino (3, 25)

Entre os indivíduos do sexo masculino, alguns estudos têm relacionado a ausência de circuncisão com o aumento do risco de aquisição de um extenso grupo de IST, nomeadamente o cancroide, a sífilis, a gonorreia e a SIDA (16, 25). Supõe-se que a maior susceptibilidade dos indivíduos não circuncidados resulte do funcionamento do prepúcio como reservatório de patógenos ou da propensão das células não queratinizadas desta zona genital a traumas e infecções (16, 25)

A nível comportamental, a existência de normas sociais e culturais distintas quanto à sexualidade de rapazes e raparigas determina a ocorrência de um duplo padrão. Assim, geralmente, verifica-se que as raparigas têm um menor número de parceiros sexuais, utilizam menos o preservativo e procuram menos o tratamento médico (5).

O estado civil é um factor que pode favorecer as probabilidades de exposição e aquisição às IST entre os indivíduos solteiros, dado que estes têm, geralmente, um número de parceiros sexuais superior ao dos indivíduos casados (39).

A nacionalidade é outro factor que aparece associado aos comportamentos de risco face às IST nos adolescentes, dadas as diferenças culturais e socioeconómicas em que a actividade sexual destes indivíduos é apreendida e praticada.

Todavia, mais do que as diferenças culturais, os factores sociais e económicos parecem ser os principais responsáveis pelas assimetrias no comportamento sexual dos indivíduos com diferentes nacionalidades. Em alguns estudos comprovou-se que o impacto da nacionalidade sobre os comportamentos sexuais de risco diminuía significativamente quando as características sociais da comunidade ou da família permaneciam constantes (27, 49).

Entre as diferenças atribuídas à nacionalidade, e frequentemente reportadas, destacam-se os jovens de descendência africana que, comparativamente aos seus pares europeus, revelam frequentemente comportamentos sexuais de risco, tais como a actividade sexual sob o efeito do álcool ou das drogas e a menor utilização do preservativo (25, 34).

Estreitamente relacionada com a nacionalidade, a religião é um factor que pode assumir um cariz protector face às IST. De facto, a aceitação de normas como a manutenção da virgindade ou a prática da circuncisão podem reduzir a probabilidade de aquisição de uma IST (48).

Todavia, a religião é um fraco indicador da religiosidade dos indivíduos dado que na maior parte das vezes reflecte apenas uma escolha parental ao invés de uma escolha pessoal (45). Neste sentido, e referindo-se à situação dos adolescentes portugueses, Duarte Vilar (55) escreveu que:

“a identificação maioritária à religião católica, não significa uma interiorização dessa identidade em termos de práticas ou de referência moral exclusiva ou

dominante. E muito menos significa um acordo total com os princípios e orientações religiosas. A identificação religiosa é, pois, na maior parte dos casos meramente simbólica e só parcialmente definidora de quadros morais individuais.”.

Desta forma, e apesar dos comportamentos sexuais de risco serem menos frequentes entre os adolescentes que participam regularmente em actividades religiosas, a influência da religião sobre o comportamento sexual dos adolescentes permanece pouco clara. De facto, a relação entre a religião e o comportamento sexual dos indivíduos pode também acontecer no sentido inverso, ou seja o comportamento sexual pode influenciar o envolvimento religioso (27, 28, 45). Existem evidências de que alguns adolescentes sentem desconforto quando se envolvem sexualmente e, por este motivo, acabam por diminuir a frequência das suas actividades religiosas (27, 49)³.

Durante a adolescência, para além dos factores sociodemográficos existem outros que passam a assumir um maior destaque, influenciando positiva ou negativamente o comportamento sexual. Assim, a aprendizagem de competências interpessoais deixa de estar centrada na escola e na família e passa a privilegiar outros agentes e contextos, como por exemplo os pares e o meio laboral.

A escola é um meio de socialização que começa também a ser reconhecido como gerador de comportamentos de risco, entre os quais os decorrentes da prática sexual. Neste contexto destacam-se, enquanto factores determinantes, o fraco desempenho escolar, a baixa assiduidade e a ausência de ligação dos alunos à escola (27, 34, 56).

Num estudo realizado em adolescentes portugueses concluiu-se que os participantes que tinham iniciado precocemente a sua actividade sexual referiam mais frequentemente não gostar da escola, faltar às aulas e ter um aproveitamento escolar abaixo da média (34). Num outro estudo constatou-se que os jovens que atribuíam uma maior

³ Para uma discussão mais abrangente sobre a sexualidade e a religião consulte-se: Silva, M.O.2008. A Sexualidade, a Igreja e a Bioética, vol.1. Editorial Caminho. (50)

importância à frequência e ao sucesso escolar iniciavam a actividade sexual mais tarde e utilizavam de forma consistente os métodos contraceptivos (28).

A família é outro agente de socialização que influencia os adolescentes, prestando apoio social e emocional através da discussão dos assuntos que mais os preocupam. Algumas evidências comprovam que a discussão da sexualidade está associada à redução dos comportamentos sexuais de risco exibidos pelos adolescentes, bem como a uma menor influência dos pares sobre o seu comportamento sexual (41). Noutros estudos, porém, verifica-se que a diminuição dos comportamentos sexuais de risco pelos jovens não está directamente associada à discussão da sexualidade com os seus progenitores, mas sim com uma abordagem generalizada dos diversos assuntos que os preocupam (1, 28, 49).

Por outro lado, a estrutura familiar parece também influenciar o comportamento sexual dos jovens. Assim, existem evidências de que os indivíduos que vivem com ambos os progenitores têm uma menor probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco (28, 53). Também se verificou que os jovens oriundos de famílias monoparentais ou de famílias reconstituídas iniciam precocemente a actividade sexual (28, 34).

Os pares actuam como modelos de comportamento. A sua influência parece ser tanto maior quanto mais avançada for a idade do indivíduo, e determina a adopção de comportamentos sexuais de risco, como o início precoce da actividade sexual ou elevado número de parceiros sexuais (14, 34, 41).

A inserção dos adolescentes no meio laboral é normalmente considerada como benéfica, dado que promove a sua independência e responsabilidade. Porém, algumas evidências sugerem que o exercício de uma actividade laboral está igualmente relacionado como o decréscimo do aproveitamento escolar e com o envolvimento em diversos comportamentos de risco, entre os quais os sexuais (54). Estes comportamentos parecem resultar da influência dos colegas de trabalho, que os exibem, e da maior disponibilidade económica que o adolescente passa a deter e que facilita o acesso ao

álcool e às drogas. O consumo destas substâncias está, também ele, associado ao comportamento sexual de risco (25, 54).

2.1.2. Fontes de Informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva

Os conhecimentos sobre SSR são essenciais à adopção de comportamentos preventivos. Na adolescência a procura de informação sobre esta temática incide, entre outras fontes, sobre a escola, os profissionais de saúde, os *media*, os amigos e os pais.

Apesar da diversidade de fontes de informação, vários estudos revelam que os adolescentes têm um desconhecimento profundo dos nomes, sinais e sintomas, natureza assintomática, formas de transmissão e sequelas das IST (26, 44). Diversas causas parecem estar na génese deste défice de informação, mas o foco das campanhas de prevenção, quase unicamente, na SIDA ou o facto dos *curricula* escolares não abordarem todas as IST com a mesma profundidade têm-se destacado (2, 44). Outra das causas parece residir nas próprias fontes de informação, dado que tanto a obtenção formal de informação, como a informal apresentam alguns problemas (34, 55).

Formalmente os adolescentes obtêm informação sobre SSR na escola ou através dos profissionais de saúde. Estas fontes de informação têm-se revelado eficazes na transmissão do conhecimento, dado que as evidências reportam um acréscimo na utilização do preservativo entre os alunos de escolas com programas de educação sexual ou que dispõem de atendimento clínico (28).

Os dados empíricos revelam também que a transmissão de conteúdos sobre SSR na escola está associada à redução da actividade sexual precoce e à redução do número de parceiros sexuais e, contrariamente a alguns receios, não está relacionada com o aumento da actividade sexual entre os adolescentes (1).

Pese embora estas vantagens, a obtenção de informação sobre SSR através dos profissionais de saúde e de educação tem sido reduzida (19, 55). A existência de

barreiras no acesso aos cuidados médicos e na disponibilidade e formação dos professores poderão justificar este facto (8, 34).

Por outro lado, os adolescentes com mais conhecimentos sobre SSR nem sempre revelam comportamentos positivos face à prevenção das IST ou de uma gravidez indesejada (16, 34). Este facto é consistente com outras evidências que sustentam que o conhecimento *per si* não é suficiente para provocar uma mudança de comportamento (36).

Esta situação pode ser explicada, em parte, pelo tipo de conteúdos sobre SSR que normalmente são transmitidos aos adolescentes. Estes, tendem a enfatizar os aspectos clínicos e biológicos das IST, em prejuízo do desenvolvimento de atitudes e competências promotoras de saúde (58). Outra explicação é dada por factores psicológicos que podem inviabilizar a adopção de comportamentos preventivos pelos adolescentes tais como a percepção do risco, a motivação necessária à alteração do comportamento ou a competência para comunicar entre pares (16, 28).

Informalmente os adolescentes obtêm a informação sobre SSR dos *media*, dos pares e dos progenitores (13, 26, 34). Os *media* constituem uma das principais fontes de informação dos adolescentes sobre sexualidade (19, 22, 34). Todavia, a sua influência sobre o comportamento sexual dos adolescentes permanece ainda pouco esclarecida, nomeadamente em relação à relevância das temáticas e dos diferentes agentes de comunicação envolvidos (14, 17).

Ainda assim, constatou-se que os adolescentes que visionam assiduamente programas televisivos com conteúdos sexuais têm uma maior tendência para iniciarem precocemente a actividade sexual, manifestarem atitudes negativas face ao preservativo ou apresentarem um teste positivo para alguma IST (14, 17). De facto, a maior parte dos programas televisivos destinados ao público juvenil tem elevado conteúdo sexual, mas raramente abordam as consequências negativas da actividade sexual ou incentivam a adopção de comportamentos preventivos (14, 17).

Os pares têm sido referenciados como a principal fonte de informação sobre SSR entre os adolescentes. Num estudo com jovens portugueses entre os 18 e os 25 anos, observou-se que 55,2% dos participantes indicaram os amigos como a principal fonte de informação sobre sexualidade (37). Também num outro estudo verificou-se que os amigos constituem a entidade com quem os adolescentes mais frequentemente conversam sobre sexualidade (55).

A este respeito Duarte Vilar (55), escreveu que:

“ ...a importância dos amigos relativamente a qualquer outro agente de socialização, nomeadamente os progenitores, revela a importância do grupo de pares, constituído por elementos do mesmo grupo etário, com quem os adolescentes passam muitas vezes mais tempo, em que existem preocupações comuns e códigos de comunicação bastante próximos e em que existem estilos de relação onde a autoridade está em geral ausente.”.

Por outro lado, e pese embora a proximidade dos adolescentes com os seus pares, constata-se que o envolvimento sexual pode não implicar a discussão da intimidade entre os parceiros. Relativamente a esta situação Duarte Vilar (55) manifestou que:

“... num grupo significativo de rapazes e raparigas que já namoram, as questões sexuais não fazem habitualmente parte dos temas de conversa, o que pode hipoteticamente reflectir o facto de o relacionamento sexual ainda não fazer parte do relacionamento amoroso. Ou, pelo contrário, haver actividades sexuais sem que as mesmas constituam tema de conversa entre os dois.”.

A comunicação entre parceiros sexuais poderá depender das capacidades de comunicação, persuasão e negociação que, dado o desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico em que os jovens se encontram, podem ainda não estar suficientemente consolidadas para serem mobilizadas para e durante a relação sexual (36).

Quanto aos pais, ou outros familiares, continuam a revelar um nível de informação deficitário e algum desconforto na discussão da sexualidade com os filhos (13). A este respeito Duarte Vilar (55) escreveu que:

“...a comunicação entre progenitores e adolescentes exclui sistematicamente os aspectos mais ligados à vivência da sexualidade e é marcada por um duplo padrão moral especialmente restritivo para as raparigas e por deficiente qualidade na transmissão de conhecimentos técnicos, nomeadamente em matéria de reprodução humana e de contraceção. Estes factos, evidenciam a existência de barreiras efectivas em muitas famílias nesta área de comunicação, pelo que os adolescentes preferem, em geral, fontes de informação e de conversação extra-familiares.”.

Os jovens, por seu lado, sentem que a abordagem de temas de SSR junto dos pais deve ser evitada devido às opiniões que estes têm da sexualidade juvenil, à autoridade parental, ao medo que suspeitem que já iniciaram a actividade sexual ou, inclusive, porque a sexualidade não faz parte dos temas de conversa familiares (37, 55).

Na discussão da temática da SSR com os progenitores, estão também documentadas algumas diferenças de género. Assim, as raparigas comunicam mais com os progenitores, especialmente com a mãe, enquanto que os rapazes comunicam menos e são emocionalmente mais distantes (55).

Entre progenitores, os dados empíricos demonstram que é a mãe a principal fonte de obtenção da informação sobre SSR. O pai tem uma posição menos importante nas conversas com os filhos sobre sexualidade, quer estes sejam rapazes ou raparigas. Esta situação decorrerá, eventualmente, da percepção das mães como mais disponíveis e acessíveis para discutir questões relacionadas com a sexualidade (37, 55).

2.1.3. Factores comportamentais

2.1.3.1. Início precoce da actividade sexual

O início da actividade sexual, durante a adolescência, ocorre normalmente entre os 15 e os 19 anos, apesar de, nas últimas décadas, em alguns países industrializados se ter constatado que a prática de relações sexuais antes dos 15 anos é cada vez mais frequente (5, 21). Os rapazes tendem a iniciar a actividade sexual com uma idade inferior à das raparigas (5, 57).

O início precoce da actividade sexual aumenta o período de tempo em que os indivíduos são sexualmente activos e, consequentemente, a probabilidade da ocorrência de comportamentos sexuais de risco como o elevado número de parceiros sexuais ou a utilização inconsistente do preservativo (16, 53).

Algumas evidências indicam que o início precoce da actividade sexual em alguns adolescentes está correlacionado com um início prematuro da sua puberdade (28, 35, 41). No caso das raparigas, a entrada prematura na puberdade está também associada ao estabelecimento de relações afectivas com indivíduos mais velhos, o que poderá explicar a precocidade do envolvimento sexual (28).

Outras evidências indicam que as actuais pressões culturais e sociais, em que a imagem juvenil aparece frequentemente associada à prática sexual, podem motivar os adolescentes a iniciarem precocemente a actividade sexual (28, 35, 41).

2.1.3.2. Tipo de relação sexual

O tipo de relação sexual é um comportamento que, dadas as superfícies de contacto envolvidas, pode contribuir para aumentar o risco de transmissão das IST. Entre os adolescentes, os dados empíricos revelam que as relações sexuais não se limitam às práticas coitais e que o início da actividade sexual ocorre, frequentemente, através de relações do tipo oral (24, 25).

Porém, os adolescentes atribuem às relações não coitais um risco inferior, porque não as consideram como sexuais ou ignoram que estas são vias transmissão das IST e, consequentemente, acabam por não utilizar o preservativo neste tipo de contactos sexuais (11, 13).

No caso particular das relações sexuais orais, os adolescentes consideram esta prática como a mais adequada à sua idade. É previsível que nos adolescentes, paralelamente ao aumento da prática de relações sexuais orais, se verifique um aumento dos casos de IST com origem nesta via de transmissão (24, 51).

2.1.3.3. Número de parceiros sexuais

Na maior parte dos estudos realizados com adolescentes, estes tendem a reportar um único parceiro sexual relativamente aos últimos seis meses ou ao último ano (57). As relações sexuais ocorrem, normalmente, no âmbito de relações afectivas monogâmicas, e é comum um período de abstinência sexual, de duração diversa, entre os diferentes relacionamentos (5, 49, 57).

Esta tipologia de relacionamento afectivo permite, ao fim de algum tempo, o envolvimento com um grande número de parceiros sexuais e, consequentemente, o incremento da probabilidade de exposição a indivíduos infectados com uma IST (28, 41). Por outro lado, o envolvimento sexual no seio de relações monogâmicas aporta, muitas vezes, uma diminuição da percepção da vulnerabilidade ao risco, o que pode reduzir a utilização do preservativo e aumentar a probabilidade de transmissão das IST entre parceiros (16).

Os rapazes tendem a apresentar um número de parceiros sexuais superior ao das raparigas, apesar de nos países industrializados esta tendência ter vindo a ser atenuada (57). Este facto favorece, entre os rapazes, a probabilidade de exposição a indivíduos infectados com uma IST (25).

2.1.3.4. Relações sexuais com parceiros do mesmo sexo

Os rapazes que se envolvem sexualmente com parceiros do mesmo sexo têm um risco de aquisição de algumas IST, tais como a sífilis, a gonorreia, a clamidiose ou a hepatite B, superior aos dos rapazes heterossexuais. Uma possível explicação para este facto provém do tipo de relações em que os adolescentes masculinos com parceiros sexuais do mesmo sexo se envolvem, nomeadamente a prática do sexo anal, à semelhança do que ocorre entre os indivíduos do mesmo grupo na idade adulta (25).

2.1.3.5. Comportamento de utilização do preservativo

Actualmente, o conhecimento do preservativo enquanto método preventivo das IST encontra-se generalizado entre os adolescentes. Num estudo com alunos portugueses do ensino secundário, 94,3% dos inquiridos indicaram o preservativo como método de prevenção das IST (36). A este facto não é estranha a influência das intensas campanhas de sensibilização sobre a SIDA, que apontam o preservativo enquanto único método preventivo (16, 38). Todavia, entre os jovens, verifica-se que o comportamento de utilização do preservativo continua inconsistente (5, 16, 25).

O aumento na idade dos adolescentes parece estar associado à inconsistência e à redução da utilização do preservativo. Por um lado, entre os adolescentes com mais idade e que nunca experienciaram qualquer consequência negativa da actividade sexual, a percepção do risco encontra-se reduzida e, consequentemente, tendem a utilizar o preservativo de forma inconsistente (16, 49).

Por outro lado, no final da adolescência e com a entrada na vida adulta, os adolescentes mantêm geralmente relações estáveis em que o preservativo é preterido relativamente a outros métodos contraceptivos, uma vez que a principal preocupação é evitar uma gravidez não desejada (8, 16, 25, 49).

O comportamento de utilização do preservativo pode ainda ser determinado por alguns factores psicológicos, como as crenças sobre o comportamento dos pares e parceiros sexuais, a capacidade de negociação e comunicação entre parceiros sexuais, a

percepção do risco face a um eventual contágio, o sentimento de confiança no parceiro ou as crenças sobre o preservativo (16, 38).

Quanto às crenças sobre o comportamento dos pares, existem evidências de que os adolescentes que percebem os seus pares como utilizadores do preservativo têm uma maior probabilidade de usarem, também, este método contraceptivo (16, 27).

A utilização do preservativo é também condicionada pelas crenças relativamente à aceitação deste método pelos parceiros sexuais. Assim, existem rapazes que não usam preservativo porque acreditam que a parceira irá entender a proposta de utilização do preservativo como uma atitude de preocupação ou de protecção contra uma eventual infecção de que ela seja portadora (25).

Por seu lado, algumas raparigas pensam que os parceiros sexuais classificam a utilização do preservativo como falta de confiança ou de envolvimento na relação. Esta situação, como já foi mencionado, conduz no âmbito de uma relação monogâmica a uma preferência por outros métodos contraceptivos, independentes da negociação com o parceiro, que não oferecem qualquer protecção contra as IST (25).

Entre parceiros sexuais, a comunicação e a negociação sobre o preservativo são competências que podem determinar a sua utilização numa relação sexual. Por vezes, devido à imaturidade psicológica e emocional dos jovens estas competências não estão desenvolvidas, o que aliado à natureza casual e à curta duração das relações afectivas na adolescência acaba por inviabilizar a utilização do preservativo (41).

A confiança na fidelidade do parceiro é outra barreira associada à redução da percepção do risco de contágio, que conduz à diminuição da utilização do preservativo (16, 49). Também se verificou num grupo de raparigas que não usavam o preservativo, que a percepção do risco face ao VIH era reduzida porque acreditavam na fidelidade dos seus parceiros sexuais (25).

A ausência de motivação para usar preservativo é outro factor que afecta a sua utilização. A esta ausência estão frequentemente associadas diversas crenças negativas como a redução do prazer sexual, o medo de ocorrer uma rotura durante a utilização do preservativo e, inclusive, algum embaraço pela compra (16, 25).

Outros adolescentes, apesar de conhecerem os riscos, não usam preservativo. A este comportamento aparecem associados alguns factores, tais como a idade em que ocorreu a primeira relação sexual, a etnia, a família, a escolaridade, a deficiente educação sexual ou o medo que os pais descubram que já têm vida sexual (34).

A ausência de preservativo no momento em que ocorre a relação sexual não é, para alguns indivíduos, impeditiva da sua concretização. Nos adolescentes, esta situação aliada, à natureza casual das relações sexuais favorece ainda mais a aquisição e a transmissão das IST (25).

2.1.3.6. Comportamento de procura de tratamento médico

A procura de tratamento médico é um comportamento importante na prevenção das IST porque quando feita atempadamente permite reduzir a probabilidade de transmissão e evitar futuras complicações.

No caso dos adolescentes, verifica-se que a procura de tratamento médico apresenta alguns obstáculos, tais como o receio de desaprovação, o sentimento de culpa, o medo da ausência de confidencialidade e a inadequação dos serviços de SSR a este grupo de indivíduos. Outros impedimentos são também o desconhecimento dos sinais e sintomas associados às IST, a falta de competências de comunicação sobre sexualidade e as limitações económicas inerentes aos custos com a assistência médica (8, 25).

Ao contrário do que ocorre com outras infecções, a procura de tratamento médico é maior no sexo masculino porque estes indivíduos são mais sintomáticos para a generalidade das IST (8, 25).

A procura de tratamento médico pelo sexo feminino é menos frequente, porque as jovens associam os sinais e sintomas a outras patologias, revelam uma maior tendência para o auto-tratamento e necessitam de um intervalo de tempo superior para procurar ajuda (8, 25). Estas características, conjugadas com a susceptibilidade biológica, fazem com que as consequências e as sequelas das IST sejam mais severas nas raparigas relativamente aos rapazes (13).

2.1.3.7. Consumo de álcool e drogas no contexto da relação sexual

O consumo de drogas injectáveis promove directamente a aquisição e a transmissão de IST caso ocorra partilha de seringas contaminadas. De forma indirecta, o consumo de drogas ou de álcool pode, através da diminuição dos níveis de racionalidade e de inibição, promover comportamentos sexuais de risco que facilitam a exposição e a aquisição das IST (16, 28, 58). Como exemplos podem ser citados a utilização inconsistente do preservativo, o elevado número de parceiros sexuais ou a redução na procura de tratamento médico (16, 28).

3. Material e Métodos

3.1. Tipo de estudo

Na obtenção e produção de conhecimento utilizou-se uma abordagem pós-positivista porque se pressupõe que as relações entre os diversos factores determinantes, semelhantes a variáveis, podem ser observadas e analisadas tendo em vista a obtenção de explicações para as regularidades empíricas verificadas (12). O estudo classifica-se como observacional, transversal e analítico (29).

3.2. População em estudo

A população do presente estudo englobou a totalidade dos 1101 alunos matriculados durante o ano lectivo de 2006/2007 numa escola pública do Ensino Secundário, com 3.º ciclo, localizada na região da Grande Lisboa. Não se seleccionou qualquer amostra.

A selecção da escola não se baseou em qualquer problema encontrado mas num conjunto de situações favoráveis à execução do estudo, designadamente as orientações do Ministério da Educação relativamente às IST ⁴, a ausência de qualquer investigação sobre estas infecções nos alunos da escola que permitisse cumprir as orientações ministeriais e o facto da investigadora aí exercer a sua actividade profissional.

3.3. Instrumento de colheita de dados

3.3.1. Selecção do instrumento de colheita de dados

A recolha dos dados efectuou-se através de um questionário, concebido para o efeito, estruturado e de auto-preenchimento (ver Anexo 1).

⁴Ofício Circular n.º 69 de 20/10/2006 da Direcção Regional de Educação de Lisboa (DREL) que define as Infecções Sexualmente Transmissíveis como uma das temáticas prioritárias a ser abordada em cada estabelecimento de ensino no âmbito do Projecto Educativo de Escola na área da Promoção e Educação para a Saúde.

Optou-se por este tipo de instrumento porque permite recolher a informação acerca dos conhecimentos e comportamentos, tendo em conta que estes são fenómenos não observáveis directamente, que reportam ao passado e que raramente ocorrem de forma espontânea (20).

Por outro lado, o auto-preenchimento surgiu da necessidade de garantir a privacidade do respondente durante a aplicação do questionário e evitar o embaraço ou as recusas em responder que poderiam surgir dada a temática investigada (4, 20).

Foi igualmente fundamental o facto deste tipo de instrumento ser mais económico e permitir a realização da investigação num estabelecimento de ensino, tendo em conta a rigidez dos horários escolares ou outras actividades que lhe são inerentes.

3.3.2. Construção e organização do questionário

Atendendo aos objectivos do estudo construiu-se um questionário com 39 perguntas, organizado em quatro partes, respectivamente: introdução; secção 1 com perguntas sobre os factores determinantes sociodemográficos e escolares; secção 2 com perguntas sobre as fontes de informação sobre sexualidade e os comportamentos sexuais e secção 3 com perguntas sobre os conhecimentos relativamente às IST, a utilização do preservativo e o comportamento de procura de tratamento médico.

De modo a facilitar a compreensão da distribuição das perguntas pelas diferentes secções e a respectiva articulação com as variáveis e os objectivos do estudo apresenta-se em seguida na Tabela 1.

Tabela 1. Articulação entre os objectivos do estudo, as variáveis, as secções e as perguntas do questionário.

Objectivos do estudo	Variáveis	N.º da Pergunta/Secção do questionário		
		Secção 1	Secção 2	Secção 3
1,9,10,11,12,13, 14,15 e 16	Sociodemográficas	1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.9., 1.10., 1.11, 1.12., 1.13. e 1.14.		
2	Escolares	1.5., 1.6., 1.7. e 1.8		
3 e 10	Fontes de Informação sobre Sexualidade		2.1. e 2.2.	3.1., 3.2., 3.3., 3.4. e 3.5.
4 e 11	Conhecimentos sobre as IST		3.6., 3.7. e 3.8.	
5 e 12	Conhecimentos sobre a utilização do preservativo			
6 e 13	Comportamento Sexual		2.3., 2.4., 2.5, 2.6., 2.8. e 2.10.	
7, 14, 15 e 16	Comportamento de utilização do preservativo		2.7, 2.9 e 2.11	
8 e 15	Comportamento consumo álcool e/ou drogas		2.12., 2.13. e 2.14.	
9	Comportamento de procura de tratamento médico			

Como os grupos de variáveis referentes à sexualidade e às IST são conceptualmente muito próximos, e isto poderia confundir os respondentes durante a interpretação das perguntas, colocou-se no início das secções 2 e 3 uma pequena explicação sobre o grupo a que as perguntas reportavam.

Optou-se por colocar as perguntas relativas às variáveis sociodemográficas e escolares em primeiro lugar porque estas exigem menor raciocínio. Com esta estratégia pretendeu-se focar a atenção do respondente no início do questionário e motivá-lo a responder às perguntas mais sensíveis relativas aos comportamentos sexuais e aos conhecimentos sobre as IST (4).

Dada a diversidade académica dos alunos que constituíam a população, durante a redacção das perguntas foi usado vocabulário simples e acessível, tendo-se adicionado o significado de alguns conceitos complexos ao enunciado da própria questão (4). Do

mesmo modo, nas perguntas com várias possibilidades de resposta indicou-se ao respondente, no enunciado, o número de respostas que poderia assinalar (4, 7).

Dado que presumivelmente alguns indivíduos não tinham experiência sexual, na segunda secção do questionário utilizaram-se perguntas filtro com o objectivo de orientar os respondentes apenas para perguntas que se lhes aplicavam (4).

Optou-se, quase exclusivamente, por perguntas de resposta fechada porque permitem recolher objectivamente a informação e facilitam a codificação e a análise das respostas. Este tipo de perguntas também é adequado ao estudo de assuntos sensíveis como os focados neste trabalho porque ao propor um conjunto de respostas, permite que o respondente seleccione opções que de outra forma, influenciado por diversas pressões, não escolheria (4, 20).

As perguntas de resposta aberta foram usadas apenas em factos quantitativos, para os quais a gama de valores das respostas era imprevisível (por exemplo a idade, o número de parceiros sexuais, ...). Esta opção evitou que se estimasse uma gama de valores provável e à *posteriori* permitiu categorizar as respostas de acordo com a conveniência (4).

Porém, as perguntas de resposta fechada têm algumas desvantagens que importa mencionar. Por um lado, quando comparadas com a linguagem oral, são pouco espontâneas porque o respondente está condicionado ao conjunto de respostas disponibilizado. Esta limitação pode levar o respondente a seleccionar uma resposta ao acaso quando a sua situação pessoal não está contemplada (4, 20).

Pelo outro lado, o confronto do respondente com opções de resposta sobre as quais nunca reflectiu pode fazer com que este seleccione uma resposta ao acaso ou inclusive não responda. De forma a diminuir o enviesamento dos dados gerado com estas situações optou-se pela utilização das respostas “outro” e “outra” (4, 7).

Relativamente às perguntas usadas para recolher os dados dos conhecimentos sobre a utilização do preservativo (números 3.6, 3.7. e 3.9. do questionário) optou-se por um número ímpar de respostas possíveis, respectivamente: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”.

Esta estratégia permitiu salvaguardar a opinião dos respondentes que têm uma posição intermédia. Embora alguns respondentes possam optar pela categoria “não concordo nem discordo” como alternativa a uma verdadeira resposta, ou porque não têm qualquer opinião formada, considerou-se que o carácter anónimo do questionário reduziria a probabilidade deste viés ocorrer (20).

Quanto às perguntas relacionadas com o comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais vaginais, orais e anais (respectivamente com os números 2.7., 2.9. e 2.11) optou-se por um número par de respostas possíveis (“sempre”, “maioria das vezes”, “raramente” e “nunca”) porque, ao contrário das perguntas de resposta aberta que visam obter um valor exacto, se pretendeu ajuizar acerca do carácter regular ou excepcional deste comportamento nos alunos (20).

Nas perguntas que incidiram sobre comportamentos periódicos e com a finalidade de diminuir o viés associado aos erros de memória, colocou-se no enunciado da pergunta o período de tempo (“última semana”, “último mês” ou “últimos seis meses”) a que os respondentes se deveriam reportar. Teve-se o cuidado de optar por períodos curtos, nunca superiores a seis meses (7). Pela mesma razão, na pergunta “Idade no primeiro trabalho remunerado” foi utilizada a categoria de resposta “não me lembro” (4, 7, 20).

Nas perguntas sobre conhecimentos e comportamentos foram usadas as categorias “não sei” e “não responde” como respostas possíveis. Com a resposta “não sei” pretendeu-se evitar que o embaraço causado pelo desconhecimento de certo assunto, levasse o respondente a fazer uma selecção aleatória das diferentes respostas ou mesmo a não responder (4, 7).

Já a opção de resposta “não responde” foi introduzida nas perguntas sobre temas delicados com o objectivo de evitar que o respondente deturpe a resposta ou não revele aspectos sensíveis do seu comportamento (4, 20).

Por outro lado, a idade é uma característica que alguns respondentes consideram particularmente sensível e tendem a sobre ou a sub-reportar um valor distinto do real. Para evitar este enviesamento pediu-se a data de nascimento porque é uma característica menos susceptível e que permite calcular facilmente a idade do respondente (7).

3.3.3. Estratégias implementadas na optimização da taxa de resposta ao questionário

Com o objectivo de informar e persuadir eventuais respondentes a cooperar, colocou-se uma introdução com diversos elementos que influenciam favoravelmente a participação: identificação das instituições científica e promotora do estudo, explicação dos motivos implicados na selecção da escola, objectivo e carácter anónimo do questionário, estimativa do tempo necessário ao preenchimento, garantia da participação voluntária, tratamento confidencial dos dados recolhidos e respectivas formas de divulgação previstas (4, 7).

Outro elemento que integrou a introdução foi a menção de não existirem respostas certas ou erradas ao questionário, uma vez que o respondente ao saber que o questionário pretende medir conhecimentos e opiniões poderia abster-se de participar (4).

Igualmente, e uma vez que o número de páginas e a aparência estética do questionário podem influenciar a taxa de resposta, procurou-se que este não fosse extenso. Pela mesma razão, as respostas foram apresentadas usando vários formatos (por exemplo, grelhas e listas horizontais) (4).

Também se cuidou o aspecto do questionário mantendo entre as diferentes perguntas um espaço adequado, introduzindo instruções claras e objectivas, numerando as

perguntas e sublinhando as expressões mais importantes, sem esquecer o agradecimento pela cooperação na última página (7).

Durante a aplicação do questionário, foi oralmente frisada a importância do estudo na concretização das medidas emanadas do Ministério da Educação e no aperfeiçoamento dos programas de Educação Sexual destinados aos respondentes.

Por fim, os alunos que não compareceram no dia da aplicação foram contactados com o objectivo de agendar um novo momento para a aplicação do questionário.

3.3.4. Pré-teste

Por constrangimentos económicos e relacionados com o tempo destinado à execução do estudo, não houve oportunidade de testar previamente o questionário em indivíduos idênticos aos da população. Por conseguinte, numa primeira fase, a clareza do questionário foi averiguada através da consulta com especialistas nas áreas da Educação para a Saúde e das IST. Deste processo resultou a simplificação da linguagem utilizada, a redistribuição de algumas questões e a eliminação de outras consideradas desnecessárias.

Numa segunda fase, e porque se pensou ser essencial que o questionário fosse avaliado por elementos intrínsecos ao processo educativo, o questionário foi aplicado a um grupo de 60 professores dos mesmos níveis de ensino dos alunos da população, mas oriundos de uma escola diferente.

Imediatamente após o preenchimento, foi pedido aos docentes que falassem sobre algum problema encontrado no questionário. A partir dos seus comentários foram eliminadas algumas respostas consideradas inadequadas e a pergunta “Idade na primeira relação sexual” foi modificada de modo a explicitar que se referia à idade com que o aluno teria tido o primeiro contacto sexual independentemente deste ter sido anal, vaginal ou oral.

3.4. Operacionalização das variáveis

Perante a necessidade de colheita de dados na população, os factores determinantes das IST foram operacionalizados em variáveis, tendo-se consultado para o efeito outros questionários já aplicados e alguns peritos no assunto (34). A operacionalização de cada uma das variáveis estudadas encontra-se no Anexo 3.

3.5. Implementação do Estudo

3.5.1. Antes da aplicação do questionário

A investigadora contactou o conselho executivo da escola no sentido de uma possível aplicação do questionário. Este contacto foi formalizado no início de Fevereiro de 2007, por escrito, através de um pedido ao qual se anexou uma cópia do questionário.

Posteriormente, este pedido foi remetido ao conselho pedagógico para aprovação, facto que viria a ocorrer em Março. Como única limitação foi solicitado o consentimento prévio de cada um dos encarregados de educação antes da aplicação do questionário.

De modo a obter o consentimento dos encarregados de educação optou-se por apresentar o estudo na reunião que iria decorrer entre estes e os professores directores de turma, no início do terceiro período lectivo. Assim, e com a finalidade de potenciar o envolvimento dos directores de turma, o estudo foi numa primeira fase divulgado junto destes professores.

Posteriormente, os directores de turma distribuíram o consentimento informado nas reuniões mantidas com os encarregados de educação no final do mês de Abril de 2007. Aos encarregados de educação que não compareceram na reunião, o consentimento informado foi enviado através do respectivo educando.

Quando da devolução do consentimento informado, nos casos em que houve esquecimento ou extravio do mesmo, o documento foi novamente enviado ao encarregado de educação e solicitada a sua devolução.

3.5.2. Durante a aplicação do questionário

A aplicação do questionário foi realizada pela investigadora. Esta decisão, permitiu eliminar intermediários entre a investigadora e a população, esclarecer consistentemente quaisquer dúvidas e registar as condições da aplicação que poderiam introduzir alterações nos resultados (4). Contudo, esta opção apresentou desvantagens porque a ligação profissional da investigadora à escola pode ter provocado constrangimentos susceptíveis de enviesarem as respostas (20)

As sessões de aplicação do questionário decorreram entre a segunda quinzena de Maio e a primeira semana de Junho de 2007, durante as actividades lectivas, nas salas de aula e em hora previamente acordada com o professor director de turma.

3.6. Análise dos dados

3.6.1. Dados Omissos

Consideraram-se como dados omissos as situações em que se verificou ausência de preenchimento ou em que o respondente assinalou várias respostas, apesar de lhe ser pedido que indicasse apenas uma. Na análise, os dados omissos foram considerados como eventos aleatórios pelo que se consideraram, apenas, as respostas válidas (40).

3.6.2. Análise estatística

O tratamento e a análise estatística dos dados foram realizados usando o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 15.0.

Na descrição das variáveis referentes aos factores determinantes sociodemográficos e escolares, às fontes de informação sobre sexualidade, aos conhecimentos sobre as IST,

aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo, ao comportamento sexual, ao comportamento de utilização do preservativo, ao comportamento de consumo álcool e/ou drogas no contexto da relação sexual e ao comportamento de procura de tratamento médico foram calculadas as frequências absolutas (N) e relativas (%) para todas as variáveis em estudo. As estatísticas da média (μ) e do desvio padrão (DP) foram ainda calculadas para todas as variáveis numéricas.

Após este procedimento, verificou-se um reduzido número de respostas em algumas categorias das variáveis nacionalidade, religião, tipo de agregado familiar, principal fonte de informação sobre sexualidade, fonte de informação desejada sobre sexualidade, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual oral, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual anal e conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual oral.

Dado que isto poderia comprometer a aplicação de diversas estatísticas subsequentes, optou-se por voltar a categorizar estas variáveis num número inferior de categorias (ver Anexo 3) (4, 20).

Para avaliar a associação entre o sexo e as variáveis nominais das fontes de informação sobre sexualidade, dos conhecimentos sobre as IST, dos conhecimentos sobre a utilização do preservativo, do comportamento sexual, do comportamento de utilização do preservativo, do comportamento de consumo de álcool e/ou drogas e do comportamento de procura de tratamento médico foi usado o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) (59).

Nos casos em que os pressupostos de aplicação do teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) não foram cumpridos, ou seja, quando o número de respondentes foi inferior a 20, quando pelo menos em alguma das células da tabela de contingência as frequências esperadas foram inferiores a 1 ou quando menos de 80% das frequências esperadas foram superiores ou iguais a 5, utilizou-se o teste não paramétrico exacto de Fisher (F) (31, 59).

Para avaliar a associação entre a idade e as variáveis nominais dicotômicas dos conhecimentos sobre as IST, dos conhecimentos sobre a utilização do preservativo, do comportamento sexual, do comportamento de consumo de álcool e/ou drogas e do comportamento de procura de tratamento médico foi usado o teste t de Student (t) para amostras independentes (31).

Nos casos em que não foram cumpridos os pressupostos de aplicação do teste t de Student (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias) foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U) (31, 59).

Na análise da relação entre a idade e as variáveis nominais cujo domínio admite mais do que duas categorias de resposta (fontes de informação sobre sexualidade, conhecimentos sobre as IST, comportamento de utilização do preservativo e comportamento de procura de tratamento médico) foi usado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Kw), dado que não foi possível validar os pressupostos (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias) do teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA) (31, 59).

Na averiguação das associações existentes entre a idade e as variáveis numéricas do comportamento sexual (idade na primeira relação sexual, número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e número de relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo no último mês) foi usando o teste Coeficiente de Correlação de Pearson (r). Quando não foram verificados os pressupostos de aplicação deste teste (relação linear entre variáveis e proveniência de distribuições normais) usou-se em alternativa o teste não paramétrico do Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s) (42, 59).

Em qualquer das análises inferenciais anteriores foi considerada uma probabilidade de erro do tipo I (α) de 0,05 (31).

Com o intuito de perceber quais os determinantes da utilização inconsistente do preservativo construíram-se três modelos de regressão logística binária para cada um dos tipos de relação sexual estudados (vaginal, oral e anal).

Numa primeira fase efectuou-se a selecção dos factores determinantes a introduzir como variáveis independentes em cada modelo. Para tal foram analisadas as relações entre cada determinante e o comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal.

Tendo em consideração que não se pretendeu estudar a frequência do comportamento de utilização do preservativo, mas sim a sua ocorrência houve necessidade de voltar a categorizar, antes da análise bivariada, as variáveis do comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais vaginais, anais e orais (ver Anexo 3).

Como se pretendia averiguar a relação entre o nível de conhecimentos sobre as IST e o comportamento de utilização do preservativo foram construídas quatro novas variáveis: número de IST conhecidas, número de formas de transmissão das IST conhecidas, número de sinais/sintomas das IST conhecidos e conhecimento do preservativo como método de prevenção das IST (ver Anexo 3). Estas foram utilizadas na análise bivariada e nos modelos de regressão logística binária.

No estudo das relações bivariadas entre as variáveis do comportamento de utilização do preservativo e as variáveis nominais sociodemográficas, escolares, das fontes de informação sobre sexualidade, dos conhecimentos sobre IST, do comportamento sexual e dos conhecimentos sobre a utilização do preservativo utilizou-se o teste paramétrico do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) (59).

Nos casos em que os pressupostos de aplicação do teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) não foram cumpridos utilizou-se, em alternativa, o teste não paramétrico exacto de Fisher (F). Nos cálculos em que o número de respostas foi menor que 25 optou-se pelo teste do Rácio da Verosimilhança (G^2) (31, 59).

Para avaliar a associação entre as variáveis do comportamento de utilização do preservativo e as variáveis numéricas sociodemográficas e escolares, dos conhecimentos face às IST e do comportamento sexual foi usado o teste t de Student (t)

para amostras independentes. Nos casos em que não foram cumpridos os pressupostos de aplicação do teste t de Student foi usado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (U) (31, 59)

Dado o carácter exploratório da análise das relações bivariadas foi considerada uma probabilidade de erro do tipo I (α) de 0,1 durante o cálculo das estatísticas.

Numa segunda fase, os determinantes que demonstraram ter relações estatisticamente significativas com a utilização de preservativo (ver Anexo 4) foram introduzidos como variáveis independentes em três modelos de regressão logística binária para a utilização do preservativo na relação sexual vaginal, na relação sexual anal e na relação sexual oral.

Na construção dos modelos a selecção das variáveis foi efectuada através do método Stepwise Forward:LR de selecção das variáveis, tendo sido considerada como probabilidade de erro do tipo I (α) para a entrada e a saída das variáveis, respectivamente, os valores 0,05 e 0,10 (31). A significância estatística dos modelos construídos foi testada recorrendo às estatísticas do Rácio de Verossimilhanças (G^2) e de Hosmer-Lemeshow (χ^2_{HL}) (31).

3.7. Considerações éticas e legais

3.7.1. Antes da aplicação do questionário

O estudo foi submetido à aprovação dos órgãos executivo e pedagógico da escola. Posteriormente foi solicitada a autorização aos encarregados de educação, enquanto representantes legais dos alunos, na sua maioria menores de idade, através de consentimento informado constituído por uma carta de apresentação e uma declaração (ver Anexo 2).

Com a carta de apresentação pretendeu-se facultar aos representantes legais dos eventuais participantes, toda a informação necessária a uma escolha informada. Deste modo foram mencionados os objectivos, métodos, instituição a que a investigadora

estava ligada, instituição patrocinadora do estudo, anonimato da escola e do questionário, tratamento confidencial dos dados, formas de divulgação e de acesso aos resultados e contactos da equipa de investigação.

Também se fez referência à ausência de quaisquer riscos ou desconforto para o participante, decorrentes da participação no estudo, e ao direito do mesmo poder abster-se de participar, sem que isso lhe trouxesse quaisquer consequências negativas (4).

No sentido de assegurar a compreensão da carta de apresentação, e tendo em consideração o fraco domínio da língua portuguesa de alguns encarregados de educação, efectuou-se uma explicação oral da mesma. Só após este procedimento foi solicitado aos encarregados de educação o seu consentimento informado preenchendo e assinando, para o efeito, a declaração anexa à carta de apresentação (46).

Embora o tratamento confidencial dos dados tivesse sido assegurado foi destacado que não era possível associar a assinatura colocada na declaração de consentimento informado ao questionário respondido pelos alunos, dado que a devolução destes documentos à investigadora decorreria em momentos diferentes da implementação do estudo (46).

3.7.2. Durante a aplicação do questionário

A privacidade dos alunos foi garantida através da distribuição de um questionário por cada mesa disponível em cada sala de aula (46).

Mesmo com o consentimento dos encarregados de educação foi dada aos alunos a opção de recusar preencher o questionário através de uma questão colocada para o efeito. Foram repetidas oralmente as informações constantes da introdução do questionário (46).

Foi especialmente abordada a pergunta referente à data de nascimento, uma vez que o respondente poderia pensar que a investigadora, ao ter acesso a este dado, poderia de alguma forma identificá-lo. As consequências desta situação poderiam reflectir-se na redução da taxa de resposta ao questionário, mas também enviesar as respostas (46).

Neste contexto, a investigadora deixou explícito que somente acedeu às listas nominais dos alunos e que, ainda assim, os dados individuais seriam tratados com confidencialidade, apenas pelos elementos da equipa de investigação (46).

3.7.3. Após a aplicação do questionário

Durante a análise e interpretação, os dados foram armazenados num local restrito a qualquer elemento que não os da equipa de investigação (46).

Os respondentes tiveram oportunidade de aceder aos resultados contactando a equipa de investigação através do contacto telefónico disponibilizado na carta de apresentação. Na divulgação da informação, durante a presente tese e em fases posteriores, não serão publicados quaisquer dados que identifiquem os respondentes, como por exemplo a data de nascimento ou o nome da escola onde o estudo foi realizado (46).

4. Resultados

4.1. Taxa de participação no estudo e taxa de resposta ao questionário

O consentimento informado foi distribuído à totalidade dos 1101 alunos que frequentavam a escola entre Maio e Junho de 2007, mas apenas 667 (60,6%) devolveram este documento. Entre os alunos que devolveram o consentimento informado foi autorizada a participação no estudo a 617 (56%) (Tabela 2).

Devido à falta de assiduidade dos alunos participaram no questionário 591 alunos tendo-se obtido uma taxa de participação⁵ de 96%. Dado que apenas um aluno não quis responder, a taxa de resposta⁶ ao questionário foi de 99,8%.

Tabela 2. Número dos alunos quanto à devolução do consentimento informado, autorização de participação e resposta o questionário.

Ano lectivo	Consentimentos Distribuídos	Total de alunos										
		Não devolveram o consentimento		Devolveram o consentimento		Consentimento não autoriza a participação		Consentimento autoriza a participação		Participaram no questionário		
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
7.º	104	(9,4)	38	(3,5)	66	(5,9)	2	(0,2)	64	(5,8)	62	(5,7)
8.º	198	(18)	63	(5,7)	135	(12,3)	19	(1,7)	116	(10,5)	114	(10,3)
9.º	164	(15)	40	(3,6)	124	(11,3)	6	(0,5)	118	(10,8)	113	(10,2)
10.º	265	(24,1)	107	(9,7)	158	(14,4)	10	(0,9)	148	(13,4)	144	(13,1)
11.º	187	(16,9)	68	(6,2)	119	(10,8)	8	(0,7)	111	(10,1)	98	(8,9)
12.º	183	(16,6)	118	(10,7)	65	(5,9)	5	(0,5)	60	(5,4)	60	(5,5)
Total	1101	(100)	434	(39,4)	667	(60,6)	50	(4,5)	617	(56)	591	(53,7)

⁵ O cálculo da Taxa de Participação no questionário considerou os alunos que participaram no questionário sobre o número de alunos elegíveis (N=591) que foram identificados, contactados e que devolveram o consentimento informado autorizando a sua participação no estudo (N=617) (15).

⁶ O cálculo da Taxa de Resposta ao questionário considerou os alunos que aceitaram responder ao questionário (N=590) sobre o número de alunos que participaram no questionário (N=591) (15).

4.2. Caracterização sociodemográfica

O grupo de 590 alunos que responderam ao questionário tem idade média de 15,6 anos (DP=1,7 anos), é constituído por 56,2% (N=314) alunos do sexo feminino e 46,8% (N=276) alunos do sexo masculino, na sua maioria solteiros (99,1%; N=587) e de nacionalidade portuguesa (93,4%; N=551) (Tabela 3).

A maioria dos alunos professava a religião católica (68,5%; N=401) mas 26,5% (N=155) assinalaram não seguir qualquer religião. Entre os alunos que indicaram ter uma religião (84,8%; N=430), verificou-se que no último mês antes da aplicação do questionário tinham assistido, em média, a duas cerimónias religiosas ($\mu=1,9$; DP=5,2) (Tabela 3).

Setenta e dois virgula três por cento (N=426) dos alunos vivem integrados em famílias “clássicas”, 10,2% (N=60) vivem com outros familiares, 9,5% (N=56) vivem em famílias monoparentais e 8,0 % (N=47) vivem em famílias reconstituídas (Tabela 3).

A maioria dos participantes não tem experiência laboral remunerada (79,9%; n=468). Dos 118 (20,1%) alunos que relataram ter experiência laboral, 33 (28,2%) estavam a trabalhar, de forma remunerada, aquando da aplicação do questionário (Tabela 3). Entre os alunos que já tinham trabalhado, a idade média com que começaram a trabalhar foi de 15,3 anos (DP=2,3 anos).

Tabela 3. Variáveis sociodemográficas - frequências absolutas (N) e relativas (%).

Variáveis Sociodemográficas	N (%)
Nacionalidade	
Portuguesa	551 (93,4)
Portuguesa e outra	15 (2,5)
Outra nacionalidade/outra dupla nacionalidade	24 (4,1)
Total	590 (100)
Religião	
Católica	401 (68,5)
Não tem	155 (26,5)
Muçulmana	9 (1,5)
Protestante	8 (1,4)
Outra	12 (2,1)
Total	585 (100)
Tipo de agregado familiar	
Clássica	426 (72,3)
Vive com outros familiares	60 (10,2)
Monoparental	56 (9,5)
Reconstituída	47 (8,0)
Total	589 (100)
Experiência laboral	
Sim	118 (20,1)
Não	468 (79,9)
Total	586 (100)
Situação laboral actual	
Sim	33 (28,2)
Não	84 (71,8)
Total	117 (100)

4.3. Caracterização escolar

O ano de escolaridade mais frequente foi o 10.º ano (24,5%; N=144), sendo que 34,8% (N=203) dos alunos relataram já ter reprovado, em média 1,6 reprovações (DP=0,7 reprovações) (Tabela 4). Em 52,7% (N=107) dos alunos que admitiram já ter reprovado, a situação de reprovação ocorreu apenas uma vez durante todo o percurso escolar.

Quarenta e oito vírgula oito por cento (N=278) dos alunos admitiram já ter faltado às aulas estando na escola. Destes, 46,1% (N=118) admitiram tê-lo feito na semana que antecedeu a aplicação do questionário (Tabela 4). O número médio de faltas às aulas encontrado na última semana antes da aplicação do questionário foi de 1,6 faltas (DP=0,9 faltas). A maioria dos alunos (52,8%; N=311) concordou com a frase "Gosto de estar na escola." sendo que 30,7% (N=181) referiram a opção "Não discordo nem concordo" (Tabela 4).

Tabela 4. Variáveis escolares - frequências absolutas (N) e relativas (%).

Variáveis Escolares	N (%)
Ano Lectivo Frequentado	
7.º ano de escolaridade	62 (10,5)
8.º ano de escolaridade	114 (19,3)
9.º ano de escolaridade	113 (19,2)
10.º ano de escolaridade	144 (24,4)
11.º ano de escolaridade	97 (16,4)
12.º ano de escolaridade	60 (10,2)
Total	520 (100)
Experiência de reprovação	
Sim	203 (34,8)
Não	381 (65,2)
Total	584 (100)
Faltar às aulas estando na escola	
Sim	278 (48,8)
Não	292 (51,2)
Total	570 (100)
Faltas às aulas na última semana	
Sim	118 (46,1)
Não	138 (53,9)
Total	256 (100)
Satisfação com a escola	
Discordo totalmente	14 (2,4)
Discordo	21 (3,6)
Não discordo nem concordo	181 (30,7)
Concordo	311 (52,8)
Concordo totalmente	62 (10,5)
Total	589 (100)

4.4. Fontes de informação sobre sexualidade

Os amigos, enquanto principal fonte de informação sobre sexualidade, foram a opção mais frequente (30,1%; N=142), mas a mãe e os *media*, seleccionados respectivamente por 25,8% (N=122) e 20,3% (N=96) dos alunos, também foram respostas frequentes (Tabela 5).

Nas raparigas a principal fonte de informação sobre sexualidade indicada foi a mãe enquanto que para os rapazes foram os amigos ($\chi^2 = 32,3$; $p < 0,01$). Não foram encontradas diferenças significativas na idade dos alunos que seleccionaram distintas fontes de informação sobre sexualidade (Kw=15,8; $p=0,07$) (Tabela 5).

No que concerne à fonte de informação desejada sobre sexualidade, 20,8% (N=108) dos alunos indicaram o médico, ou outro profissional de saúde. Verificou-se que esta fonte de informação é mais desejada pelas raparigas ($\chi^2=30,5$; $p < 0,01$) (Tabela 6).

Também se verificou que existem diferenças na idade dos alunos que indicaram diferentes fontes de informação desejada sobre sexualidade ($Kw=30,51$; $p=0,02$) (Tabela 6).

Tabela 5. Principal fonte de informação sobre sexualidade – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Principal fonte de informação sobre sexualidade (N=472) *	Total		Sexo				Idade					
			Masculino		Feminino		Teste χ^2	p	μ	(DP)	Teste Kw	p
	N	%	N	%	N	%						
Pai	27	(5,7)	22	(9,9)	5	(2,0)	32,3 ^a	<0,01	15,8	(1,9)	15,8 ^a	0,07
Mãe	122	(25,8)	40	(18)	82	(32,8)			15,3	(1,5)		
Outros familiares	29	(6,1)	12	(5,4)	17	(6,8)			15,5	(1,6)		
Namorado(a)	21	(4,4)	11	(5,0)	10	(4,0)			16,2	(2,1)		
Amigos	142	(30,1)	69	(31,1)	73	(29,2)			15,8	(1,8)		
Professor	20	(4,2)	12	(5,4)	8	(3,2)			15,1	(1,3)		
Médico ou outro profissional de saúde	13	(2,8)	3	(1,4)	10	(4,0)			16,3	(1,6)		
Padre ou grupo religioso	1	(0,2)	0	(0)	1	(0,4)			13,0	(13)		
Media	96	(20,3)	53	(23,9)	43	(17,2)			15,4	(1,8)		
Outros	1	(0,2)	0	(0)	1	(0,4)			16,0	(16)		

* As opções de resposta são mutuamente exclusivas.

Tabela 6. Fonte de informação desejada sobre sexualidade – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Fonte desejada de informação sobre sexualidade (N=472) *	Total		Sexo						Idade			
			Masculino		Feminino		Teste χ^2	p	μ	(DP)	Teste Kw	p
	N	%	N	%	N	%						
Pai	68	(13,1)	48	(19,8)	20	(7,2)	30,5 ^a	<0,01	15,8	(1,9)	30,5 ^a	0,02
Mãe	100	(19,2)	35	(14,4)	65	(23,5)			15,3	(1,5)		
Outros familiares	37	(7,1)	12	(4,9)	25	(9,0)			15,5	(1,6)		
Namorado(a)	15	(2,9)	7	(2,9)	8	(2,9)			16,2	(2,1)		
Amigos	25	(4,8)	13	(5,3)	12	(4,3)			15,8	(1,8)		
Professor	87	(16,7)	43	(17,7)	44	(15,9)			15,1	(1,3)		
Médico ou outro profissional de saúde	108	(20,8)	42	(17,3)	66	(23,8)			16,3	(1,6)		
Padre ou grupo religioso	1	(0,2)	0	(0)	1	(0,4)			13,0	(0)		
Media	68	(13,1)	36	(14,8)	32	(11,6)			15,4	(1,8)		
Outros	11	(2,1)	7	(2,9)	4	(1,4)	16,0	(0)				

* As opções de resposta são mutuamente exclusivas.

4.5. Conhecimentos sobre as IST

A SIDA foi reconhecida por 99,1% (N=582) dos alunos, como sendo uma infecção sexualmente transmissível. Salienta-se, igualmente, a infecção herpética genital reconhecida por 82,6% (N=485) dos alunos. As IST menos reconhecidas foram a candidose (8,2%;N=48), a clamidiose (4,4%; N=26), a sarna (3,1%;N=19) e a tricomonose (2,4%;N=14) (Tabela 7).

Verificou-se que os alunos que reconheceram a pediculose púbica (chatos) ($t=-2,3$; $p=0,01$), a sífilis ($U=30921$; $p < 0,01$), a hepatite B ($t=-2,4$; $p=0,02$) e a infecção herpética genital ($t=15764,5$; $p < 0,01$) como IST, têm uma idade média diferente relativamente aos alunos que não identificaram estas patologias (Tabela 7).

A hepatite C e a infecção genital pelo HPV foram igualmente reconhecidas, respectivamente por 40,0% (N=236) e 41,9% (N=246), dos alunos como IST, mas os rapazes reconheceram mais frequentemente a hepatite C ($\chi^2=3,9$; $p=0,05$) e as raparigas a infecção genital pelo HPV ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$) (Tabela 7).

De registar ainda que foram reconhecidas erradamente como IST a tuberculose, por 5,8% (N=34) dos alunos e a doença do sono por 3,2% (N=19) dos alunos. Os alunos que identificaram erradamente a tuberculose ($t=2,15$; $p=0,03$) como sendo uma IST têm uma idade média diferente dos alunos que não seleccionaram esta patologia (Tabela 8).

Tabela 7. Conhecer o nome das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer as IST (total N=587)	Total N (%)	Sexo				Idade					
		Masculino N (%)		Feminino N (%)		Teste	p	μ (DP)		Teste	p
Gonorréia											
Sim	201 (34,2)	83 (14,1)	118 (20,1)	3,0 ^b	0,08	15,7 (1,6)	35129,0 ^d	0,30			
Não	386 (65,8)	190 (32,4)	196 (33,4)			15,5 (1,8)					
Hepatite C											
Sim	236 (40,0)	122 (20,7)	114 (19,3)	3,9 ^b	0,05	15,7 (1,8)	-1,3 ^c	0,19			
Não	351 (60,0)	151 (25,6)	200 (34,4)			15,5 (1,7)					
Hepatite B											
Sim	238 (40,5)	108 (18,4)	130 (22,1)	0,14 ^b	0,71	15,8 (1,7)	-2,4 ^c	0,02			
Não	349 (59,5)	165 (28,1)	184 (31,3)			15,4 (1,8)					
Candidose											
Sim	48 (8,2)	16 (2,7)	32 (5,5)	3,1 ^b	0,08	15,5 (1,4)	0,3 ^c	0,70			
Não	539 (91,8)	257 (43,8)	282 (48,0)			15,6 (1,8)					
Chatos											
Sim	127 (21,6)	50 (8,5)	77 (13,1)	2,9 ^b	0,08	15,9 (1,8)	-2,3 ^c	0,01			
Não	460 (78,4)	223 (38)	237 (40,4)			15,5 (1,7)					
Sífilis											
Sim	238 (40,5)	99 (16,9)	139 (23,7)	3,5 ^b	0,06	16,1 (1,6)	30921,0 ^d	<0,01			
Não	349 (59,5)	174 (29,6)	175 (29,9)			15,4 (1,8)					
Clamidiose											
Sim	26 (4,4)	10 (1,7)	16 (2,7)	0,4 ^b	0,52	15,5 (1,5)	6817,0 ^d	0,70			
Não	561 (95,6)	263 (44,8)	298 (50,8)			15,6 (1,8)					
Tricomonose											
Sim	14 (2,4)	7 (1,2)	7 (1,2)	0 ^b	1,00	15,6 (2,1)	3778,0 ^d	0,81			
Não	573 (97,6)	266 (45,3)	307 (52,3)			15,6 (1,8)					

a – Teste Exacto de Fisher (F) b – Teste do Qui-quadrado (χ^2) c – Teste t de Student (t) d – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela 7. Conhecer o nome das IST (continuação) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e o feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer as IST (N total =587)	Total N (%)	Sexo						Idade					
		Masculino		Feminino		Teste	p	μ (DP)		Teste	p		
		N (%)		N (%)									
SIDA													
Sim	582 (99,1)	270	(46,0)	312	(53,2)	a	0,67	15,6	(1,7)	1150,0 ^d	0,45		
Não	5 (0,8)	3	(0,5)	2	(0,3)			16,0	(1,2)				
Herpes genital													
Sim	485 (82,6)	219	(37,3)	266	(45,3)	1,8 ^b	0,19	15,8	(1,6)	15764,5 ^d	<0,01		
Não	102 (17,4)	54	(9,2)	48	(8,2)			14,8	(2,1)				
Infecção genital pelo VPH													
Sim	246 (41,9)	101	(17,2)	145	(24,7)	4,7 ^b	0,03	15,7	(1,7)	-1,4 ^c	0,16		
Não	341 (58,1)	172	(29,3)	169	(28,8)			15,5	(1,8)				
Vaginose bacteriana													
Sim	241 (41,1)	105	(17,9)	136	(23,2)	1,2 ^b	0,27	15,5	(1,7)	1,7 ^c	0,08		
Não	346 (58,9)	168	(28,6)	178	(30,3)			15,7	(1,8)				
Sarna													
Sim	18 (3,1)	5	(0,9)	13	(2,2)	a	0,15	15,9	(1,7)	4393,5 ^d	0,37		
Não	569 (96,9)	268	(45,6)	301	(51,3)			15,6	(1,7)				

a – Teste Exacto de Fisher (F) b – Teste do Qui-quadrado (χ^2) c – Teste t de Student (t) d – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela 8. Conhecer o nome das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e o feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer as IST (N total =587)	Total N (%)	Idade				Sexo			
		Masculino	Feminino	Teste χ^2	p	(μ, DP)		Teste	p
		N (%)	N (%)						
Tuberculose									
Sim	34 (5,8)	21 (3,6)	13 (2,2)	2,7	0,10	15,0	(1,5)	2,1 ^a	0,03
Não	553 (94,2)	252 (42,9)	301 (51,3)			15,6	(1,7)		
Doença do sono									
Sim	19 (3,2)	12 (2,0)	7 (1,2)	1,5	0,21	16,7	(2,5)	3974,5 ^b	0,06
Não	568 (96,8)	261 (44,5)	307 (52,3)			15,6	(1,7)		

a – Teste t de Student (t) b – Teste de Mann-Whitney (U)

Relativamente às formas de transmissão das IST, 98,7% (N=582) dos alunos identificaram a relação sexual vaginal, 64,9% (N=383) a relação sexual anal, 58,1% (N=591) a relação sexual oral e 60,3% (N=356) a partilha de objectos cortantes (Tabela 9). Destaca-se que a utilização de casas de banho públicas, foi identificada incorrectamente como forma de transmissão das IST por 29% (N=171) dos alunos (Tabela 10).

Apurou-se que os rapazes, face às raparigas, reconhecem mais frequentemente a partilha de escovas de dentes ($\chi^2=6,9$; $p<0,01$) enquanto forma de transmissão das IST.

Também se apurou que os alunos que indicaram as relações sexuais do tipo anal têm uma idade significativamente diferente dos alunos que não optaram por esta forma de transmissão ($U=-2,4$; $p=0,02$), o mesmo sucedendo com os alunos que seleccionaram os objectos cortantes ($t=-3,6$; $p<0,01$) (Tabela 9).

Não se apuraram diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas quanto às opções de resposta incorrectas sobre as formas de transmissão, mas verificou-se que a idade dos alunos que seleccionaram a utilização de casas-de-banho públicas ($t=2,5$; $p=0,01$) e a partilha de pratos e talheres ($U=5752,5$; $p=0,02$) é significativamente diferente da idade dos alunos que não optaram por estas formas de transmissão (Tabela 10).

Tabela 9. Conhecer formas de transmissão das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer formas de transmissão das IST (N total =590)	Total N (%)	Sexo		Teste	p	Idade			
		Masculino N (%)	Feminino N (%)			μ (DP)		Teste	p
Beijos									
Sim	80 (13,5)	45 (7,6)	35 (5,9)	2,9 ^b	0,09	14,8 (1,6)		4,1 ^c	<0,01
Não	510 (86,5)	231 (39,2)	279 (47,3)			15,7 (1,7)			
Relação sexual vaginal									
Sim	582 (98,7)	270 (45,8)	312 (52,9)	a	0,15	15,6 (1,7)		0,2 ^d	0,69
Não	8 (1,3)	6 (1,0)	2 (0,3)			14,4 (1,1)			
Relação sexual oral									
Sim	343 (58,1)	160 (27,1)	183 (31,0)	0 ^b	0,94	15,6 (15,6)		-0,5 ^c	0,59
Não	247 (41,9)	116 (19,7)	131 (22,2)			15,6 (15,6)			
Relação sexual anal									
Sim	383 (64,9)	173 (29,3)	210 (35,6)	1,1 ^b	0,29	15,7 (1,8)		-2,4 ^c	0,02
Não	207(35,1)	103 (17,5)	104 (17,6)			15,4 (1,6)			
Partilha da escova de dentes									
Sim	124 (21)	71 (12,0)	53 (9,0)	6,9 ^b	0,01	15,4 (1,7)		1,4 ^c	0,16
Não	466 (78,9)	205 (34,7)	261 (44,2)			15,7 (1,7)			
Partilha de objectos cortantes									
Sim	356 (60,3)	173 (29,3)	183 (31,0)	1,2 ^b	0,28	15,8 (1,8)		-3,6 ^c	<0,01
Não	234 (39,7)	103 (17,5)	131 (22,2)			15,3 (1,6)			
Não sei									
Sim	5 (0,8)	3 (0,5)	2 (0,3)	a	0,67	15,0 (1,6)		917 ^d	0,49
Não	585 (99,2)	273 (46,3)	312 (52,9)			15,6 (1,7)			

a – Teste Exacto de Fisher (F)

b – Teste do Qui-quadrado (χ^2)

c – Teste t de Student (t)

d – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela 10. Conhecer formas de transmissão das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer formas de transmissão das IST (N total =590)	Total N (%)	Sexo				Idade			
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Teste	p	μ (DP)		Teste	p
Carícias									
Sim	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	a	0,47	*			
Não	589 (99,8)	275 (46,6)	314 (53,2)			*			
Abraços									
Sim	2 (0,3)	2 (0,3)	0 (0)	a	0,22	*			
Não	588 (99,6)	274 (46,4)	314 (53,2)			*			
Utilização de casas de banho públicas									
Sim	171 (29,0)	85 (14,4)	86 (14,6)	0,8 ^b	0,36	15,3	(1,67)	2,5 ^c	0,01
Não	419 (71,0)	191 (32,4)	228 (38,6)			15,4	(1,77)		
Partilha de pratos e talheres									
Sim	30 (5,1)	17 (2,9)	13 (2,2)	1,2 ^b	0,26	14,8	(1,55)	5752,5 ^d	0,02
Não	560 (94,9)	259 (43,9)	301 (51)			15,6	(1,76)		
a – Teste Exacto de Fisher (F)	b – Teste do Qui-quadrado (χ ²)		c – Teste t de Student (t)		d – Teste de Mann-Whitney (U)		* Resultados não obtidos.		

No que concerne ao conhecimento dos sinais e sintomas das IST, os alunos identificaram mais frequentemente as feridas na vagina (57,4%; N=336), as feridas no pénis (56,2%; N=329) e o ardor ao urinar (50,5%;N=296) (Tabela 11).

Os rapazes reconhecem mais frequentemente os enjoos/vómitos ($\chi^2=6,6;p=0,01$), a dor de cabeça ($\chi^2=17,3;p<0,01$), a dor de barriga ($\chi^2=4,9;p=0,03$), a dor de fígado ($\chi^2=6,8;p<0,01$) e a pele amarela ($\chi^2=4,1;p=0,04$) como sintomas ou sinais das IST (Tabela 11).

As raparigas reconhecem mais frequentemente a comichão ($\chi^2=6,9;p <0,01$), as verrugas no pénis ($\chi^2=5,4;p=0,02$), as verrugas na vagina ($\chi^2=4,1;p=0,04$) e o ardor ao urinar ($\chi^2=8,3;p<0,01$) (Tabela 11).

Verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a idade e os alunos que seleccionaram a esterilidade ($t=-2,8; p <0,01$), o ardor ao urinar ($t=-2,8; p<0,01$), a gravidez ($t=3,8; p <0,01$), a comichão ($U=30072,5; p <0,01$), as feridas no pénis ($U=33268; p <0,01$) e as feridas na vagina ($U=32946; p <0,01$) (Tabela 11).

Tabela 11. Conhecer sinais/sintomas das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer sinais/sintomas das IST (N total=586)	Total N (%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N(%)	Feminino N(%)			μ (DP)	Teste	p
Esterilidade								
Sim	171 (29,2)	81 (13,8)	90 (15,4)	<0,1	0,88	15,9 (1,6)	-2,8 ^b	<0,01
Não	415 (70,8)	192 (32,8)	223 (38,0)			15,5 (1,8)		
Enjoos/vômitos								
Sim	140 (23,9)	79 (13,5)	61 (10,4)	6,6	0,01	15,4 (1,9)	1,3 ^b	0,20
Não	446 (76,1)	194 (33,1)	252 (43,0)			15,7 (1,7)		
Dor de cabeça								
Sim	64 (10,9)	46 (7,8)	18 (3,1)	17,3	<0,01	15,5 (1,7)	0,6 ^b	0,52
Não	522 (89,1)	227 (38,8)	295 (50,3)			15,6 (1,7)		
Dor de barriga								
Sim	42 (7,2)	27 (4,6)	15 (2,6)	4,9	0,03	15,9 (2,1)	-1,1 ^b	0,29
Não	544 (92,8)	246 (42,0)	298 (50,8)			15,6 (1,7)		
Dor durante as relações sexuais								
Sim	221 (37,7)	98 (16,7)	123 (21,0)	0,5	0,45	15,6 (1,6)	-0,4 ^b	0,71
Não	365 (62,3)	175 (29,9)	190 (32,4)			15,6 (1,8)		
Saída de líquido do pénis								
Sim	111 (18,9)	50 (8,5)	61 (10,4)	<0,1	0,79	15,6 (1,7)	-0,1 ^b	0,91
Não	475 (81,1)	223 (38,1)	252 (43,0)			15,6 (1,7)		
Saída de líquido da vagina								
Sim	118 (20,1)	47 (8,0)	71 (12,1)	2,4	0,12	15,6 (1,8)	-0,3 ^b	0,79
Não	468 (79,9)	226 (38,6)	242 (41,3)			15,6 (1,7)		
Comichão								
Sim	221 (37,7)	87 (14,8)	134 (22,9)	6,9	<0,01	16,0 (1,6)	30072,5 ^a	<0,01
Não	365 (62,3)	186 (31,8)	179 (30,5)			15,4 (1,8)		
Feridas no pénis								
Sim	329 (56,2)	155 (26,5)	174 (29,8)	<0,1	0,83	15,8 (1,6)	33268,0 ^a	<0,01
Não	257 (43,8)	118 (20,1)	139 (23,7)			15,3 (1,9)		
Feridas na vagina								
Sim	336 (57,4)	151 (25,8)	185 (31,7)	0,7	0,39	15,8 (1,6)	32946,0 ^a	<0,01
Não	250 (42,6)	122 (20,8)	128 (21,8)			15,3 (1,9)		

a – Teste de Mann-Whitney (U)

b – Teste t de Student (t)

Tabela 11. Conhecer sinais/sintomas das IST (continuação) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer sinais/sintomas das IST (N total =586)	Total N (%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N(%)	Feminino N(%)			μ (DP)	Teste	p
Verrugas no pênis								
Sim	82 (14,0)	28 (4,8)	54 (9,2)	5,4	0,02	15,7 (1,7)	-0,4 ^b	0,64
Não	504 (86,0)	245 (41,8)	259 (44,2)			15,6 (1,7)		
Verrugas na vagina								
Sim	84 (14,3)	30 (5,1)	54 (9,2)	4,1	0,04	15,5 (1,7)	0,2 ^b	0,82
Não	502 (86,4)	243 (41,5)	259 (44,9)			15,6 (1,7)		
Pele amarela								
Sim	68 (11,6)	40 (6,8)	28 (4,8)	4,1	0,04	15,7 (1,8)	-0,2 ^b	0,79
Não	518 (88,4)	233 (39,8)	285 (48,6)			15,6 (1,7)		
Ardor ao urinar								
Sim	296 (50,5)	120 (20,5)	176 (30,0)	8,3	<0,01	15,8 (1,7)	-2,8 ^b	<0,01
Não	290 (49,5)	153 (26,1)	137 (23,4)			15,4 (1,7)		
Urinar às pinguinhas								
Sim	83 (14,2)	33 (5,6)	50 (8,5)	1,5	0,22	15,9 (1,8)	-1,5 ^b	0,13
Não	503 (85,8)	240 (41,0)	263 (44,8)			15,6 (1,7)		
Não sei								
Sim	115 (19,7)	60 (10,3)	55 (9,4)	1,5	0,22	15,4 (1,9)	1,7 ^b	0,09
Não	471 (80,3)	213 (36,3)	258 (44)			15,7 (1,7)		

a – Teste de Mann-Whitney (U)

b – Teste t de Student (t)

A gravidez foi incorrectamente identificada como sinal ou sintoma de uma IST por 14,3% (N=84) dos alunos (Tabela 12).

Tabela 12. Conhecer sinais/sintomas das IST (opções de resposta incorrectas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer sinais/sintomas das IST (N total=586)	Total N (%)	Sexo		Idade					
		Masculino	Feminino	Teste χ^2	p	(μ, SD)		Teste t	p
		N (%)	N (%)						
Gravidez									
Sim	84 (14,3)	33 (5,6)	51 (8,7)	1,7	0,18	14,9	(1,7)	3,8	<0,01
Não	502 (85,7)	240 (41,0)	262 (44,7)			15,7	(1,7)		
Dor de fígado									
Sim	38 (6,4)	26 (4,4)	12 (2,0)	6,8	<0,01	15,7	(1,8)	-0,3	0,72
Não	548 (93,6)	247 (42,2)	301 (51,4)			15,6	(1,7)		

No que concerne aos conhecimentos face às formas de prevenção da transmissão, 98,2% (N=579) dos alunos reconheceram o preservativo, mas 24,1% (n=142) dos alunos assinalaram igualmente a pílula, 11,7% (N=69) o diafragma e 11,5% (N=68) o dispositivo intra-uterino. Os rapazes foram os únicos que identificaram o método das temperaturas como forma de prevenção das IST (p=0,05) (Tabela 13).

Verificou-se que a idade estava estatisticamente associada ao conhecimento das formas de prevenção das IST no grupo de alunos que indicou o preservativo (t=-2,1; p=0,04). O mesmo ocorreu com os grupos de alunos que seleccionaram respectivamente a pílula (t=3,3; p <0,01) e a resposta não sei (t=2,6; p=0,01) (Tabela 13).

Tabela 13. Conhecer formas de prevenção das IST – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecer formas de prevenção das IST (N total=590)	Total N(%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N (%)	Feminino N (%)			μ (DP)	Teste t	p
Coito interrompido								
Sim	12 (2,1)	8 (1,4)	4 (0,7)	1,2	0,27	16,4 (1,9)	-1,5	0,11
Não	578 (97,9)	268 (45,4)	310 (52,5)			15,6 (1,7)		
Preservativo								
Sim	579 (98,2)	271 (45,9)	308 (52,3)	<0,1	1,00	15,6 (1,7)	-2,1	0,04
Não	11 (1,8)	5 (0,8)	6 (1,0)			14,5 (1,7)		
Dispositivo intra-uterino								
Sim	68 (11,5)	27 (4,6)	41 (6,9)	1,2	0,26	15,6 (1,5)	<0,1	0,96
Não	522 (88,5)	249 (42,2)	273 (46,3)			15,6 (1,8)		
Pílula								
Sim	142 (24,1)	73 (12,4)	69 (11,7)	1,3	0,24	15,2 (1,8)	3,3	<0,01
Não	448 (75,9)	203 (34,4)	245 (41,5)			15,7 (1,7)		
Diafragma								
Sim	69 (11,7)	25 (4,2)	44 (7,5)	3,0	0,08	15,7 (1,8)	-0,5	0,57
Não	521 (88,3)	251 (42,5)	270 (45,8)			15,6 (1,7)		
Método do calendário								
Sim	13 (2,2)	9 (1,5)	4 (0,7)	1,8	0,17	14,8 (1,4)	1,6	0,10
Não	521 (97,8)	267 (45,3)	310 (52,5)			15,6 (1,7)		
Método das temperaturas								
Sim	4 (0,7)	4 (0,7)	0 (0)	a	0,05	15,0 (1,4)	0,7	0,47
Não	586 (99,3)	272 (46,1)	314 (53,2)			15,6 (1,7)		
Espermicidas								
Sim	37 (6,3)	15 (2,5)	22 (3,7)	0,4	0,54	15,7 (1,2)	9121,5 ^b	0,53
Não	553 (93,7)	261 (44,2)	292 (49,5)			15,6 (1,8)		
Não sei								
Sim	11 (1,9)	5 (0,8)	6 (1,0)	<0,1	1,00	14,2 (1,2)	2,6	0,01
Não	579 (98,1)	271 (45,9)	308 (52,2)			15,6 (1,7)		
Outro								
Sim	10 (1,7)	6 (1,0)	4 (0,7)	a	0,53	15,2 (1,3)	0,7	0,49
Não	580 (98,3)	270 (45,8)	310 (52,5)			15,6 (1,7)		

a – Teste Exacto de Fisher (F)

b – Teste de Mann-Whitney (U)

Quarenta e um vírgula sete por cento dos alunos (N=245) indicaram a resposta “não sei” na variável “Algumas IST podem ser evitadas através de vacinas”. Não se apuraram quaisquer associações estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo ou a idade dos alunos (Tabela 14).

Trinta e nove vírgula quatro por cento dos alunos (N=231) optaram correctamente pela resposta sim na frase “Para além do HIV existem outras IST que podem provocar cancro” e 53,3% (N=313) indicaram a resposta não sei. Verificou-se ainda, que a idade influenciou o conhecimento dos alunos relativamente ao facto de existirem outras IST que podem provocar cancro para além do VIH (Kw=7,3; p=0,02) (Tabela 14).

Oitenta e oito vírgula quatro por cento dos alunos (N=520) indicaram correctamente a resposta não na frase “Todas as IST têm cura.”. Não foram verificadas quaisquer associações estatisticamente significativas entre esta variável e o sexo ou a idade dos alunos (Tabela 14).

Cinquenta e três por cento (N=311) dos alunos optaram correctamente pela resposta sim à frase “ As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez.” e 31,3% (N=184) responderam não sei. Não se verificou a existência de associações entre esta variável e o sexo dos alunos ou a idade dos alunos (Tabela 14).

A maioria dos alunos (N = 450; 76,7%) respondeu correctamente “não” na variável “Consigo saber se uma pessoa tem uma IST pelo aspecto” (Tabela 14). Os rapazes seleccionaram mais frequentemente que as raparigas a opção “sim” ($\chi^2=17,5$; p <0,01) e foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos alunos e as respostas a esta variável (Kw = 21,8; p <0,01) (Tabela 14).

Tabela 14. Conhecimentos sobre as IST - frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecimentos sobre as IST	Total N (%)	Sexo				Idade			
		Masculino	Feminino	Teste χ^2	p	μ (DP)	Teste Kw	p	
		N (%)	N (%)						
Algumas IST podem ser evitadas através de vacinas (N=588)									
Sim	153 (26,1)	82 (14,0)	71 (12,1)	3,8	0,15	15,5	(1,8)	4,9	0,08
Não	189 (32,2)	84 (14,3)	105 (17,9)			15,8	(1,7)		
Não sei	245 (41,7)	109 (18,6)	136 (23,2)			15,5	(1,7)		
Para além do VIH, existem outras IST que podem provocar cancro (N=588)									
Sim	231 (39,4)	117 (19,9)	114 (19,4)	3,4	0,18	15,3	(1,6)	7,3	0,02
Não	43 (7,3)	22 (3,7)	21 (3,6)			16,1	(1,7)		
Não sei	313 (53,3)	135 (23)	178 (30,3)			17,7	(1,8)		
Todas as IST têm cura (N=588)									
Sim	11 (1,9)	6 (1,0)	5 (0,9)	0,8	0,66	15,7	(1,9)	3,1	0,21
Não	520 (88,4)	246 (41,8)	274 (46,6)			15,6	(1,7)		
Não sei	57 (9,7)	24 (4,1)	33 (5,6)			15,3	(2,1)		
As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez (N=587)									
Sim	311 (53,0)	139 (23,7)	172 (29,3)	2,1	0,35	15,6	(1,7)	0,5	0,76
Não	92 (15,7)	49 (8,3)	43 (7,3)			15,5	(1,4)		
Não sei	184 (31,3)	86 (14,7)	98 (16,7)			15,7	(1,9)		
Consigo saber se uma pessoa tem uma IST pelo aspecto (N=588)									
Sim	34 (5,8)	26 (4,4)	8 (1,4)	17,5	<0,01	14,8	(1,5)	21,8	<0,01
Não	450 (76,7)	192 (32,7)	258 (44)			15,8	(1,7)		
Não sei	103 (17,5)	56 (9,5)	47 (8,0)			15,1	(1,9)		

4.6. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo.

A maioria dos respondentes (72,8%; N=420) concordou totalmente com a utilização do preservativo durante as relações sexuais vaginais (Tabela 15). A maioria dos alunos não concordou com a utilização do preservativo durante as relações sexuais anais (60,4%;N=349) e orais (74,3%;N=436) (Tabela 15).

Não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo ou a idade dos respondentes relativamente aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vagina, anal ou oral (Tabela 15).

Tabela 15. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vaginal, anal e oral – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Conhecimentos face à utilização do preservativo	Total N (%)	Sexo				Idade			
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Teste χ^2	p	μ (DP)	Teste t	p	
Durante a relação sexual vaginal (n=577)									
Concordam totalmente	420 (72,8)	193 (33,4)	227 (39,4)	0,7	0,40	15,6 (0,1)	-0,1	0,89	
Não concordam totalmente	157 (27,2)	79 (13,7)	78 (13,5)			15,6 (0,1)			
Durante a relação sexual anal (n=578)									
Concordam totalmente	229 (39,6)	112 (19,4)	117 (20,2)	0,4	0,52	15,6 (0,1)	0,6	0,52	
Não concordam totalmente	349 (60,4)	160 (27,7)	189 (32,7)			15,5 (0,1)			
Durante a relação sexual oral (n=587)									
Concordam totalmente	151 (25,7)	63 (10,8)	88 (15,0)	1,8	0,17	15,4 (1,8)	1,5	0,12	
Não concordam totalmente	436 (74,3)	212 (36,1)	224 (38,1)			15,7 (1,7)			

4.7. Comportamento sexual

4.7.1. Comportamento sexual

Trinta e dois vírgula seis por cento ($N=183$) dos alunos já tinham iniciado a sua vida sexual (Tabela 16), sendo que a idade média da primeira relação sexual foram os 15 anos de idade ($DP=1,6$) (Tabela 17).

O tipo de relacionamento sexual indicado mais frequentemente pelos alunos foi o vaginal (91,8%; $N=167$) e o menos frequente o anal (25,8%; $N=47$). Apurou-se que a prática de relações vaginais estava associada à idade ($U=743,5$; $p=0,01$) (Tabela 16).

Nos seis meses que antecederam a aplicação do questionário, os alunos tiveram em média um parceiro sexual ($\mu=1,1$; $DP=0,1$). Três vírgula oito por cento dos alunos ($N=7$) admitiram ter tido relações sexuais com parceiros do mesmo sexo (Tabela 16), sendo que estes tiveram em média, no último mês, 1,8 relações sexuais ($DP=0,8$).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o comportamento sexual dos rapazes e das raparigas e qualquer das variáveis do comportamento sexual estudadas (Tabela 16 e Tabela 17).

Existem diferenças estatisticamente significativas na idade dos alunos com experiência sexual relativamente aos que ainda não iniciaram a prática sexual ($t=10,3$; $p<0,01$) e relativamente aos que têm relações sexuais vaginais ($U=743,5$; $p=0,01$) (Tabela 16). Também se verificou que a idade dos alunos na primeira relação sexual estava correlacionada positivamente à sua idade ($r=0,6$; $p<0,01$) (Tabela 17).

Tabela 16. Comportamento sexual (variáveis nominais) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para o sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de proporções.

Comportamento sexual (N total)	Total N (%)	Sexo				Idade			
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Teste	p	μ (DP)	Teste	p	
Experiência sexual (N=562)									
Sim	183 (32,6)	81(14,4)	102 (18,1)	0,4 ^c	0,49	16,6 (1,7)	10,3 ^d	<0,01	
Não	379 (67,4)	181 (32,2)	198 (35,2)			15,1 (1,5)			
Experiência sexual vaginal (N=182)									
Sim	167 (91,8)	73 (40,1)	94 (51,6)	0,9 ^c	0,34	16,7 (1,7)	743,5 ^a	0,01	
Não	15 (8,2)	9 (4,9)	6 (3,3)			15,6 (1,4)			
Experiência sexual anal (N=182)									
Sim	47 (25,8)	24 (13,2)	23 (12,6)	0,7 ^c	0,38	16,7 (1,7)	0,5 ^d	0,62	
Não	135 (74,2)	57 (31,3)	78 42,9)			16,6 (1,7)			
Experiência sexual oral (N=181)									
Sim	101 (55,8)	44 (24,3)	57 (31,5)	<0,1 ^c	0,83	16,7 (1,6)	0,9 ^d	0,34	
Não	80 (44,2)	37 (20,4)	43 (23,8)			16,5 (1,7)			
Experiência sexual com indivíduos do mesmo sexo (N=182)									
Sim	7 (3,8)	2 (1,1)	5 (2,7)	b	0,46	16,4 (1,6)	541 ^a	0,64	
Não	175 (96,2)	81 (44,5)	94 (51,6)			16,6 (1,7)			
a-Teste de Mann-Whitney (U)		b- Teste de Fisher (F)		c – Teste do qui-quadrado		d – teste t de Student (t)			

Tabela 17. Comportamento sexual (variáveis numéricas) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, média e desvio padrão para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de médias, teste e valor da prova para a correlação com a idade.

Comportamento sexual (N total)	N Total (%)	Sexo				Idade		
		Masculino μ (DP)	Feminino μ (DP)	Teste	p	μ (DP)	Teste	p
Idade na primeira relação sexual (N=178)	178 (100)	14,8 (1,6)	15,1 (1,5)	0,9 ^b	0,35	15,0 (1,6)	0,6 ^c	<0,01
N.º de parceiros sexuais nos últimos seis meses (N=182)	182 (100)	1,2 (1,1)	1,0 (0,5)	4078,5 ^a	0,96	1,1 (0,1)	0,1 ^e	0,15
N.º de relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo no último mês (N = 9)	9 (100)	2 (22,2)	7 (77,8)	3,5 ^a	0,44	1,8 (0,8)	0,1 ^e	0,67

a-Teste de Mann-Whitney (U) b – teste t de Student (t) c - Coeficiente de Correlação de Pearson (r) e – Coeficiente de Spearman (r_s)

4.7.2. Utilização do preservativo

Sessenta e cinco vírgula cinco por cento dos alunos (N=110) indicaram que durante as relações sexuais vaginais usam sempre preservativo e 2,4% (N=4) indicaram nunca usar preservativo (Tabela 18).

As raparigas responderam mais frequentemente que os rapazes nunca usar preservativo ($\chi^2=11,5$; $p<0,01$) durante as relações vaginais. Também se verificou que a idade estava associada significativamente à utilização do preservativo durante a relação sexual vaginal (Kw=15,3; $p<0,01$) (Tabela 18).

Quanto à utilização do preservativo nas relações anais, 40,4% (N=19) dos alunos indicaram usar sempre o preservativo (Tabela 18). Setenta e cinco vírgula dois por cento (N=76) dos alunos indicaram nunca usar preservativo durante as relações sexuais do tipo oral e apenas 6,9% (n=7) indicou usar na maioria das vezes (Tabela 18).

Nas relações sexuais de tipologia oral e anal, não se verificam quaisquer diferenças estatisticamente significativas na utilização do preservativo entre rapazes ou raparigas, assim como também não se apurou qualquer influência da idade (Tabela 18).

Tabela 18. Comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo vaginal, anal e oral – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Comportamento de utilização do preservativo (Total N)	Total N (%)	Sexo				Idade			
		Masculino N(%)	Feminino N(%)	Teste F	p	μ (DP)	Teste Kw	p	
Utilização do preservativo na relação sexual vaginal (N=168)									
Sempre	110 (65,5)	55 (32,7)	55 (32,7)	11,5	<0,01	16,3	(1,6)	15,3	<0,01
Maioria das vezes	41 (24,4)	16 (9,5)	25 (14,9)			17,1	(1,7)		
Raramente	13 (7,7)	2 (1,2)	11 (6,5)			18,3	(1,9)		
Nunca	4 (2,4)	0 (0)	4 (2,4)			16,2	(0,9)		
Utilização do preservativo na relação sexual anal (N=47)									
Sempre	19 (40,4)	11 (23,4)	8 (17,0)	2,8	0,41	16,4	(1,8)	1,7	0,64
Maioria das vezes	9 (19,1)	6 (12,8)	3 (6,4)			17,0	(2,2)		
Raramente	6 (12,8)	2 (4,3)	4 (8,5)			17,5	(1,7)		
Nunca	13 (27,7)	5 (10,6)	8 (17)			16,6	(1,2)		
Utilização do preservativo na relação sexual oral (N=101)									
Sempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,3	0,53	16,0	(2,2)	1,1	0,58
Maioria das vezes	7 (6,9)	3 (3)	4 (4)			17,0	(1,7)		
Raramente	18 (17,8)	10 (9,9)	8 (7,9)			16,7	(1,6)		
Nunca	76 (75,2)	31 (30,7)	45 (44,6)						

4.8. Consumo de álcool e/ou drogas no contexto da relação sexual

Nenhum aluno respondeu ter por hábito a partilha de seringas. Nove vírgula oito por cento (N=18) dos alunos admitiram ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool e 1,6% (N=3) sob o efeito das drogas (Tabela 19).

Não se encontraram quaisquer associações estatisticamente significativas entre a idade ou o sexo dos alunos e a experiência de relações sexuais sob o efeito do consumo de álcool e drogas (Tabela 19).

Tabela 19. Consumo de álcool e/ou drogas no contexto da relação sexual – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Consumo de álcool/drogas no contexto da relação sexual (Total N)	Total N (%)	Sexo		Idade					
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	Teste	p	μ (DP)		Teste	p
Experiência de relações sexuais sob o efeito do álcool (N=188)									
Sim	18 (9,8)	11 (6,0)	7 (3,8)	1,4 ^c	0,20	17,2	(1,5)	1137 ^a	0,12
Não	165 (90,2)	71 (38,8)	94 (51,4)			16,5	(1,7)		
Experiência de relações sexuais sob o efeito das drogas (N=183)									
Sim	3 (1,6)	2 (1,1)	1 (0,5)	b	0,60	18,3	(2,3)	134,5 ^a	0,13
Não	180 (98,4)	80 (43,7)	100 (54,6)			16,6	(1,7)		

a – Teste de Mann-Whitney (U)

b – Teste Exato de Fisher (F)

c – Teste do Qui-quadrado (χ^2)

4.9. Comportamento de procura de cuidados médicos

A maioria dos alunos seleccionou a mãe (67,4%; N=390) como o elemento a quem pediria ajuda caso soubesse que tinham uma IST. Também o pai (39%; N=225), o ginecologista/obstetra (34,3%; N=198), os amigos (29,2%; N=169) e o namorado(a) (21,3%; N=123) foram respostas assinaladas frequentemente (Tabela 20).

Verificou-se que os rapazes recorreriam mais frequentemente ao pai ($\chi^2=56,6$; $p<0,01$) ou a um irmão ($\chi^2=10,6$; $p<0,01$), e as raparigas mais frequentemente a outro familiar ($\chi^2=2,7$; $p=0,01$), aos amigos ($\chi^2=8,3$; $p<0,01$) ou ao ginecologista/obstetra ($\chi^2=78,1$; $p<0,01$) (Tabela 20).

Encontrou-se que a idade estava associada aos alunos que optaram pelas respostas “namorado(a)” ($t=-4,6$; $p<0,01$) e “ginecologista/obstetra” ($t=-2,1$; $p=0,03$) (Tabela 20).

Tabela 20. “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

“Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?” (Total N=578)	Total N (%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		Teste Kw	p
		Masculino N(%)	Feminino N(%)			μ (DP)			
Mãe									
Sim	390 (67,4)	177 (30,6)	213 (36,8)	0,9	0,34	15,6 (1,9)		0,5 ^a	0,62
Não	188 (32,6)	94 (16,3)	94 (16,3)			15,6 (1,7)			
Pai									
Sim	225 (39)	150 (26)	75 (13)	56,6	<0,01	15,6 (1,6)		1,2 ^a	0,24
Não	353 (61)	121 (20,9)	232 (40,1)			15,5 (1,8)			
Madrasta									
Sim	5 (0,8)	3 (0,5)	2 (0,3)	c	0,67	14,6 (1,5)		960,5 ^b	0,23
Não	573 (99,2)	268 (46,4)	305 (52,8)			15,6 (1,7)			
Padrasto									
Sim	12 (2,1)	7 (1,2)	5 (0,9)	0,2	0,61	15,0 (1,5)		2617 ^b	0,21
Não	566 (97,9)	264 (45,7)	302 (52,2)			15,6 (1,7)			
Irmão									
Sim	38 (6,5)	28 (4,8)	10 (1,7)	10,6	<0,01	16,0 (1,5)		-1,6 ^a	0,12
Não	540 (93,4)	243 (42)	297 (51,4)			15,6 (1,7)			
Irmã									
Sim	86 (14,8)	32 (5,5)	54 (9,3)	3,3	0,07	15,5 (1,5)		0,3 ^a	0,72
Não	492 (85,2)	239 (41,3)	253 (43,9)			15,6 (1,8)			
Outro familiar									
Sim	37 (6,4)	12 (2,1)	25 (4,3)	2,7	0,01	15,3 (1,6)		1,0 ^a	0,31
Não	541 (93,6)	259 (44,8)	282 (48,8)			15,6 (1,7)			
Namorado(a)									
Sim	123 (21,3)	50 (8,7)	73 (12,6)	2,1	0,14	16,2 (1,9)		-4,6 ^a	<0,01
Não	455 (78,7)	221 (38,2)	234 (40,5)			15,4 (1,7)			
Amigos									
Sim	169 (29,2)	63 (10,9)	106 (18,3)	8,3	<0,01	15,8 (1,8)		-1,6 ^a	0,10
Não	409 (70,8)	208 (36)	201 (34,8)			15,5 (1,7)			

a – Teste t deStudent (t)

b– Teste de Mann-Whitney (U)

c – teste de Fisher (F)

Tabela 20. “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?” (continuação) – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, sexo masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

“Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?” (Total N=578)	Total N (%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N(%)	Feminino N(%)			μ (DP)	Teste	p
Professor								
Sim	20 (3,4)	11 (1,9)	9 (1,5)	0,2	0,60	15,1 (1,6)	3935 ^b	0,27
Não	558 (96,6)	260 (45)	298 (51,6)			15,6 (1,7)		
Farmacêutico								
Sim	68 (11,8)	34 (5,9)	34 (5,9)	0,1	0,70	15,9 (2,0)	-1,7 ^a	0,09
Não	510 (88,3)	237 (41)	273 (47,3)			15,5 (1,7)		
Médico de família								
Sim	258 (44,7)	123 (21,3)	135 (23,4)	0,1	0,80	15,6 (1,7)	-0,7 ^a	0,46
Não	320 (55,3)	148 (25,6)	172 (29,7)			15,5 (1,8)		
Médico particular								
Sim	143 (24,7)	74 (12,8)	69 (11,9)	1,5	0,20	15,6 (1,8)	0,1 ^a	0,90
Não	435 (75,3)	197 (34,1)	238 (41,2)			15,6 (1,7)		
Ginecologista/Obstetra								
Sim	198 (34,3)	42 (7,3)	156 (27)	78,1	<0,01	15,8 (1,7)	-2,1 ^a	0,03
Não	380 (65,7)	229 (39,6)	151 (26,1)			15,5 (1,7)		
Enfermeiro								
Sim	45 (7,8)	25 (4,3)	20 (3,5)	1,1	0,30	15,2 (1,7)	1,4 ^a	0,14
Não	533 (92,2)	246 (42,6)	287 (49,6)			15,6 (1,7)		
Outro profissional de saúde								
Sim	1 (0,2)	0	1 (0,2)	c	1,00	14,0 (1,7)	-0,1 ^a	0,94
Não	577 (99,8)	271 (46,9)	306 (52,9)			15,6 (1,9)		
Padre ou grupo religioso								
Sim	7 (1,2)	4 (0,7)	3 (0,5)	c	0,70	15,5 (2,3)	1601,5 ^b	0,86
Não	571 (98,8)	267 (46,2)	304 (52,6)			15,6 (1,7)		
Linha telefónica								
Sim	35 (6,1)	20 (3,5)	15 (2,6)	1,1	0,30	15,7 (1,9)	-0,4 ^a	0,65
Não	543 (93,9)	251 (43,4)	292 (50,5)			15,6 (1,7)		
Outro								
Sim	6 (1,1)	1 (0,2)	5 (0,9)	c	0,20	15,6 (1,8)	-0,1 ^a	0,94
Não	572 (98,9)	270 (46,7)	302 (52,2)			15,6 (1,7)		

a – Teste t de Student (t)

b – Teste de Mann-Whitney (U)

c – teste de Fisher (F)

Relativamente às circunstâncias em que os alunos procurariam tratamento caso tivessem uma IST, 86,2% (N=505) responderam que a procura de tratamento não estaria dependente do facto dos pais, dos amigos ou do parceiro(a) conhecerem a sua situação. Os pais foram o elemento indicado mais frequentemente pelos alunos (7,7%;N=45) que apenas procurariam ajuda caso outros não soubessem da infecção (Tabela 21).

Verificou-se que a idade estava significativamente associada aos alunos que escolheram como respostas “os pais” ($t=3,0$; $p < 0,01$), “os amigos” ($t=2,6$; $p=0,01$) e “nenhuma das anteriores” ($t=-3,1$; $p < 0,01$) (Tabela 21). Os rapazes indicaram mais frequentemente que caso tivessem uma IST só procurariam ajuda se o parceiro(a) desconhecesse a sua situação clínica ($\chi^2=10,4$; $p < 0,01$) (Tabela 21).

A maioria dos respondentes (89,8%;N=527) indicou que nenhum dos valores monetários apresentados seria condicionante da procura de tratamento médico. Verificou-se que a idade dos alunos estava associada a custos de tratamento diferentes (Kw =19,9; $p < 0,01$) mas não se identificaram quaisquer diferenças entre rapazes e raparigas (Tabela 22).

Tabela 21. “Se pensar que tem uma IST só procura tratamento se...” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Se pensar que tem uma IST só procura tratamento se... (N=586)	Total N (%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N (%)	Feminino N(%)			μ (DP)	Teste	p
Os pais não souberem								
Sim	45 (7,7)	18 (3,1)	27 (4,6)	0,6	0,43	14,8 (1,7)	3,0 ^a	<0,01
Não	541 (92,3)	256 (43,7)	285 (48,6)			15,7 (1,7)		
Os amigos não souberem								
Sim	34 (5,8)	19 (3,2)	15 (2,6)	0,8	0,36	14,8 (1,6)	2,6 ^a	0,01
Não	552 (94,2)	255 (43,5)	297 (50,7)			15,6 (1,7)		
O(a) parceiro(a) não souberem								
Sim	14 (2,4)	13 (2,2)	1 (0,2)	10,4	<0,01	15,1 (1,5)	3316,5 ^b	0,33
Não	572 (97,6)	261 (44,5)	311 (53,1)			15,6 (1,7)		
Nenhuma das anteriores								
Sim	505 (86,2)	233 (39,8)	272 (46,4)	0,4	0,53	15,7 (1,7)	-3,1 ^a	<0,01
Não	81 (13,8)	41 (7,0)	40 (6,8)			15,1 (1,7)		

a – Teste t de Student (t)

b – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela 22. “Se pensar que tem uma IST só vai a uma consulta se...” – frequências absolutas (N) e relativas (%) para o total de respostas, para os sexos masculino e feminino, teste e valor da prova para a diferença de proporções, teste e valor da prova para a diferença de médias.

Se pensar que tem uma IST só vai a uma consulta se... (N= 587)	Total N(%)	Sexo		Teste χ^2	p	Idade		
		Masculino N (%)	Feminino N (%)			μ (DP)	Teste Kw	p
Não pagar nada	16 (2,7)	5 (0,9)	1 (1,9)	8,5	0,07	15,4 (1,6)	19,9	<0,01
Pagar menos de 1 €	3 (0,5)	1 (0,2)	2 (0,3)			13,6 (2,1)		
Pagar menos de 5 €	12 (2,0)	9 (1,5)	3 (0,5)			14,2 (1,4)		
Pagar menos de 15 €	29 (4,9)	18 (3,1)	11 (1,9)			14,8 (1,4)		
Nenhuma das anteriores	527 (89,8)	242 (41,2)	285 (48,6)			15,7 (1,7)		

* Variável com opções de resposta mutuamente exclusivas.

4.10. Factores determinantes do comportamento de utilização do preservativo (análise multivariada)

4.10.1. Relações sexuais do tipo vaginal

Após análise bivariada verificou-se que o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais vaginais estava relacionado com os seguintes determinantes (Ver Anexo 4):

- Sexo ($\chi^2=4,8$; $p=0,03$);
- Nacionalidade ($G^2=5,4$; $p=0,07$);
- Idade ($t=-3,5$; $p<0,01$);
- Idade no primeiro trabalho remunerado ($U=330$; $p=0,02$);
- Ano lectivo frequentado ($\chi^2=14,21$; $p=0,01$);
- Experiência de reprovação ($\chi^2=3,06$; $p=0,08$);
- Fonte de informação desejada sobre sexualidade ($G^2=18,43$; $p=0,03$);
- Número de sinais e sintomas Reconhecidos” ($t=-2,1$; $p=0,04$);
- Conhecer formas de prevenção” ($\chi^2=2,8$; $p=0,09$);
- “As ISTS podem ser apanhadas mais do que uma vez” ($\chi^2=5,3$; $p=0,07$);
- Conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual vaginal” ($\chi^2=7,3$; $p=0,01$);
- Conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual anal” ($\chi^2=16,1$; $p<0,01$);
- Conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual oral ($\chi^2=6,2$; $p=0,01$);
- Experiência de relação sexual oral ($\chi^2=6,1$; $p=0,01$);
- Experiência de relação sexual anal” ($\chi^2=3,1$; $p=0,08$);
- Consumo de drogas no contexto da relação sexual” ($p=0,04$);
- Consumo de álcool no contexto da relação sexual” ($\chi^2=3,7$; $p=0,05$);
- Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses” ($t = -1,8$; $p=0,06$).

Os resultados obtidos com o modelo de regressão binária do tipo Forward:LR construído⁷ [$G^2_{(5)}=36,9$; $p<0,01$ e $\chi^2_{HL}=5,1$; $p=0,64$], revelaram que a variável “As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez” não apresentava efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de não usar preservativo durante as relações sexuais vaginais ($\chi^2_{Wald(2)}=3,5$; $p=0,17$) (Tabela 23).

Pelo contrário, a idade ($\chi^2_{Wald(2)}=6,3$; $p=0,01$), os conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal ($\chi^2_{Wald(1)}=8,5$; $p<0,01$) e a experiência de relações sexuais sob o efeito do álcool ($\chi^2_{Wald(1)}=4,0$; $p=0,04$) apresentaram efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de não usar preservativo durante as relações sexuais vaginais (Tabela 23).

Assim, por cada ano de idade, a chance dos alunos não usarem sempre preservativo durante as relações sexuais vaginais é 3,75 maior (Tabela 23).

Os alunos que mencionaram não concordar com a utilização do preservativo nas relações sexuais anais têm, relativamente aos alunos que concordaram, uma chance 353,46⁸ maior de não usarem preservativo nas relações sexuais vaginais (Tabela 23).

Os alunos que indicaram já ter ingerido álcool no contexto de uma relação sexual, têm, relativamente aos alunos que nunca ingeriram álcool nessas condições, uma chance 18,42 maior de não usarem preservativo nas relações sexuais vaginais (Tabela 23).

⁷ Foram excluídas do modelo final as variáveis sexo, nacionalidade, idade no primeiro trabalho remunerado, ano lectivo frequentado, experiência de reprovação, número de sinais e sintomas das IST conhecidos, número de formas de transmissão das IST conhecidas, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual oral, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual vaginal, fonte de informação desejada sobre sexualidade, experiência de relação sexual oral, experiência de relação sexual anal, experiência de relações sexuais sob o efeito de drogas e número de parceiros sexuais.

⁸ Este valor deve ser lido com cuidado porque pode resultar da ocorrência de células com baixa frequência, durante o cálculo do rácio das chances [EXP (B)]. Este valor pode também ser uma consequência da utilização de uma amostra em que o número de observações relativamente ao número de variáveis independentes testadas era muito reduzido (23, 31).

Tabela 23. Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “Não utilizar preservativo durante a relação sexual vaginal” – em função das variáveis idade, “As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez”, conhecimentos sobre a utilização do preservativo na relação sexual anal e relações sexuais sob o efeito do álcool *.

Variável	B	χ^2_{Wald}	g.l.	p-value	Exp (B)	I.C. a 95% para Exp (B)
Idade	1,3	6,3	1	0,01	3,75	[1,3; 10,5]
“As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez”		3,5	2	0,17		
Não sei ^a	1					
Sim	2,1	3,5	1	0,06	7,98	[0,9; 70,0]
Não	-20,7	0	1	0,99	0	
Conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal						
Concordo totalmente ^a	1					
Não concordo totalmente	5,8	8,5	1	<0,01	353,46	[6,8; 18256,6]
Relações sexuais sob o efeito álcool						
Não ^a	1					
Sim	2,9	4,0	1	0,04	18,42	[1,1; 314,0]
Constante	-30,4	7,8	1	<0,01	0	

* $G^2(5)=36,9$; $p<0,01$ e $\chi^2_{\text{HL}}=5,1$; $p=0,64$

a) Categoria de referência.

4.10.2. Relações sexuais do tipo oral

Após a análise bivariada verificou-se que o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais orais estava relacionado com os seguintes determinantes (ver Anexo 4):

- Principal fonte de informação sobre sexualidade (teste = 13,4; $p=0,06$);
- Número de IST conhecidas ($U=204,5$; $p=0,09$);
- “As IST podem ser evitadas com vacinas” (Teste=7,0; $p=0,03$);
- Conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal ($p=0,1$);
- Número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses ($U=168,5$; $p<0,01$).

Todavia não foi possível construir com estas variáveis qualquer modelo de regressão logística binária dado que este não apresentou significância estatística ($G^2_{(7)}=13,13$; $p=0,07$ e o teste $\chi^2_{\text{HL}}=0$; $p=1$).

4.10.3. Relações sexuais do tipo anal

Após a análise bivarida verificou-se que o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais anais estava relacionado com os seguintes determinantes (ver Anexo 4):

- Experiência de reprovação ($\chi^2=4,2$; $p=0,04$);
- Principal fonte de informação sobre Sexualidade (teste = 13,6; $p=0,06$);
- Número de ISTS conhecidas ($U=181,5$; $p=0,06$);
- Conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal ($\chi^2=15,0$; $p<0,01$).

Com o modelo de regressão binária do tipo Forward:LR construído⁹ ($G^2_{(1)}=15,55$; $p=0$ e $\chi^2_{HL}=0$; $p=1$) verificou-se que o conhecimento face à utilização do preservativo na relação sexual anal foi a única variável que apresentou efeito estatisticamente significativo ($\chi^2_{Wald} = 11,3$; $p<0,01$) sobre o *Logit* da probabilidade de não usar preservativo durante as relações sexuais anais.

Assim, os alunos que não concordaram com a utilização do preservativo durante as relações sexuais anais têm, face aos alunos que concordaram, uma chance 0,045 menor de não usarem preservativo nessas relações ($B=-309$).

⁹ Foram excluídas do modelo final as variáveis experiência de reprovação, principal fonte de informação sobre sexualidade e número de IST conhecidas.

5. Discussão e conclusões

5.1. Fontes de informação sobre sexualidade

Os amigos são a fonte principal de informação sobre sexualidade dos alunos. A mãe e os *media* foram, respectivamente, a segunda e a terceira fontes de informação indicadas com maior frequência.

Assim, e à semelhança de outros estudos, verifica-se que os amigos são os principais interlocutores dos adolescentes na discussão da temática da sexualidade (19, 30, 38, 55). A selecção preferencial dos amigos enquanto fonte de informação sobre sexualidade encontra explicação em alguns factores, como a existência de relações, quase sempre, de paridade entre os jovens ou a partilha de preocupações e de códigos de comunicação comuns (55).

Verificou-se que o sexo dos alunos está relacionado com a principal fonte de informação sobre sexualidade, dado que os rapazes indicaram mais frequentemente os amigos e as raparigas indicaram mais frequentemente a mãe.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Duarte Vilar (55), nos quais as conversas sobre sexualidade com as mães eram mais frequentes nas raparigas do que nos rapazes. Resultados idênticos foram também encontrados num estudo com alunos universitários portugueses e espanhóis, nos quais a mãe foi indicada como fonte de informação sobre contracepção e doenças de transmissão sexual por 12,5% das raparigas e apenas por 5,6 % dos rapazes (32).

No caso das alunas, a maior relevância das mães pode resultar da preocupação com eventuais consequências negativas do envolvimento sexual, como uma gravidez indesejada ou a reputação social, o que as leva a procurar com maior frequência as filhas e, consequentemente, a aparecerem como as principais fontes de informação.

Por outro lado, é possível que sejam as próprias alunas a procurarem intensamente a informação sobre sexualidade junto das mães. De facto, existem evidências de que as raparigas têm maior proximidade relacional e de conflitualidade com os progenitores, principalmente com as mães, em áreas como o namoro ou a sexualidade (32, 55).

Os rapazes obtêm preferencialmente informação sobre sexualidade através de fontes (amigos e *media*) que não implicam o contacto com os pais. Esta característica foi encontrada em estudos anteriores e pode ser explicada pelo maior distanciamento relacional entre rapazes e progenitores ou pelo facto dos progenitores aceitarem mais facilmente o envolvimento sexual nos rapazes, acabando por sentir uma menor necessidade de discutirem com eles esta temática (19, 32, 55).

Quanto à fonte de informação desejada sobre sexualidade, o médico ou outro profissional de saúde, foi a mais indicada pelos alunos. A mãe foi a segunda fonte de informação indicada mais frequentemente e o professor a terceira. Estes resultados são idênticos aos obtidos num estudo internacional, no qual os alunos portugueses indicaram que desejavam ter como fontes de informação sobre puberdade e SSR, respectivamente, os médicos e os professores (19).

É curioso notar que entre as fontes desejadas de informação aparecem os médicos e os professores que enquanto fontes reais de informação foram pouco indicados pelos alunos. A reduzida relevância, dos médicos e professores, já tinha sido anteriormente verificada noutros estudos (34, 55).

No caso dos médicos, e de outros profissionais de saúde, é possível supor que a disparidade entre as fontes de informação reais e as desejadas se deva a dificuldades no acesso dos alunos aos serviços de SSR, tais como o embaraço em reconhecer a infecção perante um profissional de saúde, o medo relativamente à ausência de confidencialidade, a vergonha, a culpa, o desconhecimento da existência de serviços de SSR, carência de recursos monetários ou ainda a inadequação dos horários de funcionamento (8, 13).

Duarte Vilar (55) evoca ainda que a obtenção de informação sobre sexualidade através dos médicos é pouco usual entre os adolescentes portugueses. O recurso a estes profissionais está associado, na maior parte das vezes, a problemas com a figura corporal ou com o crescimento (acne, menarca tardia, obesidade ou magreza).

De modo semelhante, entre professores e alunos existem obstáculos que dificultam a discussão da sexualidade, nomeadamente a ausência de conhecimentos dos professores, o constrangimento na abordagem deste tema com os alunos ou a falta de momentos destinados exclusivamente à educação sexual (13, 34).

A mãe aparece como a segunda fonte de informação sobre sexualidade, quer enquanto fonte real, quer enquanto fonte desejada. Este resultado é semelhante ao verificado num estudo internacional em que a mãe foi uma das fontes de informação sobre puberdade e SSR mais indicada e desejada pelos participantes portugueses (19).

No contexto intra-familiar, as mães são as principais fontes de informação. Duarte Vilar (55) obteve resultados semelhantes tendo constatado que as mães, relativamente aos pais, ocupam um papel muito importante na informação e educação sexual dos filhos. Também noutro estudo, com adolescentes portugueses, as progenitoras foram indicadas como fontes de informação sobre contraceção por 30% dos participantes enquanto que os pais foram apenas referenciados por 18,8% dos mesmos (37).

Por outro lado, a concordância da mãe enquanto fonte real e fonte desejada, faz supor que, ao contrário do pai, a progenitora poderá estar mais disponível e acessível na discussão das questões relacionadas com a sexualidade (33, 37, 55). Esta suposição é corroborada, em parte, pelos rapazes que indicaram o pai como a fonte de sexualidade mais desejada apesar deste constituir apenas a quarta fonte de informação real.

As raparigas indicaram como fonte mais desejada de informação sobre sexualidade o médico ou outro profissional de saúde. Uma possível explicação pode residir no facto das raparigas sentirem que a vivência responsável da sua sexualidade implique, futuramente, a consulta com estes profissionais. Dados encontrados noutros estudos

corroboram esta hipótese. Verificou-se que as jovens com mais idade, e sexualmente activas, obtêm frequentemente a informação sobre sexualidade dos profissionais de saúde, provavelmente, porque têm necessidade de métodos contraceptivos sujeitos a prescrição médica (32, 37).

Ao contrário das raparigas, os rapazes não indicaram os profissionais de saúde como a fonte de informação mais desejada sobre sexualidade. Alguns autores justificam esta situação com a imagem oferecida pelos serviços de SSR. Estes continuam associados à saúde reprodutiva excluindo assim, de algum modo, os rapazes e contribuindo para o seu distanciamento relativamente aos profissionais de saúde (13, 32).

A idade dos alunos está apenas associada às fontes de informação desejadas sobre sexualidade. Possivelmente este facto ocorre porque as fontes desejadas, ao contrário das reais, implicam uma escolha pessoal que, em certa medida, depende da idade e, consequentemente, da maturidade cognitiva que esta reflecte.

Finalmente, importa destacar que os namorados foram pouco assinalados pelos alunos, quer entre as fontes de informação reais, quer entre as desejadas. Esta condição pode, em parte, ser explicada pelo facto da maioria dos alunos não ser sexualmente activa, o que desincentiva a procura e a discussão deste tipo de informação com os seus parceiros(a).

Todavia, tendo em consideração que 32,6% dos alunos são sexualmente activos e que apenas 4,4% dos mesmos obtêm informação sobre sexualidade dos namorados, esta situação faz também supor que a ocorrência de relações sexuais não está articulada com a discussão da sexualidade entre parceiros. Outros autores que obtiveram resultados semelhantes indicam como explicação para este facto a ausência de competências de comunicação e de negociação sobre sexualidade entre os jovens (37, 55).

5.2. Conhecimentos sobre as IST

Com excepção da SIDA e da infecção herpética genital, as restantes IST não foram indicadas pela maioria dos alunos. Estes resultados são idênticos aos obtidos por um estudo com alunos universitários portugueses em que a SIDA e a infecção herpética genital foram as IST mais indicadas (44).

Alguns autores sugerem que a falta de conhecimento sobre outras IST resulta do facto das campanhas de prevenção/sensibilização e dos *curricula* escolares incidirem, quase exclusivamente, sobre a SIDA (2, 44). Esta concentração das medidas preventivas e de informação sobre SIDA é explicada pelas elevadas taxas de mortalidade associadas a esta infecção, verificadas nas últimas décadas.

Quanto à transmissão das IST, as formas mais citadas pelos alunos foram as relações sexuais. Contudo, e apesar da quase totalidade dos alunos ter indicado as relações vaginais enquanto meio de transmissão das IST, pouco mais de metade dos alunos indicaram as relações anais e orais. Este resultado é semelhante ao encontrado num estudo com adolescentes brasileiros e provavelmente é, também, uma consequência do destaque dado à transmissão sexual, principalmente às relações vaginais, pelas campanhas de prevenção e *curricula* escolares (9).

Por outro lado, existem evidências de que os adolescentes associam às relações não coitais um risco de transmissão inferior ou, inclusive, desconhecem que este risco existe. Outros dados indicam que os adolescentes não consideram as relações orais e anais como sexuais (11, 13). Assim, não é de excluir que factores semelhantes estejam representados na população estudada e expliquem a escolha mais frequente das relações vaginais face às relações anais e orais.

De notar, que subsistem entre os alunos crenças erradas sobre a transmissão das IST dado que o contágio através da utilização de casas de banho públicas foi assinalado por 29% dos respondentes. Resultados idênticos foram encontrados por outros investigadores (9, 10).

Por outro lado, verificou-se que a idade dos alunos que seleccionaram a utilização de casas de banho públicas, como meio de transmissão das IST, era diferente da idade dos alunos que não indicaram esta resposta. É possível que a idade influencie o nível de conhecimentos dos alunos, pelo que se sugere que o estudo desta relação seja aprofundado em futuras investigações.

No que concerne às formas de prevenção os alunos possuem bons conhecimentos, dado que a quase totalidade assinalou o preservativo. Estes resultados são idênticos aos obtidos em estudos com jovens portugueses e de outras nacionalidades (9, 30). Porém, um número significativo dos alunos (24,1%) indicou a pílula anticoncepcional enquanto método preventivo face às IST, tendo-se verificado que estes diferiam em termos de idade dos alunos que não optaram por este método.

Dados semelhantes foram encontrados noutros estudos. Num estudo com alunos portugueses, 39,6% indicaram a pílula enquanto medida preventiva na aquisição de uma IST (44). Noutro estudo, também com adolescentes portugueses, 11,3% concordaram que tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA (36). Ainda num outro estudo com adolescentes norte-americanos, 20% dos inquiridos seleccionaram a pílula como método de prevenção das IST (10).

Uma possível explicação para este facto é que, à semelhança da função anticoncepcional compartilhada pela pílula e pelo preservativo, os alunos atribuíam à pílula uma função de prevenção das IST. Por outro lado, este equívoco não deixa de ser preocupante porque pode conduzir os alunos à adopção da pílula anticoncepcional, enquanto método de prevenção, apesar desta ser ineficaz na prevenção das IST. De forma semelhante ao proposto, esta falta de conhecimento poderá estar, também, relacionada com a idade, dado que foram identificadas diferenças na idade entre os alunos que optaram pela pílula e os que não o fizeram.

Os sinais ou sintomas das IST mais reconhecidos pelos alunos foram as feridas na vagina, as feridas no pénis e o ardor ao urinar. Resultados idênticos foram obtidos num

estudo com adolescentes brasileiros em que o aparecimento de feridas nos órgãos genitais foi o sinal mais indicado pelos participantes (9).

Pelo contrário, em dois estudos com alunos universitários portugueses os resultados obtidos foram distintos. Num deles a comichão nos órgãos genitais foi o sintoma mais indicado pelos participantes (44), enquanto que no outro foram indicados com maior frequência o ardor ao urinar, a saída de líquido da vagina e a saída de líquido do pénis (30).

Verificou-se que o conhecimento de alguns sinais e sintomas está relacionado com o sexo dos alunos. Assim, os rapazes indicaram mais frequentemente os enjoos/vómitos, a dor de cabeça, a dor de barriga e a pele amarela. As raparigas indicaram mais frequentemente a comichão, as verrugas e o ardor ao urinar. Os rapazes parecem optar por sinais e sintomas comuns a outras infecções e as raparigas por sinais e sintomas localizados na zona genital e característicos das IST. Nesta perspectiva, os rapazes evidenciam um conhecimento menos aprofundado face às raparigas.

Uma explicação para a identificação mais frequente da comichão e do ardor ao urinar pelas raparigas, pode provir de eventuais infecções por leveduras que causam prurido e disúria. Estas infecções, apesar de não serem IST típicas porque raramente são adquiridas por via sexual, são comuns entre as mulheres, sobretudo nas sexualmente activas.

Foram também encontradas diferenças entre a idade dos alunos que seleccionaram as feridas no pénis, as feridas na vagina, a comichão e o ardor ao urinar, e a idade dos alunos que não seleccionaram estas respostas. É possível que a idade, de forma semelhante ao que já foi proposto para os restantes factores, influencie o nível de conhecimentos dos alunos sobre os sinais e sintomas das IST.

Importa ainda destacar que um número significativo dos alunos (14,3%) seleccionou a gravidez como um sinal ou sintoma das IST. Esta situação é idêntica à verificada nas respostas sobre os conhecimentos acerca da prevenção das IST, em que alguns alunos

assinalaram a pílula anticoncepcional como método de prevenção daquelas infecções. São evidentes, mais uma vez, as dificuldades que os alunos têm em dissociar os conteúdos referentes à função reprodutiva, dos conteúdos referentes às IST.

Os alunos reconhecem que não existe tratamento para todas as IST, dado que a maioria respondeu não à frase “Todas as IST têm cura.”, mas um número expressivo (41,7%) respondeu não sei à frase “As IST são evitadas com vacinas.”.

Estes resultados parecem indicar que o conhecimento dos alunos sobre a prevenção das IST é limitado, porque apesar de saberem que não existe tratamento para a totalidade destas infecções, muitos desconhecem que, para algumas, já existem vacinas. Provavelmente, ao indicarem a resposta não na frase “Todas as IST têm cura.”, os alunos referem-se apenas à SIDA, para a qual continua a não existir qualquer vacina.

Os resultados sugerem, também, que os alunos sabem que as IST podem originar apenas sintomas genitais que não se reflectem na aparência exterior do infectado, dado que maioria respondeu não à frase “É possível saber que uma pessoa tem uma IST pelo seu aspecto”. Porém, verificou-se que os rapazes indicaram mais frequentemente a resposta sim do que as raparigas. Estes dados reforçam, em parte, a suposição avançada anteriormente de que o nível de conhecimentos dos rapazes sobre as IST é inferior ao das raparigas.

Os alunos revelam igualmente bons conhecimentos quanto à possibilidade de reinfeção dado que a maioria respondeu sim à frase “As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez.”.

Contudo, verifica-se um desconhecimento generalizado dos alunos relativamente às outras IST que não a SIDA, dado que a maioria dos alunos respondeu não à frase “Outras IST que não a SIDA podem provocar doenças.”. Estes resultados vêm corroborar os anteriores em que, exceptuando-se a SIDA e a infecção herpética genital, nenhuma outra IST foi reconhecida pela maioria dos alunos.

5.3. Conhecimentos sobre a utilização do preservativo

Quanto aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo, a maioria dos alunos manifestou a sua concordância com a utilização deste método durante as relações sexuais vaginais. Ainda assim, o número de alunos que não concordou com a utilização do preservativo durante a relação sexual vaginal (27,2%) não deixa de ser expressivo, tendo em consideração que é o único método eficaz na prevenção das IST.

Também em maioria, os alunos discordaram da utilização do preservativo durante as relações sexuais anais e orais. Apenas 25,7% dos alunos indicaram concordar com a utilização do preservativo nas relações sexuais orais e 39,6% nas relações sexuais anais.

Resultados semelhantes foram encontrados num estudo com jovens ingleses, entre os 16 e os 18 anos, sobre os conhecimentos face à utilização do preservativo nas relações sexuais orais, em que apenas 23% dos inquiridos concordaram com a utilização do preservativo na relação sexual oral (51).

Não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas associadas à idade ou ao sexo nos conhecimentos dos alunos sobre a utilização do preservativo.

Estes resultados contrastam com os obtidos nos conhecimentos sobre a transmissão das IST. Assim, e apesar da maioria dos alunos ter indicado qualquer tipo de relação sexual enquanto via de transmissão das IST, os mesmos concordam em maioria apenas com a utilização do preservativo nas relações vaginais.

O conteúdo da informação que os alunos recebem sobre a utilização do preservativo pode, novamente, explicar esta situação. De facto, os programas de prevenção no âmbito da SSR e os *curricula* escolares focam a utilização do preservativo apenas nas relações vaginais, esquecendo que o envolvimento sexual na adolescência é muito diversificado e inclui outras práticas sexuais, também elas, passíveis de permitirem a transmissão das IST.

5.4. Comportamento sexual

No que concerne ao comportamento sexual, a maioria dos alunos indicou nunca ter tido relações sexuais. Porém, um número considerável dos alunos (32,6%) já teve actividade sexual, tendo-a iniciado com uma idade média de 15 anos.

Valores idênticos foram encontrados por dois estudos nacionais. Num estudo realizado por Duarte Vilar (55) com adolescentes, entre os 15 e os 19 anos de idade, 30,5% já tinham tido relações sexuais, os rapazes com uma idade média de 15,8 anos e as raparigas com 15,7 anos. Noutro estudo, com alunos do ensino secundário, entre os 14 e os 20 anos, verificou-se que 32,3% tinham actividade sexual, sendo que a maioria começou a ter relações sexuais antes dos 16 anos (36).

Por seu lado, outros estudos nacionais encontraram valores distintos. Matos *et al.* num estudo com alunos entre os 12 e os 16 anos de idade, apuraram que apenas 18,8% dos alunos tinham actividade sexual, tendo a maioria iniciado esta prática com 14 ou mais anos (34). Também, num estudo com alunos, entre os 13 e os 19 anos, encontrou-se que 15% tinham iniciado a actividade sexual, e noutro com alunos de Matosinhos, entre os 14 e os 18 anos, constatou-se que 15,5% dos indivíduos tinham actividade sexual (38, 43).

Assim, no presente estudo, a proporção dos alunos que já iniciaram a actividade sexual é superior à encontrada na maioria dos estudos nacionais consultados. Esta discordância pode ser explicada pelo facto de no presente estudo se consideraram as práticas não coitais enquanto actividade sexual, o que acresce a totalidade dos alunos tidos como sexualmente activos. Uma outra explicação pode residir nas características sociais e culturais da população estudada, dado que estas podem influenciar de modo desigual o comportamento sexual dos adolescentes, comparativamente às populações dos outros estudos.

Pelo contrário, a idade com que os alunos do presente estudo iniciaram a actividade sexual é idêntica à dos estudos consultados. Todavia dada a precocidade com que os alunos do presente estudo tiveram a primeira relação sexual, em media aos 15 anos,

supõem-se que o intervalo de tempo entre o início da prática sexual e a ocorrência desta no âmbito de relações afectivas estáveis possa ser extenso. Este intervalo de tempo poderá favorecer um maior número de parceiros sexuais ou de relações sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de aquisição das IST (16, 53).

Também se verifica que a idade dos alunos está associada à idade com que tiveram a primeira relação sexual. Assim, constatou-se que quanto maior a idade dos alunos maior a idade com que iniciaram a actividade sexual. É possível que os alunos com menos idade tenham iniciado a actividade sexual mais precocemente que os alunos com mais idade. Contudo, dado o carácter transversal do presente estudo não é possível afirmar que os alunos estão a iniciar a actividade sexual com uma idade cada vez menor. Sugere-se que esta hipótese venha a ser explorada futuramente em estudos de *cohort*.

Relativamente ao tipo de práticas sexuais, verifica-se que a quase totalidade dos alunos já teve relações vaginais e a maioria relações orais. A prática de relações sexuais anais não é generalizada, mas foi admitida por um número significativo dos alunos (25,8%). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Nuno Nodim (37), que constatou que o envolvimento sexual dos adolescentes ocorria principalmente através de relações vaginais. Quando existiam relações não coitais, estas eram frequentemente do tipo oral.

Quanto ao número de parceiros sexuais, nos últimos seis meses, a maioria dos alunos teve em média um parceiro sexual. Estes dados são semelhantes aos encontrados noutros estudos com jovens portugueses e italianos e fazem supor que entre os alunos sexualmente activos predominam as relações afectivas monogâmicas (30, 36, 52).

Este tipo de relações afectivas não é destituído de risco. De facto, o envolvimento sexual, no seio de uma relação monogâmica, pode transmitir uma falsa sensação de invulnerabilidade que promove a diminuição da utilização do preservativo e favorece a aquisição das IST, principalmente se considerarmos o número de parceiros sexuais ao longo do tempo (16).

Quanto aos alunos que admitiram já ter tido relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo, verificou-se que o seu número era reduzido (3,8%) mas semelhante ao encontrado por Otília Roque (47) num estudo em que 3,6% das raparigas e 8,3% dos rapazes admitiram ter tido relações sexuais com alguém do mesmo sexo.

Não foram averiguadas diferenças significativas entre rapazes e raparigas nas várias dimensões do comportamento sexual estudadas. Estes resultados não confirmam outros obtidos em estudos anteriores quanto ao início precoce da actividade sexual nos rapazes relativamente às raparigas ou quanto ao menor número de parceiros sexuais que estas normalmente apresentam (5, 30, 34, 37). Apenas a prática de relações vaginais, contrariamente aos restantes tipos, revelou estar associada à idade. Será aconselhável, em estudos futuros, esclarecer qual a relação entre a idade dos indivíduos e o tipo de relações sexuais por eles praticadas.

5.5. Comportamento na utilização do preservativo

A maioria dos alunos indicou usar sempre preservativo durante a prática sexual vaginal. Nenhum aluno indicou usar sempre o preservativo nas relações sexuais orais e apenas 40,4% indicaram usar sempre o preservativo nas relações sexuais anais.

É importante analisar estes comportamentos à luz dos conhecimentos dos alunos sobre a transmissão das IST e sobre a utilização do preservativo. De facto, a maioria dos alunos sabe que qualquer tipo de relação sexual constitui uma via de transmissão das IST mas a maioria dos mesmos não concorda com a necessidade de utilização do preservativo nas relações orais e anais. Assim, parece existir um conhecimento sobre a transmissão sexual das IST que não se reflecte nos conhecimentos dos alunos relativamente à utilização do preservativo durante as relações orais e anais e, posteriormente, no próprio comportamento sexual destes indivíduos.

A utilização reduzida do preservativo nas relações não coitais pode ser, como já foi mencionado, uma consequência da falta de conhecimentos dos alunos dada a associação deste método de prevenção quase exclusivamente às relações vaginais.

Para além da falta de conhecimentos, outros factores podem estar associados ao comportamento de utilização do preservativo. Num estudo com alunos ingleses, entre os 16 e os 18 anos, verificou-se que a utilização do preservativo durante as relações sexuais orais pelos indivíduos que tinham identificado esta prática sexual enquanto via de transmissão das IST, não era superior à dos jovens em que este conhecimento estava ausente (51).

De facto, existem evidências de que os jovens utilizam menos o preservativo nas relações sexuais orais e anais porque não atribuem o mesmo grau de risco aos diferentes tipos de relacionamento sexual ou não consideram estas relações como sexuais (11). Estas considerações sugerem que entre os alunos com relacionamento sexual não coital a probabilidade de aquisição de uma IST deverá ser superior porque a maioria não utiliza o preservativo de forma consistente nesses contactos.

Por outro lado, e visando apenas as relações vaginais, verifica-se que 34,5% dos alunos não utilizam sempre o preservativo. Estes dados confrontam o facto da maioria dos alunos ter concordado com a utilização do preservativo nas relações vaginais. Assim, esta inconsistência na utilização do preservativo não parece estar associada a uma carência informativa, mas poderá estar relacionada com um conjunto de crenças que constituem barreiras importantes à concretização de comportamentos preventivos pelos alunos.

Duarte Vilar (55) num estudo em que procurava entender a percepção da vulnerabilidade nos adolescentes, verificou que 68% dos jovens inquiridos se preocupavam com a possibilidade de contágio com uma IST. Porém, quando estes dados foram comparados com os níveis de utilização dos métodos contraceptivos pelos mesmos jovens constatou-se uma prática contraditória com a preocupação manifestada. Segundo este autor, os jovens não traduzem a preocupação face a um possível contágio numa prática preventiva regular. Pelo contrário, manifestam uma percepção da vulnerabilidade ilusória baseada, em alguns casos, na confiança que têm no parceiro sexual (55).

Foram identificadas outras crenças que têm um efeito negativo na utilização do preservativo tais como o rompimento, a diminuição do prazer, o incômodo ou a ocorrência de alergia (38). Outras evidências relacionam a ausência de utilização do preservativo com o sentimento de que é possível reconhecer um portador de uma IST pelo seu aspecto físico ou, como já foi referido, com excesso de confiança depositada no parceiro sexual (36, 55). A ausência de competências de comunicação sobre sexualidade e de negociação da utilização do preservativo pode, também, explicar a inconsistência na utilização do preservativo pelos alunos do presente estudo (27, 33).

Constatou-se que as raparigas têm um comportamento de utilização do preservativo mais inconsistente do que os rapazes. Dados semelhantes foram encontrados por Matos *et al.* (34), os quais referiram que 78,1% das raparigas tinham utilizado preservativo na última relação sexual face a 83,5% dos rapazes que também o tinham feito. Possivelmente, as alunas optam por outros métodos anticoncepcionais que não implicam a negociação com o parceiro sexual. Por outro lado, pode existir um défice das competências de comunicação nas raparigas do presente estudo, que justifica uma utilização menos frequente do preservativo (26, 27, 33).

A idade dos alunos está associada à utilização do preservativo durante as relações vaginais. O estudo desta relação deverá ser aprofundado futuramente, porque algumas evidências provenientes de outros estudos indicam que entre os jovens com mais idade se verifica uma utilização mais inconsistente do preservativo, a par com uma maior utilização da pílula anticonceptiva (16, 36, 43, 49).

5.6. Consumo de álcool e drogas no âmbito do relacionamento sexual

Relativamente à prática de relações sexuais sob o efeito das drogas e do álcool verificou-se que o sexo e a idade dos alunos não estavam associados a este comportamento e que apenas uma minoria dos alunos admitiu já ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool (9,8%) e/ou sob o efeito de drogas (1,6%).

Estes valores são inferiores, aos obtidos pelo estudo “Aventura Social” em que 14,1% dos inquiridos admitiram ter tido relações sexuais associadas ao consumo de drogas ou ao álcool (34). São igualmente valores inferiores aos obtidos num estudo com estudantes universitários em que 88,2% dos participantes indicaram já ter consumido álcool e 8,3% dos mesmos indicaram ter consumido drogas, aquando do envolvido sexual (30).

Apesar dos valores obtidos serem inferiores aos de outros estudos consultados, não deixa de ser preocupante que o envolvimento sexual de alguns alunos esteja associado ao consumo de substâncias que podem afectar a tomada de decisões e a adopção de comportamentos preventivos face às IST.

5.7. Comportamento de procura de cuidados médicos em caso de IST

A procura de auxílio em caso de uma IST está centrada na família, dado que a mãe foi a entidade indicada mais frequentemente pelos alunos. Este resultado não surpreende, porque a mãe foi também a interlocutora mais indicada pelos jovens enquanto fonte de informação sobre sexualidade. Por conseguinte, seria também a esta que os alunos recorreriam em caso de contágio com uma IST.

Todavia, as raparigas indicaram mais frequentemente como fontes de auxílio os amigos, o ginecologista e outros familiares. Pelo contrário, os rapazes procurariam mais frequentemente ajuda junto do pai ou dos irmãos mais velhos. Dados semelhantes foram obtidos num estudo com alunos universitários portugueses, as raparigas indicaram mais frequentemente que recorreriam ao médico ginecologista, em caso de IST, por oposição aos rapazes que indicaram mais frequentemente o médico particular e o pai (30).

É de supor que este duplo padrão reflecta um menor constrangimento dos rapazes, comparativamente às raparigas, em assumirem junto dos progenitores eventuais consequências negativas da actividade sexual. Esta suposição parece ser apoiada pelos resultados obtidos por Duarte Vilar (55). Este autor defende que os progenitores exercem uma diferenciação quanto ao género nos estilos de relacionamento e de

comunicação com os seus filhos, relativamente à sexualidade. Neste sentido, os rapazes sentem mais legitimada pelos pais a sua sexualidade do que as raparigas.

Por outro lado, a fraca intenção dos rapazes em procurarem ajuda, caso tivessem uma IST, junto dos profissionais de saúde faz supor que os rapazes ainda consideram os SSR como locais destinados ao planeamento familiar feminino (19, 32).

Os resultados mostram, também, que em caso de contágio com uma IST, a procura de tratamento médico pela maioria dos alunos não dependeria do desconhecimento da situação pelos pais, amigos ou parceiros. Para a maioria dos alunos, a procura de cuidados médicos também não estaria dependente dos custos do tratamento.

Estes resultados não são coincidentes com outros, em que o custo do tratamento ou o conhecimento da situação de contágio pelos pais, amigos ou parceiros, constituem barreiras à procura de tratamento médico pelos adolescentes (8). Nesta perspectiva, seria legítimo aprofundar que outros factores, para além dos estudados, poderão estar envolvidos no comportamento de procura de cuidados médicos pelos adolescentes.

5.8. Factores determinantes do comportamento de utilização do preservativo

Os resultados obtidos com os diferentes modelos de regressão logística mostram que as associações entre os factores determinantes e o comportamento de utilização do preservativo, apesar de em pequeno número são, na generalidade, na direcção esperada.

Assim, a chance dos alunos não utilizarem, ou utilizarem inconsistentemente, o preservativo nas relações vaginais aumenta com a idade e é maior entre os alunos que não concordam com a utilização do preservativo nas relações sexuais do tipo anal e que já consumiram álcool no contexto do relacionamento sexual.

Provavelmente, os alunos com mais idade tendem a estabelecer relações afectivas estáveis e duradouras em que o preservativo é preterido face a outros métodos anticoncepcionais (8, 16, 25, 49). Também é possível que os alunos com mais idade não

utilizem o preservativo nas relações vaginais porque têm uma menor percepção da vulnerabilidade. De facto entre os jovens com mais idade, que nunca experienciaram qualquer consequência negativa da prática sexual, pode existir um falso “sentimento” de invulnerabilidade, que inibe a utilização do preservativo (8, 16, 25, 49).

A associação entre o consumo de álcool e a inconsistência na utilização do preservativo tem sido amplamente verificada na literatura (16, 28, 58). Possivelmente a ingestão de álcool afecta os níveis de racionalidade e inibição dos alunos, e impede que estes utilizem o preservativo.

Por outro lado, não surpreende que a chance dos alunos não usarem ou usarem inconsistentemente o preservativo nas relações vaginais seja maior entre os que não concordaram com a utilização deste método nas relações do tipo anal. Estes alunos constituem, provavelmente, um grupo que não concorda com a utilização do preservativo, qualquer que seja o tipo de envolvimento sexual.

De facto, 34,5% dos alunos do presente estudo, nunca usam ou usam de forma irregular o preservativo nas relações vaginais. Na base deste comportamento poderão estar envolvidas crenças negativas em torno da utilização do preservativo (medo de que ocorra uma ruptura, embaraço durante a compra ou redução do prazer sexual), elevada confiança no parceiro sexual, a crença de que pode reconhecer um indivíduo infectado com uma IST pelo aspecto ou, ainda, a baixa percepção de vulnerabilidade típica da adolescência (16, 25, 27, 41, 49).

Curiosamente, a chance dos alunos não usarem preservativo nas relações sexuais anais é menor entre os alunos que não concordam com a sua utilização nestas relações sexuais. Este facto indica que a generalidade dos alunos que não usam, ou usam irregularmente, o preservativo nas relações sexuais anais concordam com a sua utilização. Assim, parece existir nos alunos um conhecimento favorável à utilização do preservativo nas relações sexuais anais que não se reflecte no comportamento adoptado pelos próprios. Esta situação, encontrada por outros autores (34, 51, 55), corrobora os resultados obtidos com os conhecimentos dos alunos sobre a transmissão das IST, dado

que estes também não encontram eco na utilização do preservativo pelos alunos durante as relações sexuais anais.

5.9. Limitações do estudo

O facto do estudo ter sido realizado numa única escola impede que os resultados obtidos sejam generalizados a outras populações de adolescentes portugueses.

A tipologia transversal do estudo não permitiu inferir relações causais entre os determinantes das IST e o comportamento de utilização do preservativo, a idade e o sexo dos alunos. Por conseguinte, neste estudo apenas foram documentadas relações de associação entre estes factores.

Por outro lado, a recolha dos dados através de um questionário de auto-preenchimento em que algumas questões envolviam o factor tempo e outras eram sobre a sexualidade ou o consumo de drogas e/ou álcool pode ter conduzido a um enviesamento das respostas dos alunos.

A homogeneidade dos indivíduos da população pode ter impossibilitado a detecção de algumas associações entre os determinantes, já documentadas noutros estudos, apesar se ter recorrido a alternativas de análise dos dados não paramétricas sempre que necessário. Também, dado o número reduzido de indivíduos que foram usados em algumas estatísticas o valor de alguns testes paramétricos pode ter sido sobrestimado.

5.10. Conclusões

Este estudo teve por objectivos gerais descrever alguns factores determinantes das IST e as possíveis relações entre estes, o sexo, a idade e o comportamento de utilização do preservativo, num grupo de alunos dos ensinos básico e secundário.

Neste sentido, é possível concluir que os valores aferidos para cada um dos factores determinantes das IST estão, no geral, enquadrados dentro dos valores obtidos noutros estudos. Todavia, o grupo de alunos estudado apresenta falta de conhecimentos, início

precoce da actividade sexual e desigualdades entre rapazes e raparigas quanto à procura de tratamento médico e às fontes de informação sobre sexualidade.

Assim, a maioria dos alunos obtêm informação sobre sexualidade através dos amigos, mas desejam obtê-la de um médico ou de outro profissional de saúde. Também se comprovou que os rapazes têm como principal fonte de informação os amigos mas, desejam obter informação do pai, enquanto que as raparigas têm como principal fonte de informação a mãe, apesar de desejarem adquiri-la através de um médico ou outro profissional de saúde. Entre os progenitores, a mãe surge como a principal fonte de informação sobre sexualidade quer para os rapazes, quer para as raparigas.

Em caso de contágio com uma IST, a maioria dos alunos solicitaria auxílio à mãe, porém as raparigas indicaram mais frequentemente entidades extra-familiares, amigos e ginecologista, e os rapazes indicaram mais frequentemente o pai e os irmãos mais velhos. Estes resultados salientam, mais uma vez, o papel das mães enquanto fontes de informação e de ajuda dos filhos, no que à sua saúde sexual e reprodutiva diz respeito.

Por outro lado, os resultados evidenciam que as raparigas desejam obter informação e ajuda junto dos profissionais de saúde, por oposição aos rapazes que desejam obter informação e ajuda do pai. Atendendo à importância que os profissionais de saúde e os progenitores têm na prevenção dos comportamentos sexuais de risco seria fundamental investigar: quais os factores que impedem a procura de informação sobre sexualidade, através dos profissionais de saúde e, no caso dos rapazes, através do pai; quais os factores subjacentes à falta de motivação dos rapazes na procura de informação e ajuda junto dos profissionais de saúde; quais as razões que podem explicar a assimetria no envolvimento dos pais e das mães, relativamente à saúde sexual e reprodutiva dos filhos.

Os resultados indicam que com excepção da SIDA e da infecção herpética genital, nenhuma outra IST é reconhecida pela maioria dos alunos. Quanto aos conhecimentos acerca dos sinais e sintomas das IST os resultados são pouco satisfatórios, nomeadamente entre os rapazes. Por outro lado, constata-se que os alunos sabem que

qualquer tipo de relacionamento sexual pode transmitir uma IST mas, a maioria, concorda apenas com a utilização do preservativo nas relações sexuais vaginais.

Em futuras investigações seria importante perceber se este défice de conhecimento resulta do destaque dado à SIDA e às relações vaginais nas campanhas de prevenção e nos conteúdos escolares. Seria ainda pertinente averiguar qual a influência que a experiência pelas raparigas de infecções genitais, que causam sinais e sintomas iguais aos investigados, pode ter no maior conhecimento destas relativamente aos rapazes.

Por outro lado, a ausência de conhecimento sobre as IST pode dever-se à idade dos alunos dado que se observam diferenças significativas nos resultados sobre os conhecimentos dos meios de transmissão, sinais e sintomas. Por conseguinte, recomenda-se que a influência da idade sobre o nível de conhecimentos dos indivíduos seja aprofundada recorrendo a estatísticas que permitem averiguar as relações de causalidade.

O comportamento sexual dos alunos é preocupante, porque apesar da maioria ainda não ter iniciado a actividade sexual verifica-se que entre os que já o fizeram esta actividade ocorreu precocemente. Também se verifica que a maioria dos alunos usa consistentemente o preservativo apenas nas relações sexuais vaginais, e os rapazes mais do que as raparigas.

Estes resultados podem evidenciar uma falta de conhecimento relativamente à utilização do preservativo nas relações não coitais, mas também podem significar que os alunos associam a este tipo de relações um risco inferior ou inclusive não as consideram como sexuais. Ambas as hipóteses deverão ser averiguadas, futuramente, dada a sua importância quer para a compreensão do comportamento de utilização do preservativo, quer para a concepção de futuras campanhas de prevenção destinadas aos jovens.

Por outro lado, verifica-se que uma proporção significativa dos alunos nunca usa, ou usa de forma inconsistente, o preservativo. Este comportamento, nas relações sexuais vaginais, está apenas associado à idade, aos conhecimentos sobre a utilização do

preservativo nas relações sexuais anais e ao consumo de álcool. Nas relações sexuais anais verificou-se que a ausência de utilização do preservativo ou a sua utilização inconsistente, está associada aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo nas relações anais.

Estes resultados fazem supor que outros factores determinantes, para além dos estudados, estarão associados ao comportamento inconsistente do preservativo. Por conseguinte, em futuras análises sugere-se o estudo de factores de ordem psicossocial que outros estudos têm associado à utilização inconsistente do preservativo, tais como as crenças relativamente aos comportamento de pares e parceiros sexuais, a motivação para usar preservativo ou as competências de comunicação (16, 25)

Perante estas conclusões, importar agora reflectir sobre algumas implicações práticas na formulação das políticas de saúde e na educação sexual dos jovens. Assim, constata-se que os adultos mais próximos dos alunos, como os pais e os profissionais de saúde e de educação, não constituem as principais fontes de informação sobre sexualidade dos alunos. Esta situação, para além de influenciar negativamente o nível de conhecimentos, diminui a procura de tratamento médico, a monitorização parental e a comunicação entre jovens e progenitores. Dada a importância que estes factores assumem na prevenção das IST, seria desejável colocar em prática medidas que aumentassem o envolvimento dos profissionais de saúde e educação e dos pais na educação sexual dos adolescentes.

No caso dos profissionais de saúde, muitos jovens não os procuram porque temem a inexistência de confidencialidade, nomeadamente para com os pais. Neste sentido, os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos de família, poderiam desempenhar o papel de intermediários mentalizando, por um lado, os pais de que os filhos começam a ser responsáveis pelo seu próprio comportamento sexual e como tal necessitam de privacidade e confidencialidade. Pelo outro lado, com os adolescentes, os profissionais de saúde poderiam reforçar o carácter confidencial das consultas porque este comportamento permite aumentar a sensação de controlo da situação pelo jovem e, assim, aumentar a procura de cuidados médicos.

O profissional de saúde deverá ainda encorajar mutuamente, filhos e pais, a discutirem a temática da sexualidade, porque este comportamento está associado à diminuição dos comportamentos sexuais de risco. Esta estratégia de actuação exige uma nova formulação das políticas de saúde pública, que contemple a formação dos profissionais de saúde, sobretudo dos pediatras e médicos de família, em relação às singularidades da SSR durante a adolescência.

A discussão da sexualidade com os progenitores oferece ainda outras vantagens face às restantes fontes de informação, porque estes podem antecipar as necessidades de informação dos filhos, facultá-las no momento exacto em que são solicitadas ou adaptá-las ao desenvolvimento e experiência do adolescente.

Com este estudo também se verificou que em caso de contágio com uma IST a maioria dos alunos não recorreria aos profissionais de saúde, sendo que os rapazes o fariam menos que as raparigas. Esta situação, à semelhança do que já foi reportado em estudos anteriores (19), reforça a suposição de que os actuais serviços de SSR em Portugal são inadequados ao tratamento das IST nos adolescentes.

Nesta perspectiva seria desejável criar novos serviços de saúde, independentemente destes constituírem partes integrantes ou autónomas dos actuais serviços de SSR, vocacionados para a prevenção e tratamento das IST nos adolescentes. A concepção destes serviços deverá contemplar algumas características que têm sido indicadas por outros autores (8, 13) como importantes, nomeadamente:

- garantia de confidencialidade entre o adolescente e o profissional de saúde, pelas razões anteriormente expostas;
- horário de funcionamento ajustado à disponibilidade dos adolescentes, por exemplo através de em horários pós-laborais e nocturnos;
- localização e imagem adaptadas às expectativas dos adolescentes, disponibilizando os serviços perto de locais habitualmente frequentados pelos jovens como centros comerciais ou espaços de lazer.

A execução conjunta destas medidas poderia passar pela criação de unidades móveis de saúde destinadas ao tratamento e prevenção das IST nos adolescentes, de modo semelhante ao que já ocorre na prevenção e controlo de enfermidades como a diabetes, a hipertensão arterial ou mesmo o VIH noutras populações alvo.

Outro aspecto que transcende das conclusões é o baixo nível de conhecimentos dos alunos sobre as IST, destacando-se as diferenças entre as relações coitais e não coitais, relativamente aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo. Neste sentido, os alunos não estão preparados para num futuro, que se julga próximo, decidirem de forma consciente e responsável acerca da sua prática sexual. Esta situação tende a ser tanto ou mais preocupante se for tido em consideração o comportamento dos alunos que indicaram ser sexualmente activos. Nestes, o início da prática sexual ocorreu precocemente e caracteriza-se pela utilização inconsistente do preservativo, sobretudo nas raparigas e durante as relações não coitais.

Assim, é urgente reforçar a informação sobre as IST disponibilizada aos adolescentes. Esta medida poderá, por exemplo, ser concretizada através de campanhas de prevenção ou através da alteração dos *curricula* sobre saúde sexual e reprodutiva leccionados aos ensinos básico e secundário. Neste âmbito, sugere-se que os conteúdos ministrados:

- alarguem a informação e a prevenção das IST às relações não coitais, sobretudo no que diz respeito à utilização do preservativo;
- definam um nível mínimo de conhecimentos sobre as IST, para cada ciclo de ensino, dando igual destaque às outras IST que não o VIH;
- sejam introduzidos antes dos alunos começarem a ter relações sexuais.

Este último item carece ser destacado, uma vez que actualmente os alunos recebem pela primeira vez informação sobre as IST num nível de ensino (9.º ano de escolaridade) em que uma porção significativa dos mesmos já iniciou a actividade sexual. Seria recomendável, e salvaguardando o nível de desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos adolescentes, que a introdução dos conteúdos sobre as IST ocorresse nos níveis de ensino anteriores.

Paralelamente à alteração dos *curricula* escolares, a formação inicial e contínua dos professores deveria incluir a educação sexual. Esta estratégia, deverá contemplar todos os docentes, independentemente da área curricular leccionada, dado que a prevenção das IST não envolve somente o conhecimento mas, também, a formação psico-afectiva e social dos alunos. Também deveria ser generalizada as todas as escolas a aplicação da actual legislação que estabelece a carga horária mínima que cada turma deve dedicar à educação sexual.

Por outro lado, o nível deficitário de conhecimentos sobre as IST verificado nos alunos, e a utilização inconsistente que estes fazem do preservativo, apontam para uma baixa percepção da vulnerabilidade face às IST. A baixa percepção da vulnerabilidade nos adolescentes é uma característica inerente ao seu desenvolvimento psicológico. Porém, no caso das IST, existe também um elevado constrangimento social relativamente à transmissão sexual destas infecções, o que poderá levar os adolescentes a omitirem a ocorrência destas entre os seus pares, surgindo assim um sentimento de inexistência das IST.

Neste sentido, é necessário que os adolescentes tenham consciência das elevadas taxas de incidência das IST que caracterizam o seu grupo. Este objectivo poderá ser alcançado através das estratégias propostas anteriormente, mas também pela realização de rastreios nos adolescentes. Estes, para além de constituírem uma excelente forma de reforçar o contacto entre os profissionais de saúde e os adolescentes, facilitam o controlo da transmissão das IST porque permitem detectar indivíduos assintomáticos, que de outra forma não procurariam tratamento médico. Contribui-se, assim, para a interrupção da cadeia de transmissão das IST e consequente diminuição do número de indivíduos infectados.

6. Referências Bibliográficas

1. **Ancheta, R., C. Hynes, and L. A. Shrier.** 2005. Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. *Journal Paediatric Adolescent Gynaecology* **18**:105-11.
2. **Anwar, M., S. A. Sulaiman, K. Ahmadi, and T. M. Khan.** Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behaviour: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia. *BMC Public Health* **10**:47.
3. **Aral, S. O.** 2002. Determinants of STD epidemics: implications for phase appropriate intervention strategies. *Sexually Transmitted Infections* **78 Suppl 1**:i3-13.
4. **Bailey, K. D.** 1994. *Methods for social research*, 4 ed, vol. 1. The free press, New York.
5. **Bearinger, L. H., R. E. Sieving, J. Ferguson, and V. Sharma.** 2007. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* **369**:1220-31.
6. **Blum, R. W., and K. Nelson-Mmari.** 2004. The health of young people in a global context. *Journal Adolescent Health* **35**:402-18.
7. **Bowling, A.** 2000. *Research methods in health-Investigating health and health services*, 3 ed, vol. 1. Open University Press, Philadelphia.
8. **Brabin, L.** 2004. *Sexually Transmitted Infections: Issues in Adolescent Health and development*, 1 ed, vol. 1. World Health Organization, Geneva.
9. **Brêtas, J. R. S., C. V. S. Ohara, D. P. Jardim, and R. L. Muroya.** 2009. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. *Acta Paulista de Enfermagem* **22**:786-792.
10. **Cohall, A., J. Kassotis, R. Parks, R. Vaughan, H. Bannister, and M. Northridge.** 2001. Adolescents in the age of AIDS: myths, misconceptions, and misunderstandings regarding sexually transmitted diseases. *J Natl Med Assoc* **93**:64-9.
11. **Conard, L. A. E., and M. J. Blythe.** 2003. Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* **17**:103-116.
12. **Creswell, J. W.** 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 2 ed, vol. 1. SAGE Publications, London.
13. **Dehne, K., and G. Riedner.** 2005. *Sexually Transmitted Infections among adolescents*, 1ed, vol. 1. World Health Organization, Geneva.

14. **DiClemente, R. J., L. F. Salazar, R. A. Crosby, and S. L. Rosenthal.** 2005. Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective-a commentary. *Public Health* **119**:825-36.
15. **Elwood, J. M.** 2003. *Critical Appraisal of Epidemiological Studies & Clinical Trials* 2ed, vol. 1. Oxford University Press, New York.
16. **Eng, T. R., and W. T. Butler (ed.).** 1997. *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*, vol.1 National Academy Press, Washington, DC.
17. **Escobar-Chaves, S. L., S. R. Tortolero, C. M. Markham, B. J. Low, P. Eitel, and P. Thickstun.** 2005. Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviours. *Pediatrics* **116**:303-26.
18. **Estatística, I. N.** 2003. *Antecedentes, metodologia e conceitos : Censos 2001*, 1 ed, vol. 1. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.
19. **Fronteira, I.** 2006. Asking young people about sexual and reproductive behaviours: results from Belgium, Czech Republic, Estonia and Portugal-Final Comprehensive Report. <http://reprostat3.eu/reprostat2.html>.
20. **Ghiglione, R., and B. Matalon.** 1978. *O Inquérito: Teoria e Prática*, vol. 1. Celta Editores, Oeiras.
21. **Glaiser, A., A. M. Gülmzoglu, G. P. Schmid, C. G. Moreno, and P. F. A. Look.** 2006. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* **368**:1595-1607.
22. **Gökengin, D., T. Yamazhan, D. Özkaya, S. Aytug, E. Ertem, B. Arda, and D. Serter.** 2003. Sexual Knowledge, attitudes and risk behaviours of students in Turkey. *Journal of School Health* **73**:258-263.
23. **Greenland, S., J. A. Schwartzbaum, and W. D. Finkle.** 2000. Problems due to small samples and sparse data in conditional logistic regression. *American Journal of Epidemiology* **151**:531-539.
24. **Halpern-Felsher, B. L., J. L. Cornell, R. Y. Kropp, and J. M. Tschann.** 2005. Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behaviour. *Pediatrics* **115**:845-51.
25. **Holmes, K. K., P. F. Sparling, P. Mardh, S. M. Lemon, W. E. Stamm, P. Piot, and J. N. Wasserheit.** 1999. *Sexually Transmitted Diseases*, 3 ed, vol. 1. McGraw-Hill, New York
26. **Jones, N., and R. Haynes.** 2006. The association between young people's knowledge of sexually transmitted diseases and their behaviour: A mixed methods study. *Health, Risk & Society* **8**:293-303.

27. **Kirby, D.** 2002. Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. *American Journal of Health Behaviour* **26**:473-85.
28. **Kotchick, B. A., A. Shaffer, R. Forehand, and K. S. Miller.** 2001. Adolescent sexual risk behaviour: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review* **21**:493-519.
29. **Last, J. M.** 1995. Um Dicionário de Epidemiologia, 1 ed, vol. 1. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.
30. **Magalhães, Z. V. S.** 2010. Infecção por *Chlamydia trachomatis*: conhecimentos, atitudes e práticas de uma população de estudantes universitários portugueses das áreas da saúde. M.S. Thesis. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
31. **Maroco, J.** 2007. Análise estatística - Com utilização do SPSS, 3 ed, vol. 1. Edições Sílabo, Lisboa.
32. **Martins, A. T., C. Nunes, A. Munõz-Silva, and M. Sánchez-García.** 2008. Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico* **39**:7-13.
33. **Martins, L. B. M., L. H. S. Costa-Paiva, M. J. D. Osis, M. H. Sousa, A. M. Pinto-Neto, and V. Tadini.** 2006. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos Saúde Pública* **22**:315-323.
34. **Matos, M. G.** 2008. Sexualidade, Segurança & SIDA - Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar 1ed, vol. 1. Aventura Social & Saúde, Cruz Quebrada.
35. **Metcalfe, T.** 2004. Sexual health: meeting adolescents' needs. *Nursing Standard* **18**:40-3.
36. **Monteiro, M. J., and J. Vasconcelos-Raposo.** 2006. Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças* **1**:125-136.
37. **Nodim, N.** 2001. Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX, 1ed, vol. 1. Ideias Virtuais, Lisboa.
38. **Oliveira, S. H. S., M. S. N. Abreu, M. G. T. Barroso, and N. F. C. Vieira.** 2009. Crenças de adolescentes portugueses sobre o uso do preservativo. *Revista Eletrônica de Enfermagem* **11**:912-922. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a16.htm>.
39. **Panchaud, C., S. Singh, D. Feivelson, and J. E. darroch.** 2000. Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries. *Family Planning Perspectives* **32**:24-32.

40. **Paulino, D. C., and J. M. Singer.** 2006. *Análise de dados categorizados*, vol. 1. Editora Blücher, São Paulo.
41. **Pedlow, C. T., and M. P. Carey.** 2004. Developmentally appropriate sexual risk reduction interventions for adolescents: rationale, review of interventions, and recommendations for research and practice. *Annals of Behavioural Medicine* **27**:172-84.
42. **Pestana, M. H., and J. N. Gageiro.** 2005. *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*, 4 ed, vol. 1. Edições Sílabo, Lisboa.
43. **Ramos, R. D., C. Eira, A. Martins, A. Machado, M. Bordalo, and Z. Polónia.** 2008. Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina* **22**:3-15.
44. **Remoaldo, P. C., P. B. Sousa, J. M. Santos, and M. A. V. Boas.** 2004. Doenças Sexualmente Transmissíveis – o retrato dos estudantes Universitários do Noroeste Português. VII Congresso da Associação da Demografia Histórica. Associação da Demografia Histórica, Granada.
45. **Rew, L., and Y. J. Wong.** 2006. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviours. *Journal of Adolescent Health* **38**:433-42.
46. **Ribeiro, J. L. P.** 2002. O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças* **1**:11-12.
47. **Roque, O.** 2001. *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada.*, 1ed, vol. 1. Associação para o Planeamento da Família, Évora.
48. **Ross, M. W., and M. E. Fernandez-Esquer.** 2005. Ethnicity in sexually transmitted infections and sexual behaviour research. *Lancet* **365**:1209-10.
49. **Santelli, J. S., and P. Beilenson.** 1992. Risk factors for adolescent sexual behaviour, fertility, and sexually transmitted diseases. *Journal of School Health* **62**:271-9.
50. **Silva, M. O.** 2008. *A Sexualidade, a Igreja e a Bioética*, vol. 1. Editorial Caminho, Alfragide.
51. **Stone, N., B. Hatherall, R. Ingham, and J. McEachran.** 2006. Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* **38**:6-12.
52. **Trani, F., F. Gnisci, C. G. A. Nobile, and I. F. Angelillo.** 2005. Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behaviour in Italy. *Journal of Paediatric Child Health* **41**:260-264.

53. **Upchurch, D. M., W. M. Mason, Y. Kusunoki, and M. J. Kriechbaum.** 2004. Social and behavioural determinants of self-reported STD among adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* **36**:276-87.
54. **Valois, R. F., and A. C. Dunham.** 1998. Association between employment and sexual risk-taking behaviours among public high school adolescents. *Journal of Child and Family Studies* **7**:147-159.
55. **Vilar, D.** 2003. Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes, 1 ed, vol. 1. Raminho & Neves, Porto.
56. **Voisin, D. R., R. J. Diclemente, L. F. Salazar, R. A. Crosby, and W. L. Yarber.** 2006. Ecological factors associated with STD risk behaviours among detained female adolescents. *Social Work* **51**:71-9.
57. **Wellings, K., M. Collumbien, E. Slaymaker, S. Singh, Z. Hodges, D. Patel, and N. Bajos.** 2006. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* **368**:1706-28.
58. **Yarber, W. L., and A. V. Parrillo.** 1992. Adolescents and sexually transmitted diseases. *Journal of School Health* **62**:331-8.
59. **Zar, J. H.** 1996. Biostatistical analysis, 1 ed, vol. Prentice-Hall, New Jersey.

Anexo 1. Questionário



CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS ALUNOS FACE A ALGUMAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



O Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa, em conjunto com a Câmara Municipal de Odivelas, está a realizar um estudo sobre os Conhecimentos e Comportamentos dos alunos face a algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A sua escola foi escolhida por ter manifestado interesse em colaborar neste estudo.

A sua participação é muito importante para descrever e compreender os **Comportamentos e Conhecimentos sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis** (ISTs) na comunidade escolar.

Para participar é necessário que preencha este **questionário** o que demorará cerca de **15 minutos**. A sua participação é **muito importante**. É **livre** de escolher **se quer ou não participar**.

Não existem respostas certas ou erradas e ninguém vai saber a forma com respondeu. No final, quando os resultados forem conhecidos, **ninguém vai saber que respondeu a este questionário**.

Os **resultados** deste estudo estarão disponíveis em Setembro de 2007 e serão utilizados para a **elaboração de teses de mestrado** e para **publicação em revistas científicas**. Poderá conhecê-los contactando a equipa de investigação.

Obrigado pela sua atenção!

A equipa de investigação.

ASSINALE COM UM ☒ A SUA OPÇÃO:

- ☐ Quero responder a este questionário. **AVANCE PARA A SECÇÃO 1.**
- ☐ Não quero responder a este questionário.

SECÇÃO 1

Nesta secção as questões incidem sobre algumas **características sociodemográficas e familiares**.

1.1. Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

1.2. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ (dia / mês/ ano)

1.3. Qual a sua nacionalidade?

- ☐ Portuguesa
- ☐ Portuguesa e outra. Qual? _____
- ☐ Outra dupla nacionalidade. Qual? _____
- ☐ Outra nacionalidade. Qual? _____

1.4. Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) / Unido(a) de facto
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Separado(a) ou divorciado(a)
- ☐ Não sei

1.5. Que **estudos** tem?

- ☐ Frequento agora o 7.º ano de escolaridade do ensino básico.
- ☐ Frequento agora o 8.º ano de escolaridade do ensino básico.
- ☐ Frequento agora o 9.º ano de escolaridade do ensino básico.
- ☐ Frequento agora o 10.º ano de escolaridade do ensino secundário ou profissional.
- ☐ Frequento agora o 11.º ano de escolaridade do ensino secundário ou profissional.
- ☐ Frequento agora o 12.º ano de escolaridade do ensino secundário ou profissional.

1.6. Alguma vez **reprovou**?

- ☐ Sim. **Quantas vezes?** _____ vezes
- ☐ Não
- ☐ Não responde

1.7. Indique com um ☒ qual **a sua opinião** em relação à seguinte afirmação: ***“Gosto de estar na escola.”***

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
☐	☐	☐	☐	☐

1.8. Já alguma vez **faltou às aulas, estando na escola**?

- ☐ Sim. **Quantas vezes, na última semana?** _____ vezes.
- ☐ Não
- ☐ Não sei

1.9. Já **alguma vez** teve um **trabalho remunerado** (receber dinheiro para realizar um trabalho)?

- ☐ Sim
- ☐ Não. **AVANCE PARA A PERGUNTA 1.12.**

1.10. Que idade tinha quando teve o **primeiro trabalho remunerado**? _____ anos

- ☐ Não me lembro

1.11. Actualmente tem algum **trabalho remunerado**?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.12. Com quem vive? (assinale todas as opções que se aplicarem):

- ☐ Mãe.
- ☐ Pai.
- ☐ Padrasto.
- ☐ Madrasta.
- ☐ Irmão.
- ☐ Irmã.
- ☐ Filhos do padrasto.
- ☐ Filhos da madrasta.
- ☐ Avó.
- ☐ Avó.
- ☐ Outro familiar. Qual? _____.

1.13. Qual a sua **religião**?

- ☐ Não tenho. **AVANCE PARA A SECÇÃO 2.**
- ☐ Católica
- ☐ Protestante
- ☐ Muçulmana
- ☐ Hindu
- ☐ Judaica
- ☐ Outra. Qual? _____

1.14. No último mês, quantas vezes foi a uma **cerimónia religiosa**? _____ vezes

SECÇÃO 2

Nesta secção as questões incidem sobre alguns **conhecimentos e comportamentos da sua sexualidade** (vontade de comunicar e de obter contacto, prazer ou amor de outra pessoa que, às vezes, tem como finalidade a reprodução).

2.1. Qual é a sua **principal fonte de informação** sobre **sexualidade**?

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro familiar. Qual? _____
- ☐ Namorado/namorada
- ☐ Amigos
- ☐ Professor
- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Outro profissional de saúde. Qual? _____
- ☐ Padre/ Grupo religioso
- ☐ Livros e revistas
- ☐ Filmes e vídeos
- ☐ Televisão
- ☐ Rádio
- ☐ Internet
- ☐ Outra. Qual? _____

2.2. De quem gostaria de receber **mais informação** acerca de **sexualidade** ?

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro familiar. Qual? _____
- ☐ Namorado/namorada
- ☐ Amigos
- ☐ Professor
- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Outro profissional de saúde. Qual? _____
- ☐ Padre/ Grupo religioso
- ☐ Livros e revistas
- ☐ Filmes e vídeos
- ☐ Televisão
- ☐ Rádio
- ☐ Internet
- ☐ Outra. Qual? _____

2.3. Já **teve alguma relação sexual** (relação com parceiros do mesmo sexo ou de sexo diferente, que implique contacto entre pénis/vagina, boca/vagina, boca/pénis ou pénis/ânus)?

- ☐ Sim. Com que **idade** teve a sua **primeira relação sexual**? _____ anos
- ☐ Não. **AVANCE PARA A SECÇÃO 3.**
- ☐ Não responde. **AVANCE PARA A SECÇÃO 3.**

2.4. Quantos **parceiros sexuais** teve nos **últimos 6 meses**? _____ parceiros.

2.5. Tem relações sexuais com **parceiros do mesmo sexo**?

☐ Sim. No **último mês, quantas relações sexuais** teve com **parceiros do mesmo sexo**?

_____ Relações sexuais

☐ Não

☐ Não responde

2.6. Já teve **uma relação sexual vaginal** (contacto pénis/vagina)?

☐ Sim

☐ Não. **AVANCE PARA 2.8**

☐ Não responde. **AVANCE PARA 2.8**

2.7. Quando tem **uma relação sexual vaginal** (contacto pénis/vagina) **utiliza preservativo**?

☐ Sempre

☐ Maioria das vezes

☐ Raramente

☐ Nunca

2.8. Já teve **uma relação sexual oral** (contacto boca/pénis ou boca/vagina)?

☐ Sim

☐ Não. **AVANCE PARA 2.10**

☐ Não responde. **AVANCE PARA 2.10**

2.9. Quando tem **uma relação sexual oral** (contacto boca/pénis ou boca/vagina) **utiliza preservativo**?

☐ Sempre

☐ Maioria das vezes

☐ Raramente

☐ Nunca

2.10. Já teve **uma relação sexual anal** (contacto pénis/ânus)?

☐ Sim

☐ Não. **AVANCE PARA 2.12**

☐ Não responde. **AVANCE PARA 2.12.**

2.11. Quando tem **uma relação sexual anal** (contacto pénis/ânus) **utiliza preservativo?**

- ☐ Sempre
- ☐ Maioria das vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

2.12. Já teve **relações sexuais sob influência do álcool?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não responde

2.13. Já teve **relações sexuais sob influência de drogas?**

- ☐ Sim.
- ☐ Não. **AVANCE PARA A SECÇÃO 3**
- ☐ Não responde. **AVANCE PARA A SECÇÃO 3**

2.14. Costuma **partilhar seringas?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não responde

SECÇÃO 3

Nesta secção as questões incidem sobre alguns **conhecimentos e comportamentos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis**.

3.1. Indique quais dos seguintes **problemas de saúde são Infecções Sexualmente Transmissíveis** (assinale todas as opções que se aplicarem).

- ☐ Gonorreia
- ☐ Hepatite C
- ☐ Candidíase
- ☐ Chatos
- ☐ Sífilis
- ☐ Tuberculose
- ☐ Clamidiose
- ☐ Tricomoniose
- ☐ Hepatite B
- ☐ SIDA
- ☐ Sarna
- ☐ Doença do sono
- ☐ Herpes genital
- ☐ Infecção genital pelo Vírus do Papiloma Humano
- ☐ Vaginose bacteriana

3.2. As **Infecções Sexualmente Transmissíveis** podem ser apanhadas através de (assinale todas as opções que se aplicarem):

- ☐ Carícias
- ☐ Beijos
- ☐ Abraços
- ☐ Relação sexual vaginal (contacto pénis/vagina)
- ☐ Relação sexual oral (contacto pénis/boca ou vagina/boca)
- ☐ Relação sexual anal (contacto pénis/ânus)
- ☐ Utilização de casas de banho públicas
- ☐ Partilha de pratos e talheres
- ☐ Partilha da escova de dentes
- ☐ Partilha de objectos cortantes (por exemplo, lâminas de barbear)
- ☐ Não sei

3.3. As **Infecções Sexualmente Transmissíveis** podem dar origem a (assinale todas as opções que se aplicarem):

- ☐ Gravidez
- ☐ Esterilidade
- ☐ Enjoos/ vómitos
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Dor de barriga
- ☐ Dor no fígado
- ☐ Dor durante as relações sexuais
- ☐ Saída de líquido do pénis
- ☐ Saída de líquido da vagina
- ☐ Comichão
- ☐ Feridas no pénis
- ☐ Feridas na vagina
- ☐ Verrugas no pénis
- ☐ Verrugas na vagina
- ☐ Pele amarela
- ☐ Ardor ao urinar

☐ Urinar às pinguinhas

☐ Não sei

3.4. Qual o **método mais eficaz para não apanhar Infecções Sexualmente Transmissíveis?** (assinale todas as opções que se aplicarem)

☐ Coito interrompido

☐ Preservativo

☐ Dispositivo intra-uterino (DIU)

☐ Pílula

☐ Diafragma

☐ Método do Calendário

☐ Método das Temperaturas

☐ Espermicidas

☐ Não sei

☐ Outro. Qual? _____

3.5. Assinale com um ☒ no **sim**, no **não** ou no **não sei** em relação às seguintes afirmações:

	Sim	Não	Não sei
Algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis podem ser evitadas através de vacinas.	☐	☐	☐
Para além do HIV, existem outras Infecções Sexualmente Transmissíveis que podem provocar cancro.	☐	☐	☐
Todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis têm cura.	☐	☐	☐
As Infecções Sexualmente Transmissíveis podem ser apanhadas mais do que uma vez.	☐	☐	☐
Consigo saber se uma pessoa tem uma Infecção Sexualmente Transmissível pelo seu aspecto.	☐	☐	☐

3.6. Indique com um ☒ qual **a sua opinião** em relação à seguinte afirmação: ***“Quando tenho uma relação sexual oral devo usar sempre o preservativo.”***

Discordo
totalmente

☐

Discordo

☐

Não concordo
nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo
totalmente

☐

3.7. Indique com um ☒ qual **a sua opinião** em relação à seguinte afirmação: ***“Quando tenho uma relação sexual anal devo usar sempre o preservativo.”***

Discordo
totalmente

☐

Discordo

☐

Não concordo
nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo
totalmente

☐

3.8. Indique com um ☒ qual **a sua opinião** em relação à seguinte afirmação: ***“Quando tenho uma relação sexual vaginal devo usar sempre o preservativo.”***

Discordo
totalmente

☐

Discordo

☐

Não concordo
nem discordo

☐

Concordo

☐

Concordo
totalmente

☐

3.9. Se pensar que tem uma Infecção Sexualmente Transmissível a quem pede ajuda?
(assinale todas as opções que se aplicarem)

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Padrasto
- ☐ Madrasta
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro familiar. Qual? _____
- ☐ Namorado/namorada
- ☐ Amigos
- ☐ Professor
- ☐ Farmacêutico/ funcionário da Farmácia
- ☐ Médico família
- ☐ Médico particular
- ☐ Ginecologista/ obstetra
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Outro profissional de saúde. Qual? _____
- ☐ Padre /Grupo religioso
- ☐ Linha telefónica
- ☐ Outro. Qual? _____

3.10. Se pensar que tem uma Infecção Sexualmente Transmissível só procura tratamento se (assinale todas as opções que se aplicarem):

- ☐ Os pais não souberem
- ☐ Os amigos não souberem
- ☐ O parceiro ou a parceira não souberem
- ☐ Nenhuma das anteriores

3.11. Se pensar que tem uma **Infecção Sexualmente Transmissível** só vai a uma consulta se:

- ☐ Não pagar nada
- ☐ Pagar menos de 1 € pela consulta
- ☐ Pagar menos de 5 € pela consulta
- ☐ Pagar menos de 15 € pela consulta
- ☐ Nenhuma das anteriores

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2. Consentimento Informado

Consentimento informado



INFORMAÇÃO:

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração da Câmara Municipal de Odivelas, está a realizar um estudo sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis que compreende os conhecimentos e os comportamentos dos alunos face a este tipo de infecções.

A escola do seu educando foi escolhida pelo interesse e pela disponibilidade reveladas em participar no presente estudo.

Para participar é necessário que os **alunos** preencham um questionário **sobre Conhecimentos e Comportamentos de Saúde Sexual e Reprodutiva e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Os dados a obter através da aplicação do questionário serão anónimos e tratados com confidencialidade.

Os resultados obtidos através deste estudo serão utilizados para informar os órgãos nacionais competentes (Ministérios da Saúde e da Educação), para elaborar trabalhos científicos (teses de mestrado) e para publicação em revistas científicas. Em qualquer destes procedimentos, **ninguém vai saber em que escola foi feito o estudo nem será capaz de identificar as pessoas** que nele participaram.

Será possível aos participantes conhecerem os resultados utilizando, para tal, os contactos da equipa de investigação anexos a esta carta. **A participação neste estudo é livre.**

Assim, precisamos que nos **autorize a aplicar o questionário** preenchendo com o seu nome (caso tenha mais de ou 18 anos) ou o do seu educando (caso este tenha menos de 18 anos) o consentimento que se segue. Solicitamos, também, que nos **faça chegar o consentimento devidamente assinado**.

Contactos da Equipa de Investigação

<u>Responsável</u>	Prof. Doutora Filomena Exposto
<u>Responsáveis pelo trabalho de campo</u>	Mestre Inês Fronteira / Dr.ª M.ª Margarida Martins
<u>Morada</u>	Instituto de Higiene e Medicina Tropical Rua da Junqueira n.º 96 1349 – 008 Lisboa / Portugal
<u>Telefone</u>	21 3652600

Anexo 3. Operacionalização das variáveis

Tabela A3.1. Definições, classificação¹⁰, escala¹¹ e domínio das variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Sexo	Indica o sexo do respondente.	Qualitativa	Nominal	Masculino Feminino
Idade *	Indica a idade do respondente.	Quantitativa	Numérica	Em anos completos
Estado Civil	Indica o estado civil do respondente.	Qualitativa	Nominal	Solteiro Casado/Unido de facto Viúvo Separado ou divorciado Não sei
Nacionalidade¹²	Indica a cidadania legal do respondente aquando do preenchimento do questionário.	Qualitativa	Nominal	Portuguesa Portuguesa e outra Outra dupla nacionalidade Outra nacionalidade

* Variável obtida através da data de nascimento solicitada no questionário.

¹⁰ Quanto à classificação considerou-se enquanto qualitativa a variável cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustiva e mutuamente exclusiva. Como variável quantitativa foram consideradas as variáveis cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças (31).

¹¹ Quanto à escala foram consideradas como nominais as variáveis em que as categorias de classificação se distribuem por duas categorias mutuamente exclusivas (29). Como variáveis numéricas foram consideradas as variáveis que assumem valores cuja relação exacta entre estes é possível definir dado que a escala possui um zero absoluto (31).

¹² O domínio da variável foi novamente categorizado nas seguintes categorias de resposta: “portuguesa”, “portuguesa e outra” e “outra nacionalidade/outra dupla nacionalidade” atendendo ao número reduzido de respostas em algumas categorias da variável.

Tabela A3.1. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis sociodemográficas (continuação).

Variáveis Sociodemográficas	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Tipo de agregado familiar ^{13,14,15}	Indica a constituição do conjunto de pessoas que vivem com o respondente no mesmo alojamento.	Qualitativa	Nominal	Mãe Pai Padrasto Madrasta Irmão Irmã Filhos do padrasto Filhos da madrasta Avô Avó Outro
Experiência laboral	Indica se o respondente já teve trabalho remunerado anteriormente.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Situação laboral actual	Indica se actualmente o respondente tem trabalho remunerado.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Idade no primeiro trabalho remunerado	Indica a idade do respondente aquando do primeiro trabalho remunerado.	Quantitativa	Numérica	Em anos completos
Religião ¹⁶	Indica a religião do respondente.	Qualitativa	Nominal	Não tenho Católica Protestante Muçulmana Hindu Judaica Outra
Religiosidade	Indica o número de cerimónias religiosas assistidas pelo respondente no último mês.	Quantitativa	Numérica	Em número de cerimónias.

¹³ A variável admite a selecção simultânea de várias respostas.

¹⁴ O domínio da variável foi novamente categorizado nas seguintes categorias de resposta: “clássica”, “monoparental”, “reconstituída” e “vive com outros familiares”.

¹⁵ No presente estudo considerou-se como:

- Família clássica o conjunto de indivíduos entre os quais existe um dos seguintes tipos de relação: casal “de direito” ou “de facto” com ou sem filho (s) não casado (s), pai ou mãe com filho (s) não casado (s), avós com neto (s) não casado (s) e avô ou avó com neto (s) não casados;
- Família monoparental os núcleos constituídos por pai com filhos, mãe com filhos, avô com netos ou avó com netos;
- Família reconstituída o núcleo familiar compostos por um casal “de direito” ou “de facto” com filho (s), em que pelo menos um deles seja filho, natural ou adoptado, apenas de um dos membros do casal, ou seja, fruto de um relacionamento conjugal anterior (18).

¹⁶ Atendendo ao número reduzido de respostas em algumas categorias, o domínio da variável foi novamente categorizado nas seguintes categorias de resposta: “católica”, “muçulmana”, “protestante”, “outra” e “não tem”.

Tabela A3.2. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis escolares.

Variáveis Escolares	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Experiência de Reprovação	Indica se o respondente já reprovou alguma vez durante todo o seu percurso escolar.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Ano de escolaridade frequentado	Indica o ano de escolaridade frequentado pelo respondente aquando do preenchimento do questionário.	Qualitativa	Nominal	7.º Ano de escolaridade 8.º Ano de escolaridade 9.º Ano de escolaridade 10.º Ano de escolaridade 11.º Ano de escolaridade 12.º Ano de escolaridade
N.º de Reprovações	Indica o número de vezes que o respondente já reprovou durante o seu percurso escolar.	Quantitativa	Numérica	Em número de reprovações.
Assiduidade às aulas estando na escola	Indica se o respondente não foi assíduo às actividades lectivas quando está na escola.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei
N.º de faltas na última semana de aulas	Indica o número de vezes que o respondente se ausentou das actividades lectivas na semana de aulas anterior à aplicação do questionário.	Quantitativa	Numérica	Em número de reprovações.
Satisfação com a escola	Indica a satisfação do respondente face à sua permanência na escola.	Qualitativa	Ordinal	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

Tabela A3.3. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis das fontes de informação sobre sexualidade.

Variáveis das fontes de informação sobre sexualidade¹⁷	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Principal fonte de informação sobre sexualidade	Indica a principal fonte de informação sobre Sexualidade do respondente.	Qualitativa	Nominal	Pai Mãe Outros familiares Namorado(a) Amigos Professor Médico ou outro profissional de saúde Padre ou grupo religioso Media Outra
Fonte de informação desejada sobre sexualidade	Indica a fonte de informação sobre Sexualidade desejada pelo respondente.	Qualitativa	Nominal	Pai Mãe Outros familiares Namorado(a) Amigos Professor Médico ou outro profissional de saúde Padre ou grupo religioso Media Outra

¹⁷ Atendendo ao número reduzido de respostas em algumas categorias, as variáveis referentes às fontes de informação sobre sexualidade foram novamente categorizadas nas seguintes categorias: “pai”, “mãe”, “outros familiares”, “namorado”, “amigos”, “professor”, “médico ou outro profissional de saúde”, “padre ou grupo religioso”, “media” e “outros”.

Tabela A3.4. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento do nome das IST.

Variáveis referentes ao conhecer o nome da IST¹⁸	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Conhecer a gonorreia	Indica se o respondente reconhece a gonorreia como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a hepatite C	Indica se o respondente reconhece a hepatite C como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a candidose	Indica se o respondente reconhece a candidose como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer os chatos	Indica se o respondente reconhece a pediculose púbica como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a sífilis	Indica se o respondente reconhece a sífilis como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a tuberculose *	Indica se o respondente reconhece a tuberculose como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a clamidiose	Indica se o participante reconhece a clamidiose como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecera a tricomonose	Indica se o respondente reconhece a tricomonose como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a hepatite B	Indica se o respondente reconhece a hepatite B como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a SIDA	Indica se o respondente reconhece a SIDA como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a sarna	Indica se o respondente reconhece a sarna como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a doença do sono*	Indica se o respondente e reconhece a doença do sono como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a herpes genital	Indica se o respondente reconhece a infecção herpética genital como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a infecção genital pelo VPH	Indica se o respondente reconhece a infecção genital pelo VPH como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a vaginose bacteriana	Indica se o respondente reconhece a vaginose bacteriana como uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

* Variáveis cuja respostas sim é incorrecta porque não são IST.

¹⁸ Na construção da variável “Número de IST conhecidas” foram contabilizadas as respostas dadas por cada respondente a cada uma das variáveis nominais deste conjunto. Esta variável é definida como o número de IST reconhecidas pelo nome, classifica-se como quantitativa numérica e tem um domínio igual a o número de IST identificadas correctamente.

Tabela A3.5. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento das formas de transmissão das IST.

Variáveis referentes ao conhecimento das formas de transmissão das IST ¹⁹	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Conhecer as carícias*	Indica se o respondente reconhece as carícias como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer os beijos	Indica se o respondente reconhece os beijos como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer os abraços*	Indica se o respondente reconhece os abraços como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a relação sexual vaginal	Indica se o respondente reconhece a relação sexual vaginal como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a relação sexual oral	Indica se o respondente reconhece a relação sexual oral como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a relação sexual anal	Indica se o respondente reconhece a relação sexual anal como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a utilização de casas de banho públicas	Indica se o respondente reconhece a utilização de casas de banho públicas como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a partilha de pratos e talheres*	Indica se o respondente reconhece a partilha de pratos e talheres como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a partilha da escova de dentes	Indica se o respondente reconhece a partilha de escova de dentes como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer partilha de objectos cortantes	Indica se o respondente reconhece a partilha de objectos cortantes como uma forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Não sei	Indica se o respondente não reconhece qualquer forma de transmissão das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

* Variáveis cuja respostas sim é incorrecta porque não constituem formas de transmissão das IST.

¹⁹ Na construção da variável “número de formas de transmissão das IST” conhecidas foram contabilizadas as respostas dadas por cada respondente em cada uma das variáveis referentes ao conhecimento das formas de transmissão das IST. Esta variável é definida como o número de formas de transmissão das IST reconhecidas, classifica-se como quantitativa numérica e tem um domínio igual ao número de formas de transmissão das IST identificadas correctamente.

Tabela A3.6. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento dos sinais e sintomas das IST.

Variáveis referentes ao conhecimento de sinais/sintomas das IST²⁰	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Conhecer a gravidez*	Indica se o respondente reconhece a gravidez como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a esterilidade	Indica se o respondente reconhece a esterilidade como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer os enjoos/vómitos	Indica se o respondente reconhece os enjoos/vómitos como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a dor de cabeça	Indica se o respondente reconhece a dor de cabeça como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a dor de barriga	Indica se o respondente reconhece a dor de barriga como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a dor de fígado*	Indica se o respondente reconhece a dor de fígado como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a dor durante as relações sexuais	Indica se o respondente reconhece a dor durante as relações sexuais como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a saída de líquido do pénis	Indica se o respondente reconhece a saída de líquido do pénis como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a saída de líquido da vagina	Indica se o respondente reconhece a saída de líquido da vagina como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a comichão	Indica se o respondente reconhece a comichão como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer as feridas no pénis	Indica se o respondente as feridas no pénis como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer as feridas na vagina	Indica se o respondente e as feridas na vagina como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a pele amarela	Indica se o respondente a pele amarela como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o ardor ao urinar	Indica se o respondente o ardor ao urinar como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o urinar às pinguinhas	Indica se o respondente o urinar às pinguinhas como sinal ou sintoma de uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Não sei	Indica se o respondente não reconhece qualquer sinal ou sintoma das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

* Variáveis cuja respostas sim é incorrecta porque não constituem sinais ou sintomas das IST.

²⁰ Na construção da variável “número de sinais/sintomas das IST conhecidos” foram contabilizados os sinais e sintomas indicados pelos alunos em cada uma das variáveis. Esta variável é definida como o número de sinais/sintomas das IST reconhecidos, classifica-se como quantitativa numérica e tem um domínio igual ao número de sinais/sintomas das IST identificados correctamente.

Tabela A3.7. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao conhecimento das formas de prevenção das IST.

Variáveis referentes ao conhecimento das formas de prevenção das IST²¹	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Conhecer o coito interrompido*	Indica se o respondente reconhece o coito interrompido como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o preservativo	Indica se o respondente reconhece o preservativo como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer dispositivo intra-uterino*	Indica se o respondente reconhece o dispositivo intra-uterino como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer a pílula*	Indica se o respondente reconhece a pílula como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o diafragma*	Indica se o respondente reconhece o diafragma como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o método do calendário*	Indica se o respondente reconhece o método do calendário como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer o método das temperaturas*	Indica se o respondente reconhece o método das temperaturas como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Conhecer os espermicidas*	Indica se o respondente reconhece os espermicidas como forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Não sei	Indica se o respondente não reconhece qualquer forma de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

* Variáveis cuja respostas é incorrecta porque não métodos de prevenção das IST.

²¹ A variável “conhecimento do preservativo como método de prevenção das IST” foi obtida pela contabilização das respostas dadas às variáveis nominais referentes ao conhecimento sobre as formas de prevenção das IST. A variável assim construída indica se o respondente reconhece o preservativo como única forma de prevenção das IST, classifica-se como qualitativa nominal e tem um domínio constituído pelas seguintes categorias de resposta: assinalou apenas o preservativo, assinalou o preservativo e outro, não assinalou o preservativo.

Tabela A3.8. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST.

Variáveis dos Conhecimentos face às IST	Definição	Classificação	Escala	Domínio
“Algumas IST podem ser evitadas através de vacinas.”	Indica se o respondente conhece as vacinas como método de prevenção das IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei
“Para além do HIV, existem outras IST que podem provocar o cancro.”	Indica se o respondente conhece que outras IST, para além do HIV, podem causar o cancro.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei
“Todas as IST têm cura.”	Indica se o respondente conhece as IST como sendo infecções para as quais existe cura.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei
“As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez.”	Indica se o respondente conhece que os indivíduos que já tiveram uma IST podem ser re-infectados.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei
“Consigo saber se uma pessoa tem uma IST pelo seu aspecto.”	Indica se o respondente conhece o aspecto físico como um sinal de que determinado indivíduo se encontra infectado com uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não sei

Tabela A3.9. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo.

Variáveis dos Conhecimentos sobre a utilização do preservativo	Definição	Classificação	Escala	Domínio
“Quando tenho uma relação sexual oral devo utilizar sempre o preservativo” ²²	Indica qual a frequência que o respondente pensa ser adequada à utilização do preservativo numa relação sexual vaginal.	Qualitativa	Nominal	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
“Quando tenho uma relação sexual vaginal devo utilizar sempre o preservativo” ²¹	Indica qual a frequência que o respondente pensa ser adequada à utilização do preservativo numa relação sexual oral.	Qualitativa	Nominal	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente
“Quando tenho uma relação sexual anal devo utilizar sempre o preservativo” ²¹	Indica qual a frequência que o respondente pensa ser adequada à utilização do preservativo numa relação sexual anal.	Qualitativa	Nominal	Discordo totalmente Discordo Não concordo nem discordo Concordo Concordo totalmente

²² Atendendo ao número reduzido de respostas em algumas categorias, os domínios das variáveis referentes aos conhecimentos sobre a utilização do preservativo foram novamente categorizadas em “concordo totalmente” e “não concordo totalmente”.

Tabela A3.10. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento sexual.

Variáveis do Comportamento Sexual	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Experiência Sexual	Indica se o respondente já teve actividade sexual dos tipos vaginal, oral ou anal.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Idade na primeira experiência sexual	Indica a idade com que o respondente teve a sua primeira experiência sexual vaginal, oral ou anal.	Quantitativa	Numérica	Em anos completos.
Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses	Indica o número de parceiros sexuais que o respondente teve nos últimos seis meses.	Quantitativa	Numérica	Em número de parceiros sexuais.
Experiência sexual com parceiros do mesmo sexo	Indica se o respondente já teve actividade sexual dos tipos vaginal, oral ou anal com indivíduos do mesmo sexo.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Número de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo no último mês	Indica o número de relações sexuais que o respondente teve com parceiros do mesmo sexo no último mês.	Quantitativa	Numérica	Em número de relações sexuais.
Experiência sexual vaginal	Indica se o respondente já teve actividade sexual vaginal.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Comportamento na utilização do preservativo durante a relação vaginal²³	Indica a frequência com que o respondente usa preservativo numa relação do tipo vaginal.	Qualitativa	Nominal	Sempre Maioria das vezes Raramente Nunca
Experiência sexual oral	Indica se o respondente já teve actividade sexual oral.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Comportamento na utilização do preservativo durante a relação oral²⁴	Indica a frequência com que o respondente usa preservativo numa relação do tipo oral.	Qualitativa	Nominal	Sempre Maioria das vezes Raramente Nunca

²³ Tendo em consideração a análise estatística bivariada, esta variável foi novamente categorizada nas opções de resposta seguintes: “utiliza sempre preservativo na relação sexual vaginal” e “Não utiliza sempre ou nunca utiliza o preservativo na relação sexual vaginal”.

²⁴ Tendo em consideração a análise estatística bivariada, esta variável foi novamente categorizada nas opções de resposta seguintes: “utiliza sempre preservativo na relação sexual oral” e “raramente utiliza ou nunca utiliza o preservativo na relação sexual oral”.

Tabela A3.11. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento sexual (continuação).

Variáveis do Comportamento Sexual	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Experiência sexual anal	Indica se o respondente já teve actividade sexual oral.	Qualitativa	Nominal	Sim Não Não responde
Comportamento na utilização do preservativo durante a relação anal 25	Indica a frequência com que o respondente usa preservativo numa relação do tipo anal.	Qualitativa	Nominal	Sempre Maioria das vezes Raramente Nunca

Tabela A3.12. Definições, classificação, escala e domínio das variáveis referentes ao comportamento de consumo de álcool e/ou drogas no contexto do relacionamento sexual e à partilha de seringas.

Variáveis do Comportamento consumo álcool/drogas no relacionamento sexual e à partilha de seringas	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Experiências das relações sexuais sob o efeito do álcool	Indica se o respondente já teve actividade sexual sob o efeito do álcool.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Experiência das relações sexuais sob o efeito das drogas	Indica se o respondente já teve actividade sexual sob o efeito das drogas.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Partilha de seringas	Indica se o respondente já partilhou seringas aquando do consumo de drogas injectáveis.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

²⁵ Tendo em consideração a análise estatística bivariada, esta variável foi novamente categorizada nas opções de resposta seguintes: “utilizada sempre preservativo na relação sexual anal” e “não utiliza sempre ou nunca utiliza o preservativo na relação sexual anal”.

Tabela A3.13. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?”.

Variável “Se pensar que tem uma IST a quem pede ajuda?”	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Mãe	Indica que o respondente iria solicitar ajuda à mãe caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Pai	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao pai caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Padrasto	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao padrasto caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Madrasta	Indica que o respondente iria solicitar ajuda à madrastra caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Irmão	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao irmão caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Irmã	Indica que o respondente iria solicitar ajuda à irmã caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Outro familiar	Indica que o respondente iria solicitar ajuda a outro familiar caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Namorado(a)	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao (à) namorado(a) caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Amigos	Indica que o respondente iria solicitar ajuda à mãe caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Professor	Indica que o respondente iria solicitar ajuda à mãe caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Farmacêutico/funcionário da farmácia	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao farmacêutico/ funcionário da farmácia caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Médico de família	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao médico de família caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Médico particular	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao médico particular caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Ginecologista/obstetra	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao ginecologista/obstetra caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Enfermeiro	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao enfermeiro caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Outro profissional de saúde	Indica que o respondente iria solicitar ajuda a outro profissional de saúde caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Padre/grupo religioso	Indica que o respondente iria solicitar ajuda ao padre/grupo religioso caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Linha telefónica	Indica que o respondente iria solicitar ajuda a uma linha telefónica caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Outro	Indica que o respondente iria solicitar ajuda a outro agente caso pensasse que tinha uma IST.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

Tabela A3.14. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST só procura ajuda se...”.

Variável “Se pensar que tem uma IST só procura ajuda se...”	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Pais não souberem	Indica que o respondente só procuraria ajuda caso tivesse uma IST se os pais não soubessem.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Amigos não souberem	Indica que o respondente só procuraria ajuda caso tivesse uma IST se os amigos não soubessem.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Parceiro(a) não souberem	Indica que o respondente só procuraria ajuda caso tivesse uma IST se o(a) parceiro(a) não soubessem.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Nenhuma das anteriores	Indica que o respondente procuraria ajuda em caso de ter uma IST independentemente dos pais, dos amigos ou do(a) parceiro(a) saberem.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

Tabela A3.15. Definições, classificação, escala e domínio da variável “Se pensar que tem uma IST só vais a uma consulta se...”.

Variável “Se pensar que tem uma IST só vais a uma consulta se...”	Definição	Classificação	Escala	Domínio
Não pagar nada	Indica que o respondente caso tivesse uma IST só vai a uma consulta médica se não pagar nada pelo tratamento.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Pagar menos de 1€	Indica que o respondente caso tivesse uma IST só vai a uma consulta médica se pagar menos de 1€ pelo tratamento.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Pagar menos de 5 €	Indica que o respondente caso tivesse uma IST só vai a uma consulta médica se pagar menos de 5€ pelo tratamento.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Pagar menos de 15 €	Indica que o respondente caso tivesse uma IST só vai a uma consulta médica se pagar menos de 15€ pelo tratamento.	Qualitativa	Nominal	Sim Não
Nenhuma das anteriores	Indica que o respondente caso tivesse uma IST vai a uma consulta médica independentemente do custo do tratamento.	Qualitativa	Nominal	Sim Não

Anexo 4. Dados omissos

Tabela A4.1. Respostas válidas e dados omissos das variáveis sociodemográficas – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).

Variáveis Sociodemográficas	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N,%)
Sexo	590 (99,8)	1 (0,2)
Idade	576 (97,5)	15 (2,5)
Estado civil	587 (99,3)	4 (0,7)
Nacionalidade	590 (99,8)	1 (0,2)
Religião	585 (99)	6 (1)
Religiosidade	421 (96,6)	15 (3,4)
Tipo de agregado familiar	589 (99,7)	2 (0,3)
Experiência laboral	586 (99,2)	5 (0,8)
Idade no primeiro trabalho remunerado	117 (95,1)	6 (4,9)
Situação laboral actual	117 (95,1)	6 (4,9)

Tabela A4.2. Respostas válidas e dados omissos das variáveis escolares – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).

Variáveis Escolares	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Ano de escolaridade frequentado	590 (99,8)	1 (0,2)
Reprovação escolar	589 (99,7)	2 (0,3)
Número de reprovações escolares	203 (99)	2 (1)
Faltas às aulas estando na escola	589 (99,7)	2 (0,3)
Assiduidade às aulas na última semana	256 (91,7)	23 (8,3)
Faltas às aulas na última semana	256 (91,7)	23 (8,3)
Satisfação com a escola	589 (99,7)	2 (0,3)

Tabela A4.3. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes às fontes de informação sobre sexualidade – frequências absolutas e frequências relativas (N,%).

Variáveis das fontes de informação sobre sexualidade	Respostas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Principal fonte de informação sobre sexualidade	493 (83,4)	98 (16,6)
Fonte de informação sobre sexualidade desejada	520 (88)	71 (12)

Tabela A4.4. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variáveis dos Conhecimentos face às IST	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Conhecer as IST	587 (99,3)	4 (0,7)
Conhecer sinais e sintomas das IST	586 (99,2)	5 (0,8)
Conhecer formas de transmissão das IST	590 (99,8)	1 (0,2)
Conhecer formas de prevenção das IST	590 (99,8)	1 (0,2)
“Algumas IST podem ser evitadas através de vacinas.”	587 (99,3)	4 (0,7)
“Para além do HIV, existem outras IST que podem provocar o cancro.”	587 (99,3)	4 (0,7)
“Todas as IST têm cura.”	588 (99,5)	3 (0,5)
“As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez.”	587 (99,3)	4 (0,7)
“Consigo saber se uma pessoa tem uma IST pelo seu aspecto.”	587 (99,3)	4 (0,7)

Tabela A4.5. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes aos conhecimentos face à utilização do preservativo – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variável Conhecimentos face ao à utilização do preservativo	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Durante a relação sexual vaginal	577 (97,6)	14 (2,4)
Durante a relação sexual oral	587 (99,3)	4 (0,7)
Durante a relação sexual anal	578 (97,8)	13 (2,2)

Tabela A4.6. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento sexual – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variáveis do Comportamento Sexual	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Experiência Sexual	586 (99,2)	5 (0,8)
Idade na primeira relação sexual	178 (95,7)	8 (4,3)
Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses	182 (97,3)	5 (2,7)
Experiência sexual com parceiros do mesmo sexo	183 (97,3)	5 (2,7)
Número de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo no último mês.	9 (69,2)	4 (30,8)
Experiência de relação sexual vaginal	183 (95,3)	9 (4,7)
Experiência de relação sexual oral	183 (95,3)	9 (4,7)
Experiência de relação sexual anal	183 (95,3)	9 (4,7)

Tabela A4.7. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento de utilização do preservativo – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variáveis do comportamento de utilização do preservativo	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Utilização do preservativo na relação sexual vaginal	168 (94,9)	9 (5,1)
Utilização do preservativo na relação sexual oral	101 (91,8)	9 (8,2)
Utilização do preservativo na relação sexual anal	47 (83,9)	9 (16,1)

Tabela A4.8. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao consumo de álcool e/ou drogas no relacionamento sexual e à partilha de seringas – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variáveis dos comportamento de consumo de álcool e/ou drogas no relacionamento sexual e à partilha de seringas	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Experiência de relações sexuais sob o efeito do álcool	183 (95,3)	9 (4,7)
Experiência de relações sexuais sob o efeito das drogas	183 (95,3)	9 (4,7)
Partilha de seringas	3 (25)	9 (75)

Tabela A4.9. Respostas válidas e dados omissos das variáveis referentes ao comportamento de procura de tratamento médico – frequências absolutas e frequências relativas (N, %).

Variáveis do comportamento de procura de tratamento médico	Respostas válidas (N, %)	Dados Omissos (N, %)
Pedir ajuda em caso de apanhar uma IST	578 (97,8)	13 (2,2)
Se pensar que tem uma IST só procura tratamento se	586 (99,2)	5 (0,8)
Se pensar ter uma IST vai a uma consulta se	587 (99,3)	4 (0,7)

Anexo 5. Análise bivariada entre os factores determinantes e o comportamento de utilização do preservativo nas relações sexuais vaginais, anais e orais.

Tabela A5.1. Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor e da prova.

Variáveis sociodemográficas	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Sexo	4,8 a	<0,1	c	1	0,225 a	0,6
Nacionalidade	5,4 b	<0,1	0,5 b	0,7	*	*
Religião	7,4 b	0,2	1,1 b	0,9	5,1 b	0,4
Tipo de família	3,9 a	0,2	2,7 b	0,4	3,4 b	0,3
Experiência laboral	0 a	1	c	0,7	0,5 a	0,4
Idade	-3,5d	0	34 e	0,8	234,5 e	0,4
Religiosidade	0,7 d	0,4	124 e	0,6	75 e	0,1
Idade no primeiro trabalho remunerado	330 e	<0,1	34 e	0,8	22 e	0,3

a – Teste do qui quadrado (χ^2)

b -Teste do Rácio de Verossimilhança (G^2)

c – Teste exacto de Fisher (F)

d – Teste t de Student (t)

e – Teste de Mann-Whitney (U)

* Dado não obtido

Tabela A5.2. Análise bivariada entre as variáveis escolares e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Variáveis escolares	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Ano lectivo frequentado	14,2 a	<0,1	3,8 b	0,5	4,4 b	0,4
Experiência de reprovação	3,1 a	<0,1	c	1	4,2 a	<0,1
Assiduidade às aulas estando na escola	0,8 a	0,3	c	0,6	1,9 a	0,1
Assiduidade às aulas na última semana	0,2 a	0,6	c	0,6	c	0,7
Satisfação com a escola	3,3 b	0,5	2,8 b	0,6	3,1 b	0,3
N.º de faltas às aulas na última semana	-0,6 d	0,5	129 e	0,9	84,5 e	0,6

a – Teste do qui quadrado (χ^2)

b -Teste do Rácio de Verossimilhança (G^2)

c – Teste exacto de Fisher (F)

d – Teste t de Student (t)

e – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela A5.3. Análise bivariada entre a variável principal fonte de informação sobre sexualidade e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Fonte de informação principal sobre sexualidade	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Pai						
Mãe						
Outros familiares						
Namorado						
Amigos	3,7 a	0,8	13,4 a	<0,1	13,6 a	<0,1
Professor						
Médico ou outro profissional de saúde						
Media						

a -Teste do Rácio de Verossimilhança (G^2)

Tabela A5.4. Análise bivariada entre a variável fonte de desejada de informação sobre sexualidade e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Fonte desejada de Informação sobre sexualidade	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Pai						
Mãe						
Outros familiares						
Namorado						
Amigos	18,4 a	<0,1	7,9 a	0,4	5 a	0,7
Professor						
Médico ou outro profissional de saúde						
Media						

a -Teste do Rácio de Verossimilhança (G^2)

Tabela A5.5. Análise bivariada entre número de IST reconhecidas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Número de IST reconhecidas	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
	-0,7 a	0,5	204,5 b	0,1	181,5 b	<0,1

a – Teste t de Student (t)

b – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela A5.6. Análise bivariada entre a variável número de formas de transmissão das IST conhecidas e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Número de formas de transmissão das IST conhecidas	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
	0,2 ^a	0,8	295 ^b	0,6	248 ^b	0,6

a – Teste t de Student (t)

b – Teste de Mann-Whitney (U)

Tabela A5.7. Análise bivariada entre a variável número de sinais e sintomas das IST conhecidos e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Número de sinais e sintomas das IST conhecidos	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
	-2,1 a	<0,1	276,5 b	0,5	238,5 b	0,5

a – Teste t de Student (t)

b – Teste de Mann-Whitney (u)

Tabela A5.8. Análise bivariada entre a variável conhecer o preservativo como forma de prevenção das IST e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Conhecer o preservativo como forma de prevenção das IST	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Assinalou apenas preservativo	2,8 a	<0,1	c	0,2	0 a	1
Assinalou preservativo e outro						

a – Teste do qui quadrado (χ^2)

c – Teste exacto de Fisher (F)

Tabela A5.9. Análise bivariada entre as variáveis referentes aos conhecimentos sobre as IST e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Conhecimentos sobre as IST	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Podem ser evitadas com vacinas	0,03 ^a	0,9	7,0 ^b	<0,1	0,9 ^b	0,6
Outras IST que não HIV podem provocar o cancro	1,9 ^a	0,3	1,5 ^b	0,4	0,9 ^b	0,6
Todas as IST têm cura	1,5 ^a	0,4	0,1 ^b	0,9	^c	0,2
As IST podem ser apanhadas mais do que uma vez	5,3 ^a	<0,1	2,0 ^b	0,3	2,8 ^b	0,2
Saber se tem uma IST pelo aspecto	3,2 ^b	0,2	2,9 ^b	0,2	1,1 ^b	0,5

a – Teste do qui-quadrado (χ^2)

b -Teste do Rácio de Verossimilhança (G^2)

c – Teste exacto de Fisher (F)

Tabela A5.10. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual vaginal o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Conhecimentos face ao uso do preservativo na relação sexual vaginal	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Não concorda totalmente	7,3 ^a	<0,1	^b	0,4	1,3 ^a	0,2
Concorda totalmente						

a – Teste do qui-quadrado (χ^2)

b – Teste exacto de Fisher (F)

Tabela A5.11. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual oral o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Conhecimentos face ao uso do preservativo na relação sexual oral	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Não concorda totalmente	6,4 ^a	<0,1	^a	0,1	^a	0,6
Concorda totalmente						

a – Teste exacto de Fisher (F)

Tabela A5.12. Análise bivariada entre a variável dos conhecimentos face à utilização do preservativo na relação sexual anal e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Conhecimentos face ao uso do preservativo na relação sexual anal	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Não concorda totalmente	16,0 ^a	<0,1	^b	0,1	15,0 ^a	<0,1
Concorda totalmente						

a – Teste do qui-quadrado (χ^2)

b – Teste exacto de Fisher (F)

Tabela A5.13. Análise bivariada entre as variáveis do comportamento sexual e o comportamento de utilização do preservativo durante as relações sexuais do tipo vaginal, oral e anal – teste e valor da prova.

Comportamento Sexual	Utilização do preservativo durante relação sexual vaginal		Utilização do preservativo durante relação sexual oral		Utilização do preservativo durante relação sexual anal	
	Teste	p	Teste	p	Teste	p
Experiência relação sexual	^b	1	*	*	*	*
Experiência relação sexual com parceiros do mesmo sexo	^b	1	^b	0,6	^b	0,5
Experiência relação sexual vaginal	*	*	*	*	*	*
Experiência relação sexual oral	6,1 ^a	<0,1	*	*	^b	0,7
Experiência relação sexual anal	3,0 ^a	<0,1	^b	0,2	*	*
Experiência relações sexuais sob influência do álcool	3,7 ^a	<0,1	^b	0,6	^b	1
Experiência relações sexuais sob influência de drogas	^b	<0,1	^b	1	^b	0,5
Partilha de seringas	*	*	*	*	*	*
Idade na 1. ^a relação sexual	2637 ^d	0,2	263 ^c	0,4	0,6 ^c	0,52
N.º de parceiros sexuais nos últimos 6 meses	-1,8 ^c	<0,1	168,5 ^e	<0,1	242 ^d	0,5
N.º de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo no último mês	4,5 ^d	0,6	1 ^e	1	4 ^d	1

a – Teste do qui-quadrado (χ^2)

b – Teste exacto de Fisher (F)

c – Teste t de Student (t)

d – Teste de Mann-Whitney (U)

* Dados não obtidos.