



Estilos de vida dos adolescentes: sexualidade e actividade física

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Exercício e Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, ao abrigo do Decreto-Lei 74/2006, de 24 de Março.

Orientador: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Autor: Maria José Rodrigues Fernandes Afonso

Bragança, Junho de 2011

Afonso, MJ. Estilos de vida dos adolescentes: sexualidade e actividade física.
Tese de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2011.

Palavras-chave:

ADOLESCÊNCIA

CONHECIMENTO

COMPORTAMENTO SEXUAL

EXERCÍCIO FÍSICO

SAÚDE

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não seria realizada sem o valioso contributo de inúmeras pessoas.

À Professora Doutora Teresa Correia pela qualidade da sua orientação técnica e científica. Pelo estímulo, disponibilidade e apoio nos momentos de dúvida. A sugestão e a crítica oportuna permitiram-me ganhar coragem para concluir este trabalho.

À Dra. Celeste pela colaboração no processamento informático.

Às Direcções e Comissões de Pais das Escolas Secundárias Emídio Garcia e Miguel Torga, bem como aos professores, pela colaboração e empenho pessoal demonstrado na fase de colheita de dados.

A todos os adolescentes que integraram a amostra deste estudo, sem os quais não seria possível a concretização desta investigação.

À minha família, em especial à Ariana pelo precioso apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABELAS	xi
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	xvii
INTRODUÇÃO	19
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA	21
1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS DE ADOLESCÊNCIA/JUVENTUDE	21
2. DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	23
3. COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES.....	25
3.1. Início da actividade sexual	25
3.2. Contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce ..	26
3.3. Violência	30
4. ACTIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO E SEDENTARISMO NA ADOLESCÊNCIA	32
5. BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES	35
6. DETERMINANTES DA ACTIVIDADE FÍSICA: IDADE, SEXO E ESTATUTO SOCIAL E ECONÓMICO	36
7. O ADOLESCENTE E OS CONTEXTOS SOCIAIS: FAMÍLIA, PARES E ESCOLA.....	38
8. RELAÇÃO SEXUALIDADE/EDUCAÇÃO SEXUAL E ACTIVIDADE FÍSICA ..	43

9. PROBLEMA.....	44
10. OBJECTIVOS.....	44
10.1. Objectivo geral	44
10.2. Objectivos específicos.....	44
11. HIPÓTESES.....	44
11.1. Hipótese Geral	44
11.2. Hipóteses Secundárias.....	44
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	47
1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	47
1.1. Tipo de Estudo.....	47
1.2. Amostra	47
1.3. Variáveis	47
1.4. Procedimentos para a recolha de dados	50
1.5. Instrumento de recolha de dados.....	50
1.6. Considerações éticas	52
1.7. Procedimentos estatísticos	52
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
2.1. Análise descritiva	53
2.1.1. Caracterização das variáveis sociais, demográficas e escolares	53
2.1.2. Caracterização das variáveis sobre conhecimentos e fontes de informação.....	55
2.1.3. Caracterização das variáveis sobre a opinião dos adolescentes em relação a estruturas de apoio.....	57
2.1.4. Caracterização das variáveis sobre comportamentos sexuais	58

2.1.5. Caracterização das variáveis sobre orientação sexual e satisfação com a sexualidade	61
2.1.6. Caracterização das variáveis sobre a violência	61
2.1.7. Caracterização das variáveis sobre actividade física	62
2.2. Análise inferencial.....	68
2.2.1. Conhecimentos dos adolescentes	68
2.2.2. Comportamentos sexuais dos adolescentes	72
2.2.3. Prática de actividade física	75
2.2.4. Associação entre os comportamentos sexuais e o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física.....	76
3. DISCUSSÃO.....	77
3.1. Discussão da metodologia	77
3.2. Discussão dos resultados	78
3.2.1. Conhecimentos e fontes de informação dos adolescentes.....	78
3.2.2. Comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade	80
3.2.3. Prática de actividade física dos adolescentes	81
3.2.4. Associação entre os comportamentos sexuais e o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física.....	82
4. CONCLUSÕES.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	xcix
ANEXO I – Instrumento da recolha de dados.....	ci
ANEXO II – Pedidos de autorização para realização do estudo	cxii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Frequência relativa dos adolescentes que cumprem as recomendações da OMS para a prática de actividade física. 66

Figura 2 – Frequência relativa referente às pessoas que influenciam os adolescentes na prática de actividade física. 67

Figura 3 – Frequência relativa do tempo diário dispendido a ver televisão, a jogar playstation ou no computador. 68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociais e demográficas da amostra.	54
Tabela 2 – Características das variáveis escolares da amostra.....	55
Tabela 3 – Características das variáveis sobre os conhecimentos dos adolescentes.	56
Tabela 4 – Características das variáveis sobre as fontes de informação procuradas pelos adolescentes.....	57
Tabela 5 – Características das variáveis sobre a opinião dos adolescentes em relação à necessidade de uma estrutura de apoio na saúde sexual e reprodutiva.	58
Tabela 6 – Características das variáveis sobre comportamento sexual.....	59
Tabela 7 – Características das variáveis sobre utilização de métodos contraceptivos.	60
Tabela 8 – Caracterização das variáveis sobre orientação sexual e satisfação com a sexualidade	61
Tabela 9 – Características das variáveis sobre violência.....	62
Tabela 10 – Características das variáveis sobre esforços físicos (andar, realizar pequenas tarefas).	63
Tabela 11 – Características das variáveis sobre actividade física fora da escola (andar de bicicleta, correr).....	64
Tabela 12 – Características das variáveis sobre desporto fora da escola (estruturado).....	65
Tabela 13 – Características das variáveis sobre desporto escolar.	66
Tabela 14 – Características das variáveis sobre motivos que levam à prática desportiva.....	67
Tabela 15 – Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não sobre o conceito de planeamento familiar.	69
Tabela 16 – Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não das doenças sexualmente transmissíveis.	70

Tabela 17 – Distribuição dos participantes de acordo com o conhecimento dos métodos para evitar a gravidez.	71
Tabela 18 -Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (conhece) ou não a actual lei sobre educação sexual nas escolas. ...	72
Tabela 19 – Actividade sexual de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes na actividade sexual.....	73
Tabela 20 – Idade de inicio da actividade sexual de acordo com as características dos alunos, resultados dos testes de independência e determinantes na idade de início da actividade sexual.	74
Tabela 21 – Utilização do preservativo de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes na utilização consistente do preservativo.	74
Tabela 22 – Cumprimento das recomendações para a prática de actividade física de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas orientações.	75
Tabela 23 – Comportamento referente à actividade sexual dos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas orientações.	76
Tabela 24 – Comportamento referente à idade de início da actividade sexual dos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas regras.....	76
Tabela 25 – Comportamento referente ao uso do preservativo pelos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas recomendações.	77

RESUMO

Introdução: Na sociedade contemporânea assistimos a transformações sociais que interferem directamente com os comportamentos e atitudes dos adolescentes. Sendo a adolescência a etapa da vida em que a construção de valores e a maturidade estão em consolidação é também neste período que eles adoptam muitos comportamentos nocivos à sua saúde.

Este estudo tem como objectivo analisar a associação entre a sexualidade e a prática de exercício físico nos adolescentes.

Material e métodos: Foi desenvolvido um estudo transversal e inquiridos 530 alunos de escolas secundárias de Bragança. A recolha de dados foi realizada durante os meses de Outubro a Dezembro de 2010. A informação foi recolhida através de um questionário aprovado pelo Ministério da Educação após solicitação de autorização às Escolas.

Resultados: Os resultados mostram que 56,6% pertencem ao sexo feminino. Observa-se que 99,4% dos alunos inquiridos tem conhecimento sobre as DST (Sida e Hepatite B) e que todos conhecem algum método contraceptivo. Desta amostra 34,9% assumiu a utilização de algum método contraceptivo. Destes observa-se que 82,2% utiliza o preservativo, sendo que 84,9% o faz de forma consistente. A média de idade da primeira relação sexual situa-se nos 15,4 anos. Do total dos adolescentes inquiridos apenas 31,2% cumpre as recomendações da OMS (60 minutos de actividade física, pelo menos 5 dias por semana a uma intensidade no mínimo moderada).

Conclusões: Os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual apresentam cerca de duas vezes (OR=1,875) mais probabilidade de cumprirem as recomendações para a prática de actividade física.

Palavras-chave: adolescência, conhecimento, comportamento sexual, exercício físico, saúde.

ABSTRACT

Introduction: In contemporary society we have witnessed social changes that interfere directly with behaviors and attitudes of adolescents. Since adolescence is the stage of life in which the building of values and maturity are in consolidation, it is also in this period that they take many behaviors that are harmful to their health.

This study aims to examine the association between sexuality and physical activity in adolescents.

Materials and Methods: We developed a cross-sectional study and we surveyed 530 secondary school students from Bragança. Data collection was performed during the months of October to December 2010. The information was collected through a questionnaire approved by the Ministry of Education after authorization request to the Schools.

Results: The results show that 56.6% were female. It is observed that 99.4% of students surveyed have knowledge about STDs (AIDS and Hepatitis B) and they all know some contraceptive method. 34.9% of this sample stated having used some contraceptive method. Of these it is observed that 82.2% use condoms, 84.9% of them doing it consistently. The average age for the first intercourse is 15.4. Of the total respondents only 31.2% adolescents follow the WHO recommendations (60 minutes of physical activity at least 5 days per week in an, at least, moderate intensity).

Conclusions: Adolescents who have started sexual activity had approximately two times (OR = 1.875) more probability to follow recommendations for physical activity.

Keywords: adolescent, knowledge, sexual behavior, exercise, health.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DGIDC - Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

PNS – Plano Nacional de Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

AF – Actividade Física.

GTES - Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde/Educação Sexual.

DE – Desporto Escolar.

FNUAP - Fundo das Nações Unidas para a População.

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva.

INTRODUÇÃO

A fase da adolescência permite a experiência da autonomia, a formação das características individuais e a aquisição de normas de conduta e valores que definirão a personalidade do indivíduo. Estas alterações verificam-se ao nível do estado fisiológico, cognitivo, afectivo, social e moral, assim como no domínio da construção da sua identidade e autonomia (Sousa, 2008).

É igualmente um período complexo e de considerável risco para a saúde (Oliveira, 2009). Contudo pode também ser um tempo crítico para as intervenções da promoção de saúde e de estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde nos adolescentes é uma área de preocupação, pois nesta etapa pode existir uma experimentação de comportamentos de risco. Entre estes comportamentos, destacam-se os níveis insuficientes de actividade física e comportamento sexual inseguro (Barros, 2008). Por isso, os adolescentes têm obtido uma atenção especial por parte de estudiosos, investigadores, políticos e da sociedade em geral, pois parece ser nesta fase da vida que os hábitos e os comportamentos são formados e reflectir-se-ão para a idade adulta. A prática de actividade física pelos jovens, provavelmente, torná-los-á adultos fisicamente activos, como enfatizam alguns autores (Twisk, 2001; Mota e Sallis, 2002; Esculcas, 2005).

Para Mota (2002) é fundamental a consciencialização dos pais, escola e comunidade em geral, para a promoção de actividades simples, que determinem um estilo de vida activo e reduzam comportamentos sedentários, atitudes essas que devem ser encaradas como medidas de promoção de saúde e prevenção de doença (Rosenberg, 2008).

A escola, onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo, é um local privilegiado do ponto de vista da aquisição de comportamentos e hábitos saudáveis (Correia, 2004).

Assim, tendo em conta que as transformações sociais da sociedade actual interferem directamente com os comportamentos e atitudes dos adolescentes, para que seja viável promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis, é necessário compreender a dinâmica da saúde - doença nas pessoas, nos grupos e na comunidade. Por isso, torna-se fundamental conhecer o que os

adolescentes pensam, sabem e querem quanto à saúde sexual e práticas de actividade física, numa perspectiva de formulação de estratégias que promovam a saúde e o bem-estar, entendido como condição básica de desenvolvimento.

No seguimento desta introdução, o corpo principal do presente trabalho estrutura-se essencialmente em duas partes distintas.

Na primeira parte procede-se à revisão da literatura considerada pertinente, actualizada, publicada sobre a temática em estudo. Inicia-se por uma definição de adolescência, aborda-se o desenvolvimento da sexualidade e alguns comportamentos sexuais relativos a este período do desenvolvimento. Abordam-se também os comportamentos de actividade física e a sua importância nesta faixa etária e ainda os seus determinantes. Salienta-se a influência dos contextos sociais nos comportamentos sexuais e de actividade física.

Na segunda parte desenvolve-se o estudo empírico que integra a metodologia da investigação. Referem-se as características principais da amostra em estudo e os critérios de inclusão. Descrevem-se exhaustivamente os procedimentos e a aplicação do instrumento de recolha de dados. Faz-se referência às considerações éticas e regras de conduta observadas neste estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia (2002).

Finalmente segue-se a apresentação e discussão dos resultados e as respectivas conclusões.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

1. DEFINIÇÃO E CONCEITOS DE ADOLESCÊNCIA/JUVENTUDE

A adolescência é conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. O conceito de adolescência como etapa distinta do ciclo de vida é relativamente recente e a suas delimitações de início e de fim variam ao longo das gerações e de uma sociedade para outra (Bedin, 2009). Foi a partir dos anos cinquenta que a adolescência deixou de ser integrada e estudada na área da saúde infantil mas também não o sendo na saúde do adulto. Apesar desta autonomia, não existe um limite objectivamente definido sobre o seu final. O início da adolescência associa-se, no entanto, com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e varia de cultura para cultura (Júnior, 1991). Apesar dessas variações, esta etapa apresenta algumas características comuns a todos os adolescentes que se relacionam com aspectos biológicos (modificação corporal), psicológicos (aceitação das modificações do próprio corpo) e sociais (adaptação ao modo como os outros o vêem e lidam com ele pelo facto de estar a mudar). Sendo este um processo individual é vivenciado de forma diferente pelos adolescentes (Torres, 2007).

A adolescência é considerada uma fase da vida da pessoa em que existe uma transição de ciclo vital de extrema importância em termos de transformações pessoais. Esta etapa é um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, caracterizado por uma profunda revolução de cariz biológico, físico, social e cultural, que marca a transição do estado infantil para o estado adulto (Sampaio, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (1977) define adolescência como o período da vida que vai precisamente dos 10 anos até aos 19 anos de idade. De acordo com a mesma Organização a juventude corresponde ao período entre os 15 e os 24 anos de idade.

Alguns autores dividem o ciclo da adolescência em três períodos. Barbosa (1985) considera a pré-adolescência (12-15 anos), caracterizada pela adaptação dos jovens às rápidas mudanças físicas e pela luta contra os sentimentos de solidão e de isolamento. A adolescência propriamente dita (15 -18 anos), em que

o jovem procura a sua independência emocional em relação aos pais, com autonomia crescente do pensamento em que os amigos ganham maior importância. Finalmente a fase da autonomia da identidade após os 18 anos.

Um pouco mais tarde estes três períodos continuam como referência e com características idênticas, considerando-se a primeira fase entre os 13 e os 15 anos de idade, caracterizando-se pela preocupação face ao seu corpo em transformação. A fase média, dos 15 aos 18 anos, classificando-se como a do sonho social, a fase do grupo de jovens, em que o adolescente luta pela sua autonomia face à família e continua a construir o seu espaço privado. A terceira fase, dos 18 anos até ao fim da adolescência caracterizado pela formação do carácter e da identidade (Sampaio, 1997).

Também Whaley (1999) descreve a adolescência como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. É uma época de maturação física, social e emocional. Neste período, existe uma divisão de acordo com o estágio de desenvolvimento em que as modificações vão surgindo. Assim, uma adolescência inicial dos 11 aos 14 anos, adolescência média, entre os 15 e 17 anos, e finalmente a adolescência tardia dos 18 aos 20 anos. Sendo um processo dinâmico de acesso aos valores Humanos e ao *Eu* próprio, processo esse que poder-se-á referir aos seguintes momentos fundamentais: descoberta do *Eu* (egotismo da pré-adolescência e preparação para os processos adaptativos), formação de um plano de vida (processo de maturação afectiva, intelectual e adaptativa) e ingresso numa forma de vida (definição dos valores e interesses pessoais).

O *Fundo das Naciones Unidas* (2002) divide o período da adolescência também em três fases, sendo elas a adolescência inicial, dos 10 aos 14 anos de idade, a média, dos 15 aos 16 anos de idade e a tardia, dos 17 aos 19 anos de idade.

A adolescência poderá então definir-se como um processo evolutivo do ser humano marcado pelo desenvolvimento e transformações a diferentes níveis, em que a construção de valores e a maturidade estão em consolidação.

2. DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade faz parte da vida de todas as pessoas. É universal e ao mesmo tempo, singular para cada indivíduo, envolvendo aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais que carregam historicidade, práticas, atitudes e simbolizações (Ressel, 2003). A sexualidade depende de quatro factores psicossociais que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais. São eles:

- A identidade de género, relacionada com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se muito precocemente na infância. Resulta de uma série de experiências com familiares, com os pares e de fenómenos culturais;
- A identidade sexual, padrão definido pelas características biológicas e sexuais;
- A orientação sexual, que descreve o objecto dos impulsos sexuais: heterossexual, homossexual ou bissexual (leva a uma heterogeneidade dos comportamentos);
- O comportamento sexual que inclui o desejo, as fantasias e a procura de parceiros (Sadock, 2005).

Neste contexto, a conduta sexual é um dos comportamentos humanos mais significativos em qualquer idade ao longo do ciclo vital. Em cada período da vida, um indivíduo apresenta características próprias e distintas, influenciadas por factores biofisiológicos e psicossociais. Assim, na adolescência, ao nível da sexualidade acontecem processos de mudança e de maturação que irão marcar a personalidade do indivíduo. Começa com a puberdade, caracterizada por mudanças morfológicas e psicológicas. Para além das alterações do ponto de vista biológico, em que o adolescente tem que se confrontar com o corpo em transformação ao nível da estatura, peso, distribuição de massa adiposa, problemas na pele, mudança de traços fisionómicos e mudanças ligadas ao aparecimento de características sexuais secundárias (peito, pelos púbicos, voz), também do ponto de vista afectivo, cognitivo e social se fazem sentir essas alterações (Nodin, 2001).

Este processo, inicia-se cerca de dois anos antes nas raparigas, e neste sentido, são fisiologicamente mais velhas do que os rapazes. Nas raparigas, os primeiros sinais externos acontecem com o desenvolvimento do tecido mamário e o

aparecimento dos primeiros pêlos púbicos e axilares. A nível interno dá-se o desenvolvimento de todo o aparelho genital e reprodutor, culminando com o aparecimento da menarca (em média por volta dos 12 anos de idade) e com ela a possibilidade de concepção.

Nos rapazes, o primeiro sinal está relacionado com o crescimento do tamanho dos testículos, seguindo-se o aparecimento dos pêlos púbicos, axilares e no resto do corpo. A alteração do som e tonalidade da voz é outra característica marcante (Tyrode, 2002). Estas modificações repercutir-se-ão na forma de estar e de ser do adolescente para lidar com sua nova imagem corporal. As mesmas alterações hormonais que conduzem à maturidade reprodutiva também desencadeiam alterações emocionais que se traduzem no desejo sexual, sendo este o foco das preocupações e interrogações dos adolescentes. É por isso necessário conhecer e associar as componentes biológica, psicológica e antropológica da sexualidade a fim de compreender melhor as preocupações, dúvidas e angústias dos jovens, relacionadas com o corpo sexuado e a sua normalidade, o seu potencial sexual e as relações que estabelecem com os outros (Pelège & Picod, 2006).

Os riscos ligados à actividade sexual, designadamente o uso inconsistente de contracepção e do preservativo (Correia, 2004; Beadnell, 2005; Brook, 2006), o elevado número de parceiros sexuais (Correia, 2004), a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Eaton et al., 2005), tornam os adolescentes/jovens um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva a nível mundial (Matos et al., 2003; FNUAP, 2005).

Poder-se-á então dizer que a sexualidade é um conceito abrangente que engloba várias dimensões do ser humano, desde o conhecimento anatómico e fisiológico de ambos os sexos e as mudanças que vão ocorrendo, à identidade sexual, aos comportamentos, afectos e sentimentos em relação a cada indivíduo e na relação com outros.

Assim, a sexualidade é vivida por cada adolescente de forma diferente, em função das suas experiências individuais, dependendo das aprendizagens efectuadas ao longo do seu processo de desenvolvimento e na interacção com o meio envolvente.

3. COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

3.1. Início da actividade sexual

O início da actividade sexual na adolescência ocorre em idades cada vez mais precoces e a sua prática regular integra uma parte significativa da população adolescente (Cano, 2000; Correia, 2004; Vieira, 2006). Esta mudança no comportamento sexual resultou, em parte, de transformações nos valores que tiveram início nos anos 60, com o surgimento da pílula anticoncepcional. Este dispositivo contraceptivo, mais eficaz que os anteriormente utilizados, permitiu que o sexo, que estava intimamente vinculado à função reprodutiva, passasse a ser evidenciado sob a óptica do prazer (Neiverth, 2002).

A primeira relação sexual é uma das razões para o comportamento sexual desprotegido entre adolescentes, já que eles não acreditam na existência do risco de gravidez e doenças. No entanto, há adolescentes que se percebem conscientes do problema, estando fora da situação de risco, para estes o uso do preservativo é prioridade, fazendo parte de um comportamento saudável (Romero, 2007).

Vários estudos realizados a nível mundial demonstram que os adolescentes iniciam a sua actividade sexual precocemente, situando-se a média entre os 13 e os 15 anos de idade. No Canadá, num estudo com 797 adolescentes do sexo feminino e idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, verificou-se que 27,8% tiveram relações sexuais antes dos 15 anos. A média de idade da primeira relação sexual situou-se nos 14,4 anos (Langille et al., 2010).

Num estudo realizado com estudantes do ensino secundário dos EUA concluiu-se que 48,0% tinham experimentado a iniciação sexual, dos quais 7,0% antes dos 13 anos de idade (March, 2010).

Na Grécia, num estudo transversal constituído por uma amostra aleatória estratificada de 1538 adolescentes que frequentavam 20 escolas secundárias públicas, 16,0% das raparigas já tinham tido relações sexuais, enquanto nos rapazes a proporção em relação a este comportamento era de 01/03. A média de idade do início da actividade sexual ocorreu aos 14 anos de idade (Tsitsika, 2010).

Noutra pesquisa realizada em oito países africanos, com uma amostra de 10070 crianças em idade escolar com 15 anos, concluiu-se que 27,3% haviam experimentado a iniciação sexual antes dos 15 anos, 38,1% entre os rapazes e 15,8% entre as raparigas (Peltzer, 2010).

No Brasil, num estudo transversal com adolescentes do sexo feminino com menos de 15 anos e sexualmente activas, concluiu-se que 80% haviam iniciado a actividade sexual antes dos 13 anos de idade (Teixeira, 2010).

Em Portugal a idade da primeira relação sexual parece não estar distante da dos restantes países mundiais. Estudos realizados (Correia, 2004; Matos, 2006) referem que os adolescentes iniciaram a sua vida sexual, em média, por volta dos 14 anos.

O início da actividade sexual precoce na adolescência gera algumas preocupações pelo facto de ser um comportamento de risco, pois reconhece-se que existe, por parte dos adolescentes, alguma negligência em relação às práticas contraceptivas e o desconhecimento ou falta de informação sobre questões ligadas à sexualidade.

3.2. Contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce

A literatura aponta diferentes comportamentos em relação à utilização de métodos contraceptivos pela população adolescente. Há adolescentes que utilizam a contracepção como regra, enquanto outros negligenciam este meio de prevenção.

O motivo pelo qual alguns adolescentes não usam anticoncepcionais, não parece ser a falta de informação sobre a necessidade de se utilizar métodos contraceptivos nas relações sexuais. O que ocorre é que a informação não se traduz em comportamento efectivo para implementar um comportamento contraceptivo adequado. Mesmo quando existe conhecimento suficiente e acesso a algum método contraceptivo, pode existir ambivalência quanto ao uso (Guimarães, 2007), pois utilizá-lo implica assumir e expressar a sua sexualidade o que pode ser algo difícil para os adolescentes, especialmente do sexo feminino (Sousa, 2009). As raparigas esperam que o parceiro tenha o preservativo na

hora de o usar, pois não consideram responsabilidade sua. Isto aumenta a vulnerabilidade feminina em relação às doenças sexualmente transmissíveis (Taquette, 2005). Por outro lado, existe ainda o mito de que um acto sexual sem protecção é considerado mais romântico (Jackson, 2005).

Num estudo com adolescentes grávidas observou-se que 67,3% das jovens, apesar de possuírem um bom nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos, não utilizaram método algum na primeira relação. As principais razões citadas para o não uso dos métodos contraceptivos foram: não pensaram nisso na hora (32,4%), desejavam a gravidez (25,4%), não esperavam ter relação sexual naquele momento (12,7%), não conheciam nenhum método contraceptivo (11,3%), os parceiros não queriam usar (8,5%) e 5,6% não se importavam ficar grávidas (Belo, 2004).

Numa pesquisa na Califórnia, com uma amostra de 4557 adolescentes de 14 escolas públicas, concluiu-se que 9,0% dos jovens já tinham tido relações sexuais, dos quais, 69,0% usaram preservativo na última relação sexual (De Rosa, 2010).

Num outro estudo realizado na Grécia, numa amostra de 1538 adolescentes, verificou-se que 16,0% eram sexualmente activos, destes, 96,6% usaram preservativo (Tsitsika, 2010).

Também em Portugal, o uso de métodos contraceptivos, essencialmente o uso do preservativo entre a população adolescente parece ser variável. Num estudo nacional realizado por Correia (2004), dos jovens que haviam iniciado a actividade sexual, apenas 55,4% referiram o uso consistente do preservativo.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) realizou um estudo entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006, para a população feminina, no grupo etário entre os 15 e os 19 anos. Verificou-se que no momento das relações sexuais, 80,2% no Continente, 74,4% nos Açores e 84,9% na Madeira não recorreram a nenhum método contraceptivo.

Num estudo epidemiológico e laboratorial sobre infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes, foram incluídas 403 adolescentes, grávidas e não grávidas, seguidas na Maternidade Alfredo da Costa e Hospital de Santa Maria durante os anos de 2005 a 2007. O uso consistente do preservativo pelos parceiros foi referido em apenas 8,0% da população estudada, em contraste com o uso de anticonceptivos hormonais em 35,0% das adolescentes. No

entanto, 45,0% das inquiridas nunca usaram preservativo (Costa, 2010). Noutra pesquisa desenvolvida em adolescentes portugueses concluiu-se que 93,0% usou preservativo na última relação sexual (Matos, 2006).

O facto de os adolescentes negligenciarem o uso do preservativo pode contribuir para uma propagação das DST, tornando-se um problema para a saúde dos adolescentes. Dados do Instituto Ricardo Jorge (2010) em relação aos casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (doença de declaração obrigatória desde 2005), diagnosticados na faixa etária entre os 15 e os 19 anos representam 1,1% do total de casos diagnosticados entre 01/01/1983 e 31/12/2009, correspondendo a 170 casos. Destes 107 eram do sexo masculino e 63 do sexo feminino.

Em relação à contracepção de emergência, na literatura surgem informações sobre pesquisas que apontam para o conhecimento e uso adequado por alguns adolescentes, mas também, para o desconhecimento e o uso incorrecto por parte de outros. Num estudo desenvolvido com 69 adolescentes latino-americanas residentes no Texas e Estados Unidos, verificou-se que 24,6% tinham informações sobre contracepção de emergência, mas apenas 12,0% delas conheciam o uso correcto Romo (2004). Numa pesquisa realizada na Grécia, concluiu-se que 8,2% das raparigas sexualmente activas usaram a anticoncepcional de emergência (Tsitsika, 2010).

Em Espanha, num estudo transversal, para descrever os hábitos de saúde dos adolescentes entre os 14 e os 18 anos, foi utilizada uma amostra de 390 alunos, dos quais 28,2% das raparigas já tinham usado a contracepção de emergência em algum momento (Lopez-Amoros, 2010).

Em Portugal, a Lei sobre a contracepção de emergência (2001) visa, essencialmente, reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência.

Realizou-se um estudo em escolas da região do Douro, com alunos do 10º ao 12º ano de escolaridade. Foram questionados sobre os conhecimentos acerca da contracepção de emergência. Concluiu-se que a maioria (89,5%) dos alunos não tinha conhecimento efectivo do método. Apenas 10,5% de alunos tinham conhecimento efectivo. Destes, o sexo feminino com uma percentagem de 8,1%, contra apenas 2,4% do sexo masculino. Dos alunos que têm conhecimento efectivo, 8,4% não utilizou a contracepção de emergência (Castro, 2009).

No sentido de capacitar os adolescentes, os debates sobre contracepção de emergência devem sobretudo enfatizar o que seja emergência, apontar os riscos a ela inerentes e dar prioridade a todas as acções de educação sexual, como processo de formação da decisão responsável de ter relação sexual (Wynn, 2006).

A falta de medidas contraceptivas adequadas pode também conduzir a uma situação de gravidez, muitas vezes indesejada, acarretando para os adolescentes um acréscimo de responsabilidades, para as quais podem não estar preparados. Estabeleceu-se uma ideia implícita de adolescência na qual a gestação não está incluída como experiência normativa. Pelo contrário, ela é vista como um desvio de percurso, um evento supostamente não desejado pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerada uma boa adolescência (Oliveira, 2009). Expressões como gravidez precoce, indesejada, não planeada e de risco são utilizadas para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenómeno (Dias 2006; Gonçalves et al., 2006). A gravidez na adolescência é considerada uma situação de risco (Silveira, 2004) podendo surgir algumas complicações como tentativas de aborto, anemia, desnutrição, hipertensão e depressão pós-parto (Belarmino, 2009) ou ainda estar relacionada com comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (Chalem, 2007).

De acordo com o relatório da OMS (2004), a taxa de gravidez na adolescência nas diferentes regiões do globo é muito variada. Nos países de África, a taxa média de nascimentos entre jovens dos 15 aos 19 anos é de 143/1000. Nos países do Médio Oriente e Norte de África a taxa média de nascimentos de bebés de mães entre os 15 e os 19 anos é de 56/1000. Na Ásia e Pacífico a taxa média é também de 56/1000. Na Europa, a taxa média de nascimentos em adolescentes dos 15 aos 19 anos é de 25/1000. A Holanda é actualmente o país da União Europeia com menor taxa de gravidez na adolescência, 1,4% por 100 nados vivos.

Em Portugal, no âmbito das políticas de saúde tem havido a preocupação de privilegiar a prevenção da gravidez na adolescência, através do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 e da Resolução da Assembleia da República (2007)

com a promoção de campanhas de informação e sensibilização dirigidas a adolescentes e jovens sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Apesar de o nosso país ser considerado actualmente o segundo da União Europeia com maior taxa de gravidez na adolescência, a seguir ao Reino Unido, segundo dados do PNS o número de nados vivos em mulheres adolescentes com idade inferior a 20 anos por 100 nados vivos tem vindo a decrescer em Portugal Continental. Entre 2001 e 2009 o valor deste indicador diminuiu de 5,9 para 4,2, alcançando a meta estipulada para 2010 (menos de 5 por 100 nados vivos).

Perante os dados referidos, parece ser evidente a preocupação dos diferentes países em reduzir a taxa de gravidez na adolescência, através de políticas de saúde nesse sentido, o que de algum modo estará a surtir os seus efeitos.

No entanto, outros comportamentos estão a ser fonte de preocupação, como a violência entre os adolescentes.

3.3. Violência

A violência diz respeito ao uso intencional da força física ou poder, dirigido contra si próprio, contra outro indivíduo ou contra um grupo/comunidade (OMS, 2002).

Alguns autores (Costa, 2000; Coimbra, 2007), consideram que os actos de violência podem ser de natureza física, psicológica, sexual e mais recentemente, o *cyberbullying*, o abuso através de meios electrónicos e novas tecnologias da comunicação (Li, 2006). Estes tipos de violência podem surgir concomitantemente. No abuso físico, o agressor recorre à força física ou à restrição para provocar danos ou injúrias a outrem; na agressão psicológica existe um padrão de agressão verbal ou não verbal, com a intenção de causar sofrimento psicológico no outro, desvalorizando-o constantemente; a violência sexual diz respeito a toda a pressão física ou psicológica exercida sobre outrem, a fim de impor condutas sexuais não desejadas (Barreiros, 2009).

O fenómeno da violência está também intimamente associado aos princípios fundamentais da democracia e à defesa dos direitos humanos (Amado, 2005). Embora comece a emergir o conceito de igualdade, de liberdade e respeito pela

escolha da identidade sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual) e outros comportamentos, os padrões que a sociedade incorporou como normalidade ainda têm grande peso na forma de pensar e de agir dos adolescentes, sendo a população homossexual a mais odiada, reflectindo os altos índices de assassinato de natureza homofóbica (Castro, 2004). No entanto, a agressão, os abusos sexuais, físicos ou psicológicos são frequentes também entre os adolescentes heterossexuais e inclusive no seio familiar e em meio escolar. Apesar de não ser um fenómeno novo, nos últimos anos a violência nas escolas tornou-se num tópico de investigação com projecção mediática, na sequência de actos de violência realizados por crianças e adolescentes (Machado, 2003).

Num estudo realizado no Brasil, 58,0% dos adolescentes inquiridos relataram ter sido vítimas de violência no ambiente familiar e 13,0% sofreram abuso sexual (Teixeira, 2010).

Em Portugal realizou-se um estudo com 7.511 adolescentes, com idades entre 15 a 19 anos de idade, matriculadas em escolas públicas. Teve como objectivo estimar a prevalência de envolvimento dos jovens na violência, medida através da participação em brigas (de ordem física, sexual ou emocional). Concluiu-se que o tipo de violência mais frequentemente relatado foi o abuso emocional, 15,6%. Os rapazes estiveram mais envolvidos em lutas, 13,6% contra 3,6% das raparigas. O abuso físico foi de 19,5% nos rapazes contra 7,5% nas raparigas. A prevalência de abuso emocional nas raparigas foi de 16,2% e 14,8% nos rapazes. O abuso sexual, 2,0% nas raparigas e 1,8% nos rapazes (Sousa et al., 2010).

Noutro estudo constituído por uma amostra de 120 alunos de uma escola do Porto, concluiu-se que existe uma grande prevalência de comportamentos agressivos no contexto escolar. Dos participantes, 44,7% afirmaram ter sofrido alguma forma de violência. Os comportamentos agressivos são mais elevados entre os rapazes, 63,3%, contra 6,1% entre as raparigas (Espinheiro, 2010). No estudo europeu (HBSC 2006-2010), 7,6% dos adolescentes portugueses estiveram envolvidos como vítimas, no *cyberbullying* (Matos, 2011).

Não existe uma especificidade para a prática da violência. Vários factores podem favorecê-la, tais como os económicos, os sociais e culturais, os aspectos

de temperamento e influências familiares, de amigos, da escola e da comunidade (Lopes, 2005).

Devido ao aumento do número de agressões nas escolas e nas áreas envolventes, torna-se necessário fazer um diagnóstico da situação para poder agir no sentido de alterar estes comportamentos, envolvendo os jovens em actividades promotoras de saúde, como as actividades físicas, de modo a reduzir também os comportamentos sedentários.

4. ACTIVIDADE FÍSICA/EXERCÍCIO FÍSICO E SEDENTARISMO NA ADOLESCÊNCIA

A actividade física (AF) é um conceito que por vezes, no senso comum, é tido como um sinónimo de desporto ou de exercício físico. Embora os conceitos se relacionem, a literatura aponta para a distinção entre AF e exercício físico, sendo esta uma subcategoria da primeira. Assim, diferentes autores (Carpersen et al., 1985; Bouchard, 1993) definiram AF como qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em dispêndio energético para além do metabolismo de repouso, ou seja, todo e qualquer movimento corporal resultante da contracção músculo-esquelética levando a gasto energético. A AF é realizada de forma intencional, deste modo sempre que existam movimentos poder-se-á falar em AF quer sejam realizados em actividades de trabalho, lazer ou desporto (Maia et al., 2001).

Mota e Sallis (2002) consideram as actividades físicas/desportivas como actividades formais – estruturadas/competitivas - e actividades informais – não estruturadas/não competitivas. As actividades informais não são organizadas nem patrocinadas por escolas, clubes, entidades patronais ou qualquer outra organização. A participação espontânea é um critério essencial, pois são actividades voluntárias e não condicionadas por regras ou regulamentos, orientadas mais para a ocupação do tempo de lazer de uma forma prazenteira. A actividade física, englobando aqui o exercício físico e a prática desportiva, tem um papel fundamental na adopção de estilos de vida relacionados com a saúde. O exercício físico é, por sua vez, uma actividade planeada, estruturada e

repetitiva, tendo como objectivo final ou intermédio a melhoria ou manutenção da aptidão física (Caspersen et al., 1985).

A AF pode ser classificada, de acordo com a intensidade, em leve, moderada ou vigorosa (Ainsworth, 2000).

Implementar recomendações de AF que possam ajustar-se às crianças e adolescentes tem sido motivo de preocupação de diferentes organizações. As orientações para a AF nesta faixa etária têm sofrido alterações desde as primeiras recomendações no início dos anos 90. Alguns estudos têm dado um contributo de grande importância nesta matéria (Rowlands, 2007). Numa pesquisa desenvolvida pela OMS (2004), em adolescentes com idade inferior a 15 anos, salientou que dois terços dos adolescentes não cumpriam as linhas de recomendação da actividade física, isto é, uma hora ou mais por dia, a uma intensidade no mínimo moderada, em cinco ou mais dias da semana.

Um grupo de investigadores (Andersen et al. 2006), através de um estudo realizado com uma amostra de 1732 adolescentes da Dinamarca, Estónia e Portugal, concluíram que seriam necessários mais do que 60 minutos referenciados de actividade física moderada, por dia, para prevenir a associação de factores de risco cardiovasculares. Os resultados deste estudo mostraram que as crianças de 9 anos são mais activas, tendo conseguido 116 minutos em actividades moderadas e vigorosas, contra 88 minutos nas mesmas actividades em adolescentes de 15 anos de idade.

Ortega et al. (2007), suportaram a hipótese de que 60 minutos ou mais de actividade física diária, pode ser razoável, se quantidades suficientes de actividade física vigorosa forem acumuladas durante esse período. Os resultados deste estudo demonstraram a fraca prática de AF nos adolescentes, sendo que 71,0% dos rapazes e 60,0% das raparigas não cumpriam as recomendações de actividade física.

Tendo então como principal preocupação a diminuição dos níveis de AF e o aumento dos comportamentos sedentários na população jovem foi traçado um conjunto de medidas a implementar, destacando-se o programa de Actividade Física em Crianças e Adolescentes, US Department (2008), para a década 2000-2010, cujos objectivos 22-6 as 22-11 propunham o seguinte:

- (1) Aumentar para 35% o compromisso dos adolescentes com AF moderada pelo menos 30 minutos, em 5 ou mais dias da semana;

- (2) Aumentar para 85% o compromisso dos adolescentes com AF vigorosa pelo menos 20 minutos por dia, em três ou mais dias da semana;
- (3) Aumentar até 2010 a proporção do tempo lectivo semanal de Educação Física (EF) para todas as escolas públicas e privadas;
- (4) Aumentar o número de estudantes que participam diariamente nas aulas de EF até 50%;
- (5) Aumentar a percentagem de adolescentes que despendam pelo menos 50% de tempo da aula de EF em actividades moderadas a vigorosas;
- (6) Aumentar a proporção de adolescentes – alvo 75% – que vê televisão 2 ou menos horas por dia.

Apesar do reconhecimento da AF como um meio de melhorar os níveis de saúde, bem-estar físico, mental e social, a verdade é que informações mostram que a inactividade entre a população jovem mantém-se relativamente alta e poucos progressos têm sido feitos para reverter a situação (Andersen, 2006).

Estudos internacionais têm demonstrado elevada prevalência de comportamentos sedentários entre os adolescentes (Pate, 2006; Hallal, 2006; Riddoch, 2007). Outras pesquisas ainda mais recentes comprovam este facto. Tenório (2010) numa amostra de 4210 estudantes, dos 14 aos 19 anos de idade, sendo que 59,8% eram do sexo feminino, verificou que 70,2% das raparigas e 68,3% dos rapazes apresentavam níveis insuficientes de actividade física. Em relação à exposição a comportamentos sedentários, apurou uma prevalência de 40,9% nos dias de semana e 49,9% nos fins-de-semana.

Martinez-Gomez (2010) desenvolveu uma investigação com uma amostra de 425 adolescentes dos 13 aos 18,5 anos de idade. Concluiu que 53,0% passavam mais de 3 horas / dia assistir à televisão.

No estudo *Helena* desenvolvido por Ruíz et al. (2011), constituído por uma amostra de 2200 adolescentes europeus, com o objectivo de medir o nível de actividade física e de sedentarismo destes jovens, concluíram que 56,8% dos rapazes e apenas 27,5% das raparigas cumprem as recomendações da prática de actividade física de pelo menos 60 minutos diários a uma intensidade moderada a vigorosa. Este estudo mostrou ainda que os adolescentes gastam em média 9 horas diárias em comportamentos sedentários, 71,0% de prevalência.

Parece ser uma realidade, em todo o mundo, a existência de níveis elevados de inactividade física entre os adolescentes. Sendo a AF um comportamento saudável é de extrema importância transmitir essa mensagem à população jovem, porque estilos de vida activos, em conjunto com outros comportamentos considerados positivos, podem trazer benefícios para a saúde (Mota e Sallis, 2002).

5. BENEFÍCIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES

A AF habitual é um comportamento de grande importância para a promoção da saúde. Um estilo de vida saudável inclui a prática regular de exercício físico, proporcionando ao indivíduo benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais (Kesaniemi, 2001).

Autores como Kraut et al. (2003) e Gordon (2004) defendem que a prática ajustada de actividade física na adolescência traz vários benefícios para a saúde física e mental, seja por meio de uma influência directa sobre a morbidade na própria adolescência ou por uma influência mediada pelo nível de actividade física na idade adulta.

Por isso, cada vez mais se defende a teoria da prática de AF desde a infância. Criar um estilo de vida activo nas idades mais baixas, pode incrementar o gosto de ser fisicamente activo como adulto. A convicção de que crianças e adolescentes sedentários têm tendência a permanecerem na idade adulta, reforça a importância de proporcionar a estes grupos actividades físicas nas quais possam desenvolver conhecimentos, como os conceitos de aptidão física, fazendo com que acreditem no valor do exercício físico para a melhoria da saúde e do bem-estar geral (Janz, 2005).

Num estudo transversal realizado no Brasil com uma amostra de 2577 indivíduos, com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos de idade, cujo objectivo consistia em avaliar a associação entre a prática de actividades físicas sistematizadas na adolescência e o nível de actividade física na idade adulta. Concluiu-se que 54,9% dos inquiridos participaram em actividades físicas estruturadas, na adolescência (Azevedo, 2007).

A American Heart (2008) reconhece que a inactividade física é um dos maiores factores de risco para a contracção de determinadas doenças que afectam as diferentes faixas etárias, inclusive os adolescentes.

Uma adequada prática de AF auxilia os jovens a um desenvolvimento saudável dos tecidos, ossos e músculos, do sistema cardiovascular, ajuda a desenvolver consciência neuromuscular e a manter um peso saudável (OMS, 2008). A participação na AF pode ainda ajudar no desenvolvimento social dos jovens, proporcionando oportunidades para a auto-expressão, a busca da auto-confiança, interacção social e integração. Os jovens fisicamente activos mais facilmente adoptam outros comportamentos saudáveis (OMS, 2008a).

A escolha do tipo de exercício é importante em termos de benefícios para a saúde. O treino resistido quando comparado com o exercício aeróbio, apresenta gasto energético moderado enquanto contribuí para o aumento da força muscular e, conseqüentemente, da massa muscular, factor importante nos adolescentes (Poehlman, 2002).

Mediante benefícios tão importantes para a saúde dos jovens, é essencial conhecer quais os factores que determinam a prática de exercício físico, para compreender as razões que levam à diminuição da sua prática nesta faixa etária e tentar progressivamente reverter a situação.

6. DETERMINANTES DA ACTIVIDADE FÍSICA: IDADE, SEXO E ESTATUTO SOCIAL E ECONÓMICO

O hábito da prática de AF é um comportamento complexo e depende de vários factores (Bouchard, 1997). Os determinantes demográficos e biológicos não são passíveis de serem alterados na data da recolha da informação por causa do carácter transversal. Incluem normalmente a idade, o sexo e o estatuto social e económico (Carron, 2003). Pesquisas realizadas na Islândia (Vilhialmsson, 2003), em Portugal (Seabra, 2004), na Espanha (Súris, 2005), nos EUA (Duncan, 2005) e na Austrália (Cleland, 2005) basearam-se no estudo destes determinantes.

Com o avanço da idade, na adolescência, verifica-se uma diminuição da prática de AF, principalmente as actividades de intensidade vigorosa (Vilhialmsson,

2003; Súrís, 2005; Maia e Seabra, 2008). Outros investigadores (Lasheras, 2001; Woodfiel, 2002; Grunbaum, 2004) salientaram um declínio com o decorrer da idade das actividades de lazer de intensidade moderada a vigorosa e um aumento das actividades de baixa intensidade, as razões para tal declínio permanecem por esclarecer.

Entre os autores que ponderam os factores biológicos como responsáveis deste fenómeno (Rowland, 1998) refere a existência, no sistema nervoso central, de um centro de controlo com capacidade para governar a actividade física regular. Investigações realizadas posteriormente por Thorburn (2000) e Ingram (2000) defendem a teoria dos agentes biológicos, acrescentando que a dopamina seria responsável pela diminuição nos níveis de actividade física com a idade, já que ela está essencialmente associada à motivação para a realização de movimento, actuando em regiões específicas do cérebro, verificando-se a sua diminuição com o aumento da idade.

Estudos realizados, envolvendo a participação em actividades físicas, revelam a existência de diferenças entre os sexos, sendo o sexo masculino manifestamente mais activo (Wagner, 2002; Oehlschlaeger, 2004; Surís, 2005; Maia e Seabra, 2008; Matillas, 2011). As razões para explicar tal diferença não são unânimes. Os factores de carácter biológico, como por exemplo, o aumento da gordura corporal, o alargamento pélvico ou o desconforto do período menstrual poderão ser razões suficientes para o menor envolvimento em actividades físicas por parte do sexo feminino. Porém, factores sociais, como o maior incentivo à prática desportiva no sexo masculino pode também contribuir para tais diferenças (Bar-Or, 2004).

Também o estatuto social e económico é referenciado como um factor determinante para a prática da AF na adolescência. A generalidade das pesquisas (Duncan, 2002; Vilhjalmsson, 2003; Oehlschlaeger, 2004; Gouveia, 2007; Maia e Seabra, 2008) parece evidenciar que a participação em actividades físicas apresenta alguma desigualdade social e económica, ou seja, adolescentes com um elevado estatuto social económico estarão mais envolvidos em actividades físicas do que adolescentes com um baixo estatuto.

As actividades físicas/desporto ocorrem geralmente fora do meio escolar em organizações desportivas, ginásios ou clubes, o acesso a estas organizações exige, entre outras coisas, que os adolescentes tenham de se deslocar, de

adquirir o equipamento necessário à sua prática e o pagamento de uma taxa de inscrição/manutenção, que algumas famílias não poderiam suportar (Sallis, 1999).

Poder-se-á admitir que, na sociedade actual, tal como provavelmente no passado, a prática de alguns tipos de exercício físico e de desportos só é acessível a um determinado estrato social, devido às despesas extraordinárias que tal possa acarretar para as famílias.

7.O ADOLESCENTE E OS CONTEXTOS SOCIAIS: FAMÍLIA, PARES E ESCOLA

A vida social do adolescente divide-se entre a família, a escola, os amigos/grupo e a comunidade. O desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os múltiplos contextos sociais em que se move. Cada contexto desenvolve um comportamento diferente, que poderá ser no sentido do sucesso ou do fracasso em relação à vida deste ser em constante modificação (Frydenberg, 2008).

É consensual entre vários autores (Matos, 2005; Simões, 2007; Frydenberg, 2008) que as dificuldades de relacionamento interpessoal estão na base de inúmeros problemas de comportamento social e da saúde dos adolescentes, que por vezes se traduzem pelo isolamento, agressividade ou ainda na adopção de comportamentos comprometedores da saúde: consumo de substâncias, sedentarismo, excessos ou privação alimentar, comportamentos sexuais de risco, violência.

Um estudo realizado com uma amostra de 1049 alunos e idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos teve como objectivo analisar o comportamento sexual, tendo em conta factores sociais de protecção (famílias, colegas, escola, comunidade) e factores de risco (uso de substâncias, depressão, delinquência pares, violência familiar e violência na comunidade). Concluiu-se que a maior probabilidade de comportamento sexual de risco no sexo masculino esteve significativamente associada com o uso de níveis mais elevados de substâncias. Em relação ao sexo feminino, a maior probabilidade de comportamento sexual de risco esteve significativamente associada com níveis elevados de consumo

de drogas, altos níveis de violência na comunidade e menor apoio por parte da família (Yi, 2010).

Sendo a família um marco na socialização dos adolescentes, a aquisição de valores, normas e comportamentos saudáveis, passa por um processo interactivo entre pais e filhos (Roest et al, 2010).

Os pais têm um papel fundamental na vida dos filhos, na medida em que são responsáveis por transmitir valores que ajudem os adolescentes a modelar os seus comportamentos quer a nível da sexualidade, nas escolhas dos pares ou ainda na prática de actividades físicas e desportivas. Muitos dos comportamentos saudáveis são iniciados e mantidos no contexto familiar, podendo a família nuclear ser considerada como um dos principais factores de âmbito social capaz de influenciar os comportamentos dos adolescentes (Duncan, 2005).

Num estudo desenvolvido com 219 adolescentes do sexo feminino, concluiu-se que uma maior comunicação entre mães e filhas contribui para reduzir os comportamentos sexuais de risco (Hutchinson, 2003).

Em Portugal, num estudo com uma amostra de 753 alunos que frequentavam o 10º e 12º ano de escolaridade de seis estabelecimentos de ensino secundário da região do Douro, pretendia-se saber se os filhos falavam com os pais sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Verificou-se que apenas 17,1% afirma falar frequentemente com os pais sobre o assunto; 38,1% não fala; 44,8% fala às vezes. Concluiu-se ainda que o tema da sexualidade no nosso país ainda é um assunto difícil de abordar, quer para os pais quer para os adolescentes (Castro, 2009).

Outro estudo realizado com adolescentes a nível nacional, questionados como se sentem a falar de Educação Sexual com os pais, 38,5% referiram sentir-se à vontade/muito à vontade, mas a grande maioria, 61,5% sentiam-se pouco à vontade ou nada à vontade (Matos, 2010).

Em relação à prática de AF, embora exista alguma variabilidade no sentido da associação entre a actividade física dos progenitores e a dos seus descendentes, alguns estudos (Seabra, 2004; Suris, 2005; Cleland, 2005; Maia e Seabra, 2008) demonstraram que o envolvimento e a participação da família parecem estar positivamente associados à prática de actividade física nos adolescentes, mostrando que pais fisicamente activos tendem a ter filhos

igualmente activos. Outros estudos (Vilhjalmsson, 1998; Raudsepp, 2000) tinham já demonstrado que a actividade física desenvolvida pelos irmãos mais velhos influenciava significativamente a actividade física dos seus irmãos mais novos. Portanto, ter irmãos mais velhos, que revelem um estilo de vida activo, é possibilitar que estes funcionem como modelos positivos na aquisição de hábitos de actividades físicas por parte daqueles.

O suporte familiar parece assim ter um contributo importante quer nos comportamentos sexuais quer na prática da AF na adolescência.

No entanto, é nesta fase que os pares assumem também um papel determinante, essencialmente ao nível dos comportamentos sexuais pois geralmente é a informação trocada com o grupo de amigos a que acaba por prevalecer na formação do conhecimento sobre esta matéria.

Na opinião de alguns autores (Abramovay, 2004; Correia, 2004) a socialização dos jovens no campo da sexualidade dá-se especialmente entre os pares, o que pode representar tanto um factor de protecção quanto de risco. A influência dos pares aumenta com a idade do adolescente. Por isso, amigos mais velhos têm importância na orientação dos mais jovens sobre a necessidade de protecção, particularmente no que se refere ao uso de preservativo, aquando da primeira relação, que pode consolidar o seu uso consistente (Lefkowitz, 2004).

Unni (2010) num estudo com uma amostra de 886 rapazes e 589 raparigas concluiu que mais de 50,0% dos adolescentes receberam informações sobre sexo e sexualidade através dos pares; 19,0% dos rapazes cedeu à pressão dos pares para a leitura / visualização de pornografia; 13,0% dos rapazes admitiram ter iniciado hábitos de tabagismo com os amigos, principalmente entre 14-16 anos de idade e 6,5% dos rapazes haviam consumido álcool com seus pares com início entre as idades de 15 a 17 anos.

Também em Portugal (Matos, 2010) concluiu que os adolescentes preferem os colegas para obterem informações sobre a sexualidade. Questionados sobre o tema como se sentem a falar de Educação Sexual com os colegas, 69,8% responderam à vontade/muito à vontade e apenas 30,1% responderam pouco ou nada à vontade. Questionados ainda sobre a obtenção de informação sobre VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis, 62,7% preferem falar com os amigos.

A influência dos pares na actividade física dos adolescentes é um factor menos estudado. Mas estudos realizados (Vilhjalmsson, 2003; Seabra, 2004; Duncan, 2005) demonstraram de forma consistente que os adolescentes que são fisicamente activos tendem a ter amigos igualmente activos.

Em termos de socialização, a escola é sem dúvida o local onde a maioria dos adolescentes passam grande parte do tempo, funcionando como um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos e partilha de informação.

Em termos legais, as questões relacionadas com a Educação Sexual são já antigas, uma vez que o primeiro documento sobre o assunto foi a Lei n.º3/84, na qual se especifica que o papel do Estado é garantir a educação sexual dos jovens através da escola, incluindo nos programas escolares de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana. Seguiram-se outras Leis nas décadas de 80 e 90. Por Despacho Ministerial (2005) foi criado o Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde/Educação Sexual (GTES), coordenado pelo Dr. Daniel Sampaio, com o objectivo de proceder à análise dos manuais e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar. Os Ministérios da Saúde e da Educação (2010) publicaram uma portaria sobre a Educação Sexual nas escolas. O diploma menciona matérias adaptáveis a diferentes ciclos de estudos e faixas etárias, sendo que, para o 3º ciclo e ensino secundário, os assuntos abordados prendem-se essencialmente com a dimensão e a compreensão ética da sexualidade humana, respectivamente.

É sabido que a educação sexual nas escolas assume hoje um papel fulcral na formação dos adolescentes.

Mas, perante um enquadramento legal tão vasto, será que abordagens metodológicas dos programas de educação sexual estão a ser aplicadas e a surtir efeitos? O resultado de um questionário para avaliação da educação para a saúde nas escolas o GTES (2007a) verificou um aumento dos gabinetes de saúde nas escolas e também um aumento da educação para a saúde nas áreas curriculares disciplinares, essencialmente nas aulas de Biologia e de Educação Física bem como nas áreas curriculares não disciplinares, Área de Projecto e Educação Cívica.

Num estudo realizado em estabelecimentos de ensino do norte do país, cuja amostra foi constituída por professores de várias áreas e ciclos de ensino,

concluiu-se que 100% dos professores do 1º e 2º ciclo, 75% dos professores de Apoio Educativo e 71,4% dos professores de Educação Física, afirmaram que realizaram educação para a saúde. Destes, 20,8% referiram que a educação para a saúde realizada na sua escola centrou-se no consumo de substâncias psicoactivas e 19,8% na sexualidade e Sida (Rodrigues, 2007).

No que diz respeito à opinião dos alunos sobre a temática da educação para a saúde/educação sexual nas escolas, realizou-se um estudo com uma amostra estratificada de 4877 adolescentes, distribuídos por todo país. À questão sobre o tema de saúde que gostariam de debater na escola, 46,1% responderam a sexualidade, 29,6% responderam o desporto e 26,4% a violência. Estes resultados revelam que os jovens pretendem falar de sexualidade, considerando o tema como relevante nas suas vidas (Matos, 2010).

Em relação à actividade física, segundo o Ministério da Educação (2007) na maioria das escolas está implementado o desporto escolar (DE), com diversas modalidades, possuindo objectivos específicos relativos à organização, um dos quais é promover o combate à inactividade física.

O DE produz dinâmicas de grupo em ambiente educativo que poderão ser claramente potenciadoras do desenvolvimento de valores como: o humanismo, a verdade e a honestidade, a solidariedade, o respeito, a lealdade, a disciplina, a coragem, o exercício da liberdade e a tolerância nas relações humanas (Constantino, 2006).

Num estudo realizado nas escolas da Madeira, com uma amostra estratificada de 1317 adolescentes concluiu que mais de 50,0% dos alunos praticam DE. Entre as modalidades mais frequentes estavam o futebol/futsal, com 24,7%, o voleibol com 15,3%, o basquetebol que foi praticado por 12,4% dos alunos da amostra (Santos, 2009).

Parece verificar-se uma alteração no sentido positivo em relação ao contexto escola focada na promoção da saúde dos adolescentes, com maior empenho da comunidade escolar no processo educação – aprendizagem.

8. RELAÇÃO SEXUALIDADE/EDUCAÇÃO SEXUAL E ACTIVIDADE FÍSICA

A sexualidade é uma área de desenvolvimento humano com repercussões na forma como o indivíduo se relaciona consigo próprio e com os outros, na constante procura de amor, contacto e intimidade (Nodin, 2001). O seu desenvolvimento ocorre ao longo da vida (Santos, 2001) e muitos dos seus aspectos estão repletos de mitos, crenças e preconceitos que acabam por modelar e afectar a interpretação e as vivências quotidianas, apresentando-se como alternativas ao conhecimento cientificamente aceite, condicionando as próprias aprendizagens (Teixeira, 2002).

A ligação entre a sexualidade e a actividade física está claramente estabelecida no Relatório Final do GTES (2007b) ao recomendar que, no 10º, 11º e 12º ano, sejam aproveitados os espaços lectivos de Educação Física para implementar acções de Educação Sexual, uma vez que esta disciplina atravessa todo o Secundário com carácter obrigatório, o seu currículo inclui a formação ecléctica dos alunos e a realização de objectivos do domínio social. Nestas aulas é possível criar oportunidades para que rapazes e raparigas convivam, se observem e se descubram, possam compreender as diferenças, aprender a ser tolerantes e a não discriminar (Altmann, 2001), elevando assim o estado de saúde e a qualidade de vida dos alunos (Nóbrega, 2005).

Nesta linha de pensamento, em que o corpo é o objecto da sexualidade e simultaneamente da actividade física, os interesses e motivos dos alunos para a prática desportiva estão voltados para a vivência acentuada da corporalidade, do risco, da aventura, da condição física e da saúde, como resultado da revolução operada nos conceitos de corpo, de saúde e de estilos de vida (Queirós, 2002). O movimento corporal ajuda os adolescentes a comunicar, a aprender, a sentir o mundo e a ser sentido, sendo sinónimo de prazer (Gouveia, 2007).

9. PROBLEMA

Será que existe associação entre os comportamentos sexuais e a prática de actividade física nos adolescentes?

10. OBJECTIVOS

10.1. Objectivo geral

A presente investigação tem como objectivo analisar a associação entre a sexualidade e a prática de actividade física nos adolescentes do ensino secundário das escolas da cidade de Bragança.

10.2. Objectivos específicos

- 1 – Identificar conhecimentos e comportamentos dos adolescentes na área da saúde sexual e reprodutiva.
- 2 – Verificar o nível de actividade física dos adolescentes.
- 3 – Analisar a associação entre o comportamento sexual e a prática de actividade física dos adolescentes.

11. HIPÓTESES

11.1. Hipótese Geral

Existe associação entre a sexualidade e a actividade física nos adolescentes das Escolas Secundárias de Bragança.

11.2. Hipóteses Secundárias

- 1 – Existe relação significativa das variáveis sociais, demográficas e escolares (sexo, idade, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, opção escolar e reprovação) com os conhecimentos dos adolescentes na área da saúde sexual e reprodutiva.

2 - Existe relação significativa das variáveis sociais, demográficas e escolares (ano de escolaridade, sexo, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, opção escolar, reprovação, anos de reprovação e tipo de família) com os comportamentos dos adolescentes na área da saúde sexual e reprodutiva.

3 - Existe relação significativa das variáveis sociais, demográficas, escolares (ano escolar, sexo, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, opção escolar e meio) com a prática de actividade física dos adolescentes.

4 – Existe relação significativa entre a actividade sexual e prática de actividade física dos adolescentes.

5 - Existe relação significativa entre a idade de início das relações sexuais e prática de actividade física dos adolescentes.

6 - Existe relação significativa entre o uso do preservativo e a prática de actividade física dos adolescentes.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1.1. Tipo de Estudo

Neste trabalho desenvolveu-se um estudo transversal. Este tipo de estudo caracteriza-se essencialmente por ser um estudo de prevalência, cuja recolha dos dados é feita num único momento (Medronho, 2003).

1.2. Amostra

Os participantes deste estudo foram recrutados em duas das três escolas do ensino secundário da cidade de Bragança. Uma das escolas declinou o nosso convite para participar neste estudo alegando sobrecarga de aplicação de inquéritos no ano lectivo 2010-2011. A aplicação dos Inquéritos decorreu nos meses de Outubro a Dezembro de 2010.

Foram incluídos neste estudo os alunos de todas as áreas curriculares que frequentam o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade no ano lectivo 2010-2011.

Foram excluídos os adolescentes que frequentavam o ensino básico (até ao 9º ano de escolaridade).

Do total dos adolescentes abordados (582), 49 (8,42%) recusaram responder ao questionário ou não estavam presentes na altura da sua aplicação e 3 (0,52%), apresentaram respostas inconsistentes ou contraditórias pelo que foram excluídas da análise final. Os alunos que faltaram às aulas nos dias da aplicação do questionário não foram abordados posteriormente. A amostra final ficou constituída com 530 adolescentes.

1.3. Variáveis

As variáveis em estudo foram operacionalizadas da seguinte forma:

Conhecimentos dos adolescentes

Os conhecimentos dos adolescentes foram avaliados através de quatro questões que abordavam a saúde sexual e reprodutiva. Na primeira, para a definição de planeamento familiar, apresentavam-se três respostas possíveis, sendo considerada correcta a resposta “*ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável*”. A segunda questão era relativa às doenças sexualmente transmissíveis. Foi apresentada uma lista de doenças entre as quais estavam incluídas duas respostas correctas: Sida e Hepatite B, considerando-se que quem assinalou uma destas respostas tem conhecimento (sabe), quem assinalou outras respostas não tem (não sabe). A terceira questão referia-se aos métodos contraceptivos. Foram consideradas quatro respostas com a possibilidade de escolher mais que uma: pílula, preservativo, contracepção de emergência e outro. A avaliação ficou definida em três respostas: pílula, preservativo e mais que um método, sendo que os que responderem esta última resposta têm mais conhecimento. A quarta questão estava relacionada com o conhecimento da actual lei sobre educação sexual nas escolas. Foram consideradas duas respostas: os que assinalaram sim (conhecem) os que indicaram não (não conhecem).

Comportamentos sexuais dos adolescentes

Os comportamentos sexuais foram avaliados através de três questões. A primeira questão pretendia determinar se os adolescentes já tinham iniciado a actividade sexual, sendo consideradas duas respostas, sim e não. A segunda questão foi relacionada com a idade. Para saber a idade da primeira relação sexual foram divididas em dois grupos: com idade \leq a 15 anos e com idade $>$ a 15 anos. A terceira pergunta pretendia avaliar o uso do preservativo considerando-se três respostas: nunca/raramente, quase sempre e sempre, sendo que esta resposta é a única que define o seu uso consistente. A avaliação ficou definida com uso consistente e uso não consistente do preservativo.

Prática de actividade física

A prática de actividade física foi avaliada através de quatro questões relacionadas com os hábitos dos adolescentes de acordo com o questionário

adaptado “*The Health Behaviour in Schoolchildren; A WHO cross-national survey – HBSC*” (Pinto, 2004).

A avaliação final da actividade física ficou definida como cumpre (as recomendações da OMS) e não cumpre, conforme a explicação que se segue e depois de ter sido efectuado o cálculo médio semanal da prática de actividade física total. Para a prática regular de desporto fora da escola foram consideradas duas respostas possíveis: pratica desporto se respondeu (Futebol, Basquetebol, Voleibol, Atletismo, Ginástica, Natação, Ténis, Artes marciais, outro) e não pratica, se respondeu nenhum. Para avaliar a participação no desporto escolar (conforme definição do Ministério da Educação 2007) foram consideradas duas respostas: sim e não. Para avaliar a prática de actividade física dos adolescentes que realizaram algum tipo de exercício físico fora da escola (andar, realizar pequenas tarefas, correr ou andar de bicicleta) foram consideradas duas respostas (de acordo com as recomendações da OMS): o adolescente cumpre se respondeu (uma frequência de 4 a 5 vezes por semana ou 6 a 7 vezes por semana, uma intensidade moderada ou vigorosa e uma duração superior a 45 minutos) e não cumpre (uma frequência de 1 a 3 vezes por mês, 1 vez por semana, 2 a 3 vezes por semana, a uma intensidade ligeira e uma duração inferior a 45 minutos). Assim sendo realizou-se o seguinte processo para determinar os adolescentes que se encontram nessas circunstâncias.

- Cálculo do número médio de vezes de prática de actividade física total semanal:
 - 1 vez por semana – 1 vez por semana
 - 2 a 3 vezes semana – 2,5 vezes semana
 - 4 a 5 vezes por semana – 4,5 vezes por semana
 - 6 a 7 vezes por semana – 6,5 vezes por semana
- Cálculo da duração média de prática de actividade física total semanal:
 - <20 minutos – 20 minutos
 - 20 a 45 minutos – 32,5 minutos
 - > 45 minutos - 45 minutos
- Cálculo médio semanal da prática de actividade física total
 - Para cada prática multiplicou-se o número médio de vezes pela duração média, no final somaram-se as quatro situações e obteve-se o tempo total de prática de actividade física semanal.

1.4. Procedimentos para a recolha de dados

Os estabelecimentos de ensino secundário foram contactados através dos respectivos directores, por escrito, no sentido de autorizarem a aplicação do questionário, previamente aprovado pelo Ministério da Educação, através da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). No pedido foi fornecida informação sobre o estudo a realizar, os objectivos da investigação, a população alvo e a metodologia de aplicação do questionário.

Depois de obter a autorização, pediu-se a cada escola a lista dos alunos por ano e por turma. Os respectivos questionários foram colocados em envelopes fechados, conforme o número de alunos por turma.

De seguida os directores das escolas, designaram os professores que iriam proceder à aplicação dos inquéritos. Os estudantes preencheram os questionários no momento em que lhes foram distribuídos, com a presença do professor da aula correspondente, que assegurou as condições de resposta individual e garantiu o respeito pelo mais estrito anonimato, bem como a livre opção à não participação. Depois de respondidos, os questionários foram recolhidos e colocados novamente nos envelopes e entregues pelo professor responsável ao director da escola.

Após ter terminado o preenchimento em todas as turmas, os envelopes foram recolhidos e procedeu-se à verificação dos questionários tendo sido contados e retirados os que não estavam preenchidos. De seguida fez-se a codificação e numeração de cada questionário, tendo sido eliminados os que apresentavam respostas incoerentes. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados para posterior tratamento estatístico, com apoio do programa informático *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 19.0, para o Windows.

1.5. Instrumento de recolha de dados

As informações da amostra em estudo foram recolhidas através do questionário, “EPILIFE (Modificado)” de Teresa Correia (2004).

O questionário estava dividido em duas partes. A primeira parte subdividiu-se em quatro etapas, sendo que o primeiro correspondia à caracterização demográfica

e social. Procedeu-se à recolha de informação sobre o sexo, a idade, o local de residência e com quem viviam os adolescentes. Pretendeu-se ainda saber a escolaridade dos pais dos inquiridos. Questionou-se a opção escolar científica (de acordo com o plano de estudos ao abrigo do Decreto-Lei nº 272/2007) bem como o aproveitamento escolar dos jovens.

O segundo momento correspondia a um conjunto de questões relativas a conhecimentos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, desde os métodos contraceptivos até às doenças sexualmente transmissíveis. Questionaram-se ainda os adolescentes sobre o conhecimento da actual lei da Educação Sexual nas escolas e se concordavam com a forma como estava a ser aplicada. Quisemos ainda saber quais as fontes a que os jovens recorriam para se informarem sobre os temas relacionados com a Saúde Sexual.

O terceiro comportava questões referentes aos comportamentos sexuais. Inquiriu-se acerca da sua actividade sexual, a idade e circunstância em que ocorreu a primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais bem como a satisfação com a sua sexualidade.

No quarto momento colocaram-se questões relacionadas com a violência no meio escolar, o tipo de agressão a que os estudantes estiveram sujeitos e ainda quem foi o agressor.

Na segunda parte foi aplicada uma adaptação do questionário *"The Health Behaviour in Schoolchildren; A WHO cross-national survey – HBSC*, elaborado por uma equipa de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, sendo posteriormente adoptado pela OMS, no âmbito do desenvolvimento de um programa de investigação dos estilos de vida dos adolescentes e dos seus comportamentos nos diferentes cenários da sua vida (Pinto, 2004). Assim, questionaram-se os adolescentes sobre os hábitos de actividade física e sedentarismo. Perguntou-se sobre a frequência, intensidade e duração do exercício físico, em actividades como andar, correr, ou andar de bicicleta. Pretendeu-se ainda saber qual a participação dos adolescentes em desportos fora do meio escolar e também no desporto escolar, quais as modalidades preferidas, e, de um modo geral qual a pessoa que mais influência exerce sobre os adolescentes em relação à prática desportiva. Em relação às práticas sedentárias questionou-se sobre o número de horas passadas a ver televisão, a jogar playstation ou ainda no computador.

1.6. Considerações éticas

A investigação descrita foi autorizada pelo Ministério da Educação, através da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), tendo sido registado com o nº 0153000001. Foi obtido o consentimento informado dos pais ou educadores responsáveis pelos adolescentes, através das comissões de pais das respectivas escolas secundárias, que por sua vez o conseguiram por via do Conselho Pedagógico, onde estão representados os pais ou encarregados de educação dos alunos. Foi garantida a confidencialidade e protecção das informações pessoais recolhidas pois em nenhum dos registos constava qualquer identificação dos estudantes que participaram neste estudo.

Foram observadas as regras de conduta da Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor.

1.7. Procedimentos estatísticos

A análise estatística dos dados relativos ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 19.0. Na primeira fase, foi feita a descrição e a caracterização da amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mediana, moda. A análise estatística dos resultados obtidos (para os conhecimentos dos adolescentes e comportamentos ao nível da actividade sexual, uso consistente do preservativo e prática de actividade física) foi realizada através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado com o objectivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exacto de Fisher. Posteriormente recorreu-se ao cálculo dos *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança a 95% de forma a especificar em função das variáveis independentes os adolescentes com

maiores/menores possibilidades de conhecimentos e caracterizar também em função das variáveis independentes os comportamentos a nível sexual e de actividade física.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1. Análise descritiva

2.1.1. Caracterização das variáveis sociais, demográficas e escolares

Na tabela 1 verifica-se que a maior parte dos adolescentes pertence ao sexo feminino (56,6%). Os adolescentes com 16 anos de idade são os que representam maior percentagem (34,9%). Mais de um terço dos inquiridos frequenta o 11º ano (36,6%). Relativamente às habilitações literárias das mães destes adolescentes observa-se que 35,8% tem o ensino secundário e uma significativa percentagem possui curso superior (28,7%). Relativamente às habilitações literárias dos pais destes adolescentes, 30,8% possui o ensino secundário e 23,0% o superior. A maioria dos adolescentes (75,3%) vive no meio urbano. Verifica-se ainda que a grande maioria destes adolescentes (81,9%) mora com ambos os pais.

Tabela 1 – Características sociais e demográficas da amostra.

Variáveis Sociais e Demográficas	Frequências	
	N	%
Sexo (n=530)		
Feminino	300	56,6
Masculino	230	43,4
Idade (Anos)		
14	13	2,4
15	124	23,4
16	185	34,9
17	154	29,1
18	43	8,1
≥ 19	11	2,1
Ano de escolaridade		
10º	160	30,2
11º	194	36,6
12º	176	33,2
Escolaridade da mãe		
Instrução primária	73	13,8
Ciclo preparatório	106	20,0
Ensino secundário	190	35,8
Ensino superior	152	28,7
Outra	9	1,7
Escolaridade do pai		
Instrução primária	89	16,2
Ciclo preparatório	148	27,9
Ensino Secundário	163	30,8
Ensino Superior	122	23,0
Outra	11	2,1
Local Residência		
Urbano	399	75,3
Rural	131	24,7
Com quem vive		
Ambos os pais	434	81,9
Mãe	51	9,6
Pai	13	2,5
Mãe e Padrasto	9	1,7
Pai e Madrasta	3	0,6
Outros Familiares	20	3,8

Na tabela 2 está descrita a caracterização dos adolescentes quanto à opção escolar e reprovação. Verifica-se que a maioria dos alunos (61,1%) frequenta a área de ciências e tecnologias e 26,0% a área de línguas e humanidades. Verifica-se ainda que 18,3% dos adolescentes já reprovou, sendo que a maioria dos reprovados (81,4%) repetiu o ano apenas uma vez.

Tabela 2 – Características das variáveis escolares da amostra.

Variáveis Escolares	Frequências	
	N	%
Área Escolar		
Ciências e tecnologias	324	61,1
Ciências socioeconómicas	0	0,0
Línguas e humanidades	138	26,0
Artes visuais	59	11,1
Outra	9	1,8
Reprovação		
Sim	97	18,3
Não	433	81,7
Quantas vezes reprovaste		
1	79	81,4
2	16	16,5
>2	2	2,1

2.1.2. Caracterização das variáveis sobre conhecimentos e fontes de informação

Relativamente à definição de planeamento familiar cerca de 70,0% dos adolescentes responderam correctamente, *Ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável*, os restantes 30,0% não estão esclarecidos nesta matéria. Verifica-se ainda que 99,4% dos alunos inquiridos tem conhecimento sobre pelo menos uma das DST (Sida e Hepatite B) e que todos conhecem algum método contraceptivo.

A actual lei sobre educação sexual é conhecida por 37,4%, destes 22,2% não concordam com a abordagem da educação sexual, sendo os principais motivos apontados: a carga horária desapropriada e a inadequação do programa.

Tabela 3 – Características das variáveis sobre os conhecimentos dos adolescentes.

Variáveis	Frequências	
	N	%
O que define planeamento familiar		
Controlo de nascimentos	120	22,6
Ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável	372	70,2
Rastreio de doenças sexualmente transmissíveis	38	7,2
Das doenças indicadas qual a que consideras sexualmente transmissível		
Hepatite B	43	8,1
Sarampo	2	0,4
Varicela	1	0,2
Rubéola	0	0,0
Sida	484	91,3
Que métodos conheces para evitar a gravidez		
Pílula	19	3,6
Preservativo	147	27,7
Mais do que um método	364	68,7
Conhecimento da actual Lei sobre Educação Sexual		
Sim	198	37,4
Não	332	62,6
Concordas com a abordagem da Educação Sexual		
Sim	154	77,8
Não	44	22,2
Não concordas porque		
O programa não se adapta	12	27,3
A carga horária não é apropriada	15	34,1
A abordagem não deveria ser transversal	7	15,9
Outro motivo	10	22,7

A internet (tabela 4) foi a fonte de informação mais procurada pelos adolescentes (38,3%), seguindo-se os amigos (18,5%) e os pais (16,8%) e os profissionais de saúde (13,6%).

Tabela 4 – Características das variáveis sobre as fontes de informação procuradas pelos adolescentes.

Variáveis	Frequências	
	N	%
Para te informares sobre temas relacionados com a Saúde Sexual e reprodutiva (assinala apenas a escolha mais frequente)		
Televisão	17	3,2
Jornais	6	1,1
Livros	13	2,5
Pai	12	2,3
Mãe	77	14,5
Amigos	98	18,5
Profissionais de Saúde	72	13,6
Internet	203	38,3
Ninguém	17	3,2
Outra	15	2,8

2.1.3. Caracterização das variáveis sobre a opinião dos adolescentes em relação a estruturas de apoio

Na tabela 5 representa a opinião dos adolescentes sobre a existência ou não de uma estrutura de saúde que os apoie na área da saúde sexual e reprodutiva. Verifica-se que a grande maioria (97,5%) acha importante a existência dessa estrutura, sendo que destes, 48,4% afirmam que deveria funcionar como disciplina autónoma e 38,2% como enfermaria/gabinete na escola.

Tabela 5 – Características das variáveis sobre a opinião dos adolescentes em relação à necessidade de uma estrutura de apoio na saúde sexual e reprodutiva.

Variáveis	Frequências	
	N	%
Achas importante existir uma estrutura de apoio à SSR		
Sim	517	97,5
Não	13	2,5
Onde deveria funcionar		
Na escola como disciplina autónoma	250	48,4
Na escola como enfermaria/gabinete	198	38,2
Na junta de freguesia	1	0,2
No Centro de Saúde	65	12,6
Outro	3	0,6

2.1.4. Caracterização das variáveis sobre comportamentos sexuais

Na tabela 6 estão representados os comportamentos sexuais dos adolescentes. Verifica-se que 35,3% dos alunos inquiridos já iniciou a sua actividade sexual. Uma percentagem considerável (40,1%) iniciou com 16 anos e 27,3% com 15 anos. Verifica-se ainda que a grande maioria dos adolescentes (73,8%) apontou como motivo para o início da actividade sexual o facto de estar muito apaixonado, 19,3% fê-lo por mera curiosidade. A ocorrência da primeira relação sexual aconteceu por acaso (71,7%) e cerca de 24,0% afirma ter planeado o acontecimento. A primeira vez aconteceu para 96,3% dos adolescentes com o namorado/amigo. No último ano a frequência da actividade sexual foi maioritariamente de frequência semanal (27,8%). Vinte e um vírgula quatro por cento afirmaram ser raramente e 19,8% irregularmente. Verifica-se ainda que a maioria dos alunos inquiridos, 60,4%, tem um parceiro sexual e 33,7% afirmou ter entre 2 a 5 parceiros.

Tabela 6 – Características das variáveis sobre comportamento sexual.

Variáveis	Frequências	
	N	%
Já tiveste relações sexuais		
Sim	187	35,3
Não	343	64,7
Idade da 1ª Relação (Anos)		
<14	12	6,4
14	28	15,0
15	51	27,3
16	75	40,1
17	17	9,1
18	4	2,1
Qual o motivo		
Estar muito apaixonado	138	73,8
Por curiosidade	36	19,3
Por incapacidade de dizer não	9	4,8
Porque os amigos também já tinham tido relações sexuais	4	2,1
Em que situação		
Foi planeada	45	24,1
Aconteceu	134	71,7
Foste obrigado	1	0,5
Estavas sob o efeito do álcool	3	1,6
Estavas sob o efeito de drogas	4	2,1
Com quem tiveste essa primeira relação sexual		
Com amigo/namorado	180	96,3
Com desconhecido	7	3,7
Outro	0	0,0
No último ano, tiveste relações sexuais		
Todos os dias	10	5,3
Uma vez por semana	52	27,8
Uma vez por mês	31	16,6
Raramente	40	21,4
Irregularmente	37	19,8
Nunca	17	9,1
Quantos companheiros		
Um	113	60,4
Dois a cinco	63	33,7
Seis a dez	3	1,6
Mais de dez	8	4,3

A tabela 7 apresenta os dados dos comportamentos dos adolescentes relativamente à utilização de anticoncepcionais. Verifica-se que 34,9% assumiu a utilização de algum método contraceptivo. Destes observa-se que a maioria (82,2%) utiliza o preservativo, sendo que 84,9% o faz sempre. A principal razão apontada para a não utilização consistente do preservativo foi a diminuição do prazer sexual (61,0%).

Tabela 7 – Características das variáveis sobre utilização de métodos contraceptivos.

Variáveis	Frequências	
	N	%
Usas algum método contraceptivo		
Sim	185	34,9
Não	345	65,1
Usas preservativo (n=185)		
Sim	152	82,2
Não	33	17,8
Frequência de utilização de preservativo		
Sempre	129	84,9
Quase sempre	20	13,1
De vez em quando	2	1,3
Raramente	1	0,7
Se não utilizas sempre, é porque		
Não sabes com utilizar	1	4,3
Não te sentes à vontade para os comprar	2	8,7
Diminui o prazer sexual	14	61,0
Usas outro método anticoncepcional	2	8,7
Diminui a confiança do parceiro	0	0,0
És fiel	1	4,3
Tens a certeza com que o teu parceiro é fiel	1	4,3
Não te habituaste desde o início da actividade sexual	0	0,0
Outro	2	8,7

2.1.5. Caracterização das variáveis sobre orientação sexual e satisfação com a sexualidade

Na tabela 8 encontram-se descritas as características das variáveis sobre orientação sexual dos adolescentes. A maioria (94,9%) classifica-se como heterossexual. Descreve-se ainda a satisfação com a sexualidade, sendo que a maioria dos adolescentes (53,8%) considera-se muito satisfeito com a sua sexualidade e uma percentagem considerável (27,7%) diz-se satisfeito.

Tabela 8 – Caracterização das variáveis sobre orientação sexual e satisfação com a sexualidade

Variáveis	Frequências	
	N	%
Consideras-te		
Heterossexual	503	94,9
Bissexual	12	2,3
Homossexual	15	2,8
Satisfeito com a tua sexualidade		
Muito satisfeito	285	53,8
Satisfeito	147	27,7
Pouco satisfeito	5	0,9
Nada satisfeito	4	0,8
Não sei	89	16,8

2.1.6. Caracterização das variáveis sobre a violência

Na tabela 9 apresentam-se os resultados relativamente às variáveis sobre a violência. Verifica-se que 12,3% dos inquiridos já foi vítima de violência. A violência física aconteceu em 43,0% dos casos, a psicológica em 35,4% e a sexual numa percentagem considerável (10,8%). Os agressores mais invocados foram os colegas, em 41,5% dos casos.

Tabela 9 – Características das variáveis sobre violência.

Variáveis	Frequências	
	N	%
Alguma vez te sentiste vítima de agressão		
Sim	65	12,3
Não	465	87,7
Que tipo de violência sofreu		
Violência Física	28	43,0
Violência Sexual	7	10,8
Violência Psicológica	23	35,4
Múltipla	7	10,8
Quem te agrediu		
Mãe	1	1,5
Pai	2	3,1
Professor	2	3,1
Amigo	9	13,8
Colega	27	41,5
Desconhecido	10	15,4
Outro	14	21,6

2.1.7. Caracterização das variáveis sobre actividade física

Pela análise da tabela 10 verifica-se que 37,2% dos adolescentes, executam esforços físicos como andar ou realizar pequenas tarefas, duas a três vezes por semana e apenas 8,5% o fazem mais que cinco vezes por semana. A maior parte dos adolescentes (77,3%) classificou a intensidade dos esforços físicos como moderada. Cerca de quarenta e dois por cento afirmou realizar estas actividades com uma duração superior a 45 minutos e 41,7% afirmou que a duração varia entre 20 a 45 minutos.

Tabela 10 – Características das variáveis sobre esforços físicos (andar, realizar pequenas tarefas).

	Frequências	
	N	%
Frequência de esforços físicos		
Nunca	36	6,8
1 a 3 vezes por mês	78	14,7
1 vez por semana	97	18,3
2 a 3 vezes por semana	197	37,2
4 a 5 vezes por semana	77	14,5
6 a 7 vezes por semana	45	8,5
Intensidade		
Ligeira	50	10,1
Moderada	382	77,3
Vigorosa	62	12,6
Duração		
Menos de 20 minutos	79	16,0
Entre 20 a 45 minutos	206	41,7
Mais de 45 minutos	209	42,3

Pela tabela 11 verifica-se 22,8% dos adolescentes têm por hábito a prática de actividades como andar de bicicleta ou correr, duas a três vezes por semana e apenas cerca de quatro por cento o faz mais que cinco vezes por semana. A maior parte dos adolescentes (69,7%) pratica a uma intensidade moderada. No que se refere à duração da actividade, 44,5% dos adolescentes dizem praticar apenas entre 20 a 45 minutos.

Tabela 11 – Características das variáveis sobre actividade física fora da escola (andar de bicicleta, correr).

	Frequências	
	N	%
Frequência		
Nunca	78	14,8
1 a 3 vezes por mês	135	25,5
1 vez por semana	129	24,3
2 a 3 vezes por semana	121	22,8
4 a 5 vezes por semana	44	8,3
6 a 7 vezes por semana	23	4,3
Intensidade		
Ligeira	82	18,1
Moderada	315	69,7
Vigorosa	55	12,2
Duração		
Menos de 20 minutos	86	19,0
Entre 20 a 45 minutos	201	44,5
Mais de 45 minutos	165	36,5

Na tabela 12 verifica-se que a maior parte dos adolescentes (61,5%) pratica algum desporto fora da escola. Os desportos favoritos destes adolescentes são o futebol (16,0%) e a natação (12,1%). A frequência com que praticam estas actividades é essencialmente 2 a 3 vezes por semana para 39,6% dos adolescentes. Cerca de setenta por cento classifica a intensidade destes desportos como moderada.

Tabela 12 – Características das variáveis sobre desporto fora da escola (estruturado).

	Frequências	
	N	%
Fora da escola que desporto praticas com regularidade		
Futebol	85	16,0
Basquetebol	37	7,0
Voleibol	20	3,8
Atletismo	27	5,1
Ginástica	16	3,0
Natação	64	12,1
Ténis	7	1,3
Artes Marciais	14	2,6
Outro	56	10,6
Nenhum	204	38,5
Frequência		
1 a 3 vezes por mês	57	17,5
1 vez por semana	92	28,2
2 a 3 vezes por semana	129	39,6
4 a 5 vezes por semana	32	9,8
6 a 7 vezes por semana	16	4,9
Intensidade		
Ligeira	34	10,5
Moderada	227	69,6
Vigorosa	65	19,9
Duração		
Menos de 20 minutos	23	7,1
Entre 20 a 45 minutos	96	29,4
Mais de 45 minutos	207	63,5

Na tabela 13 verifica-se que menos de um quarto dos adolescentes (22,3%) adere ao desporto escolar. As modalidades mais frequentadas por estes adolescentes são o basquetebol (26,2%) e o futebol (29,7%). A frequência da prática é de quatro a cinco vezes por semana para cerca de quarenta por cento dos adolescentes.

Tabela 13 – Características das variáveis sobre desporto escolar.

	Frequências	
	N	%
Na escola costumam participar no desporto escolar		
Sim	118	22,3
Não	412	77,7
Indica a modalidade que praticas		
Futebol	31	26,2
Basquetebol	35	29,7
Voleibol	18	15,3
Atletismo	15	12,7
Ginástica	2	1,7
Ténis	7	5,9
Outro	10	8,5
Frequência		
1 a 3 vezes mês	0	0,0
1 vez por semana	25	21,2
2 a 3 semana	46	39,0
4 a 5 semana	47	39,8

Na figura 1 verifica-se que apenas 31,2% dos adolescentes cumpre as recomendações para a prática de actividade física aconselhadas pela OMS.

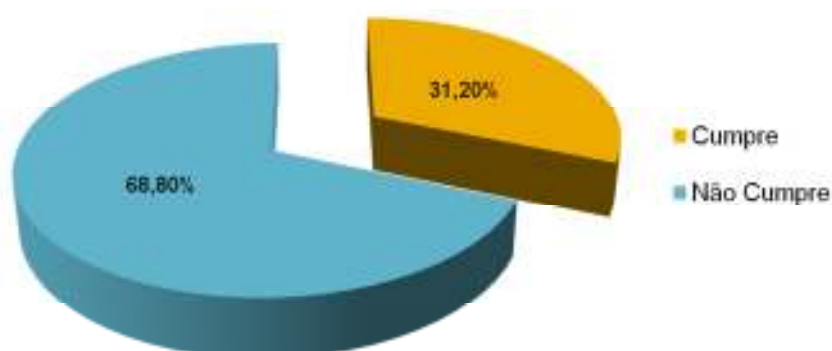


Figura 1 – Frequência relativa dos adolescentes que cumprem as recomendações da OMS para a prática de actividade física.

Na tabela 14 apresentam-se os resultados relativamente aos motivos que levam os adolescentes a praticar desporto. Verifica-se que a maioria (65,1%) aponta como razão muito importante a melhoria na saúde e na forma física.

Tabela 14 – Características das variáveis sobre motivos que levam à prática desportiva.

	Nada Importante (%)	Pouco Importante (%)	Importante (%)	Bastante Importante (%)	Muito Importante (%)	Mediana	Moda
Divertir	2,6	8,3	18,7	24,9	45,5	4	5
Ser Melhor	27,2	27,0	18,5	12,6	14,7	2	1
Fazer novos Amigos	1,3	7,0	18,3	27,5	45,9	4	5
Melhora a Saúde Forma	0,6	2,6	7,4	24,3	65,1	5	5
Agradar aos Outros	36,6	27,0	17,0	11,9	7,6	2	1

Na figura 2 verifica-se para cerca de 41,0% dos adolescentes são os pais as pessoas que mais os influenciam na prática de actividade física. Os amigos representam uma percentagem significativa para este comportamento, 24,01%.

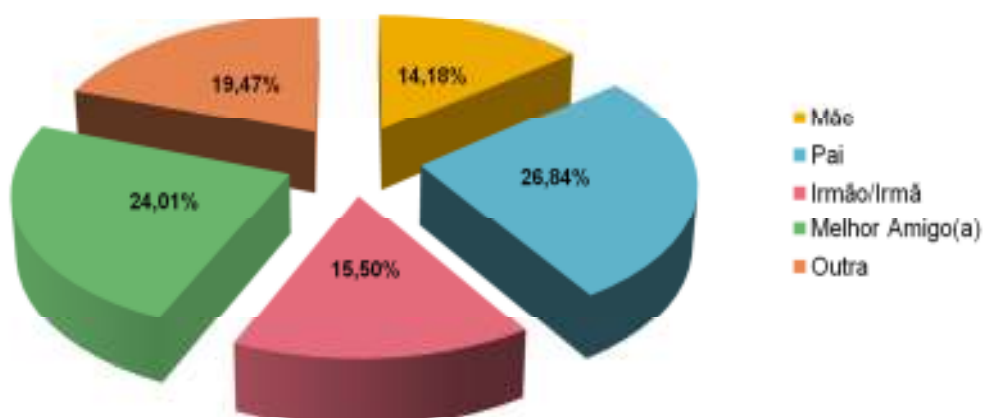


Figura 2 – Frequência relativa referente às pessoas que influenciam os adolescentes na prática de actividade física.

Na figura 3 está representado o número de horas diárias que o adolescente passa a ver televisão, a jogar *playstation* ou no computador. Verifica-se que mais de metade (59,74%) dos adolescentes refere menos de duas horas gastas para estes comportamentos.

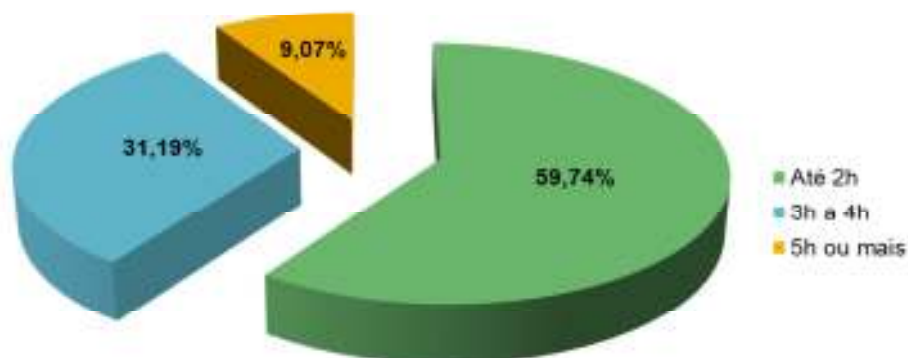


Figura 3 – Frequência relativa do tempo diário dispendido a ver televisão, a jogar playstation ou no computador.

2.2. Análise inferencial

2.2.1. Conhecimentos dos adolescentes

Na tabela 15 está descrita a proporção de adolescentes de acordo com a circunstância de saberem ou não o conceito de planeamento familiar, por sexo, idade e escolaridade dos pais. A maioria dos adolescentes (70,2%) escolheu correctamente a afirmação que define planeamento familiar. Verificou-se associação estatisticamente significativa com o sexo, a escolaridade da mãe ($p < 0,005$) e do pai ($p < 0,05$). A proporção de adolescentes do sexo feminino que sabe a definição de planeamento familiar é superior à dos adolescentes do sexo masculino (78,0% vs. 60,0%).

Tabela 15 – Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não sobre o conceito de planeamento familiar.

	Sabe N (%)	Não sabe N (%)	p
	372 (70,2)	158 (29,8)	
Sexo			
Feminino	234 (78,0)	66 (22,0)	0,000
Masculino	138 (60,0)	92 (40,0)	
Idade (Anos)			
14	9 (69,2)	4 (30,8)	
15	79 (63,7)	45 (36,3)	
16	139 (75,1)	46 (24,9)	0,183
17	112 (72,7)	42 (27,3)	
18	27 (62,8)	16 (37,2)	
≥ 19	6 (54,5)	5 (45,5)	
Escolaridade da Mãe			
Até 2º ciclo	154 (62,9)	91 (37,1)	
Do 7º ao 12º ano	124 (76,1)	39 (23,9)	0,003
Curso Superior	94 (77,0)	28 (23,0)	
Escolaridade do Pai			
Até 2º ciclo	118 (62,8)	70 (37,2)	
Do 7º ao 12º ano	137 (72,1)	53 (27,9)	0,013
Curso Superior	117 (77,0)	35 (23,0)	

De igual modo a grande maioria dos adolescentes (99,4%) identificou correctamente uma das doenças sexualmente transmissíveis (tabela 16). Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa.

Tabela 16 – Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (sabe) ou não das doenças sexualmente transmissíveis.

	Sabe N (%) 527 (99,4)	Não sabe N (%) 3 (0,6)	p
Sexo			
Feminino	299 (99,7)	1 (0,3)	0,582
Masculino	228 (99,1)	2 (0,9)	
Idade (Anos)			
14	13 (100)	0 (0,0)	0,414
15	123 (99,2)	1 (0,8)	
16	183 (98,9)	2 (1,1)	
17	154 (100)	0 (0,0)	
18	43 (100)	0 (0,0)	
≥ 19	11 (100)	0 (0,0)	
Escolaridade da Mãe			
Até 2º ciclo	188 (100)	0 (0,0)	0,489
Do 7º ao 12º ano	188 (98,9)	2 (1,1)	
Curso Superior	151 (99,3)	1 (0,7)	
Escolaridade do Pai			
Até 2º ciclo	244 (99,6)	1 (0,4)	0,721
Do 7º ao 12º ano	162 (99,4)	1 (0,6)	
Curso Superior	121 (99,2)	1 (0,8)	

Na tabela 17 descreve-se a distribuição dos adolescentes relativamente ao conhecimento dos métodos para evitar a gravidez por sexo, idade, escolaridade da mãe e do pai. Verificou-se associação estatisticamente significativa para o sexo, mas não para a idade e para a escolaridade da mãe e do pai. A proporção dos adolescentes do sexo feminino que conhece mais que um método contraceptivo é superior à dos adolescentes do sexo masculino (78,7% vs. 55,7%).

Tabela 17 – Distribuição dos participantes de acordo com o conhecimento dos métodos para evitar a gravidez.

	Pílula N (%)	Preservativo N (%)	>1 Método N (%)	p
	19 (3,6)	147 (27,7)	364 (68,7)	
Sexo				
Feminino	18 (6,0)	46 (15,3)	236 (78,7)	0,000
Masculino	1 (0,4)	101 (43,9)	128 (55,7)	
Idade (Anos)				
14	0 (0,0)	3 (23,1)	10 (76,9)	0,652
15	4 (3,2)	31 (25,0)	89 (71,8)	
16	6 (3,2)	46 (24,9)	133 (71,9)	
17	6 (3,9)	53 (34,4)	95 (61,7)	
18	2 (4,6)	11 (25,6)	30 (69,8)	
≥ 19	1 (9,1)	3 (27,3)	7 (63,6)	
Escolaridade da Mãe				
Até 2º ciclo	7 (3,7)	55 (29,3)	126 (67,0)	0,697
Do 7º ao 12º ano	6 (3,2)	46 (24,2)	138 (72,6)	
Curso Superior	6 (3,9)	46 (30,3)	100 (65,8)	
Escolaridade do Pai				
Até 2º ciclo	9 (3,7)	74 (30,2)	162 (66,1)	0,798
Do 7º ao 12º ano	6 (3,7)	40 (24,5)	117 (71,8)	
Curso Superior	4 (3,3)	33 (27,0)	85 (69,7)	

A tabela 18 apresenta proporção de adolescentes de acordo com o conhecimento da actual lei (publicada em Abril de 2010) sobre educação sexual nas escolas por sexo, idade, área de opção escolar e reprovação escolar. Este conhecimento é estatisticamente dependente do sexo e da opção escolar dos adolescentes. A proporção dos adolescentes do sexo feminino que conhece a lei é maior que a dos adolescentes do sexo masculino, 41,3% (vs. 32,2%).

Tabela 18 -Distribuição dos participantes de acordo com a identificação correcta (conhece) ou não a actual lei sobre educação sexual nas escolas.

	Conhece N (%)	Não conhece N (%)	p
	198 (37,4)	332 (62,6)	
Sexo			
Feminino	124 (41,3)	176 (58,7)	0,037
Masculino	74(32,2)	156 (67,8)	
Idade (Anos)			
14	7 (53,8)	6 (46,2)	0,054
15	47 (37,9)	77 (62,1)	
16	56 (30,3)	129 (69,7)	
17	66 (42,9)	88 (57,1)	
18	20 (46,5)	23 (53,5)	
≥ 19	2 (18,2)	9 (81,8)	
Opção escolar			
Ciências e tecnologias	121 (37,3)	203 (62,7)	0,002
Línguas e humanidades	63 (45,7)	75 (54,3)	
Artes visuais	14 (23,7)	45 (76,3)	
Outra	0 (0,0)	9 (100,0)	
Reprovação			
Sim	41 (42,3)	56 (57,7)	0,296
Não	157 (36,3)	276 (63,7)	

2.2.2. Comportamentos sexuais dos adolescentes

Pela análise da tabela 19 observa-se que a actividade sexual apresenta associação estatisticamente significativa com: ano escolar, sexo, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, reprovação e anos de reprovação. São os alunos do 10º e também os do 11º ano, aqueles que apresentam mais possibilidades de ainda não terem iniciado a actividade sexual (OR=3,967 e IC95% 2,454-6,415; OR=2,279 e IC95% 1,494-3,478, respectivamente). Os adolescentes do sexo feminino são os que apresentam maior possibilidade de ainda não terem iniciado a sua actividade sexual (OR=1,702 e IC95% 1,188-2,439). Os adolescentes filhos de pais com formação superior também apresentam maiores possibilidades de ainda não terem iniciado a actividade sexual (OR=1,719 e IC95% 1,082-2,730 no caso da mãe com curso superior e OR=1,909 e IC95% 1,174-3,103 no caso do pai com curso superior). Os alunos que nunca

reprovaram apresentam maior possibilidade de ainda não terem iniciado a actividade sexual (OR=3,651 e IC95% 2,311-5,767). Por sua vez, aqueles que apenas reprovaram uma vez também apresentam maior possibilidade de ainda não terem iniciado a actividade sexual (OR=3,721 e IC95% 0,993-13,948).

Tabela 19 – Actividade sexual de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes na actividade sexual.

	Actividade Sexual		vp	OR	IC 95%
	Sim N (%) 187 (35,3)	Não N (%) 343 (64,7)			
Ano de Escolaridade					
10 °	34 (21,2)	126 (78,8)	0,000	3,967	(2,454 – 6,415)
11°	62 (32,0)	132 (68,0)		2,279	(1,494 – 3,478)
12°	91 (51,7)	85 (48,3)		1†	
Sexo					
Feminino	90 (30,0)	210 (70,0)	0,004	1,702	(1,188 – 2,439)
Masculino	97 (42,2)	133 (57,8)			
Escolaridade da Mãe					
Até 2° Ciclo	73 (38,8)	115 (61,2)	0,040	1,017	1†
Do 7° ao 12° ano	73 (38,4)	117 (61,6)			(0,672 – 1,539)
Formação Superior	41 (27,0)	111 (73,0)			1,719
Escolaridade do Pai					
Até 2° Ciclo	94 (38,4)	151 (61,6)	0,019	0,988	1†
Do 7° ao 12° ano	63 (38,7)	100 (61,3)			(0,658 – 1,485)
Formação Superior	30 (24,6)	92 (75,4)			1,909
Reprovação					
Não	128 (29,8)	301 (70,2)	0,000	3,651	(2,311 – 5,767)
Sim	59 (60,8)	38 (39,2)			
Anos de Reprovação					
1	43 (57,3)	32 (42,7)	0,041	3,721	(0,993 -13,948)
≥ 2	15 (83,3)	3 (16,7)			

† Classe de referência

Pela análise da tabela 20, verifica-se que a idade de início da actividade sexual apresenta associação estatisticamente significativa com: ano de escolaridade, tipo de família. Os alunos do 11° e 12° ano de escolaridade apresentam maiores possibilidades de iniciação da actividade sexual com mais de 15 anos (OR=7,500 e IC95% 2,361-23,828; OR=15,250 e IC95% 4,921-47,262, respectivamente). Os adolescentes provenientes de famílias nucleares apresentam maior possibilidade de iniciar a actividade sexual com mais de 15 anos (OR=2,343 e IC95% 1,133-4,846).

Tabela 20 – Idade de início da actividade sexual de acordo com as características dos alunos, resultados dos testes de independência e determinantes na idade de início da actividade sexual.

	Idade de início da Actividade Sexual		vp	OR	IC 95%
	≤15 anos N (%)	>15 anos N (%)			
	91 (48,7)	96 (51,3)			
Ano					
10 °	30 (88,2)	4 (11,8)	0,000	7,500 15,250	1† (2,361 – 23,828) (4,921 – 47,262)
11°	31 (50,0)	31 (50,0)			
12°	30 (33,0)	61 (67,0)			
Sexo					
Feminino	39 (43,3)	51 (56,7)	0,188	1,511	(0,849 – 2,691) 1†
Masculino	52 (53,6)	45 (46,4)			
Tipo de Família					
Família Nuclear	65 (44,2)	82 (55,8)	0,021	2,343	(1,133 – 4,846) 1†
Família não nuclear	26 (65,0)	14 (35,0)			

† Classe de referência

Na tabela 21 está descrita a proporção dos adolescentes de acordo com o uso consistente e não consistente do preservativo, por ano, sexo, escolaridade da mãe, escolaridade do pai e o tipo de família. Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa.

A maioria dos adolescentes (84,9%) utiliza de forma consistente o preservativo.

Tabela 21 – Utilização do preservativo de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes na utilização consistente do preservativo.

	Uso do Preservativo		vp	OR	IC 95%
	Consistente N (%)	Não Consistente N (%)			
	129 (84,9)	23 (15,1)			
Ano					
10 °	23 (82,1)	5 (17,9)	0,760	1,126 0,705	(0,356 – 3,539) (0,246 – 2,020) 1†
11°	44 (88,0)	6 (12,0)			
12°	62 (83,8)	12 (16,2)			
Sexo					
Feminino	61 (84,7)	11 (15,3)	0,962	1,022	(0,420 – 2,484) 1†
Masculino	68 (85,0)	12 (15,0)			
Escolaridade da Mãe					
Até 2° Ciclo	52 (81,2)	12 (18,8)	0,560	1,500 0,892	(0,440 – 5,109) (0,239 – 3,327) 1†
Do 7° ao 12° ano	51 (87,9)	7 (12,1)			
Formação Superior	26 (86,7)	4 (13,3)			
Escolaridade do Pai					
Até 2° Ciclo	66 (84,6)	12 (15,4)	0,883	1,333 1,431	(0,344 – 5,164) (0,344 – 5,946) 1†
Do 7° ao 12° ano	41 (83,7)	8 (16,3)			
Formação Superior	22 (88,0)	3 (12,0)			
Tipo de Família					
Família Nuclear	104 (86,7)	16 (13,3)	0,268	1,820	1† (0,676 – 4,896)
Família não nuclear	25 (78,1)	7 (21,9)			

† Classe de referência.

2.2.3. Prática de actividade física

Pela análise da tabela 22, verifica-se que a actividade física apresenta associação estatisticamente significativa com: ano de escolaridade, sexo, meio e opção escolar. Os adolescentes que frequentam o 11º ano apresentam maior risco de não cumprirem as recomendações para a actividade física (OR=2,071 e IC95% 1,319-3,251). São também os adolescentes do sexo feminino os que apresentam maior risco de não cumprirem as recomendações para a prática de actividade física (OR=2,668 IC 95% 1,828-3,893). Os adolescentes residentes no meio rural apresentam maior risco de não cumprimento destas recomendações (OR=2,301 IC 95% 1,421-3,725). São ainda, os adolescentes que frequentam opção escolar diferente da área científica, aqueles com maior risco de não cumprimento das recomendações para a prática de actividade física (OR=2,181 IC 95% 1,459-3,261).

Tabela 22 – Cumprimento das recomendações para a prática de actividade física de acordo com as características dos adolescentes, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas orientações.

	Actividade Física		vp	OR	IC 95%
	Cumpre N (%)	Não Cumpre N (%)			
	165 (31,2)	365 (68,8)			
Ano					
10º	52 (32,5)	108 (67,5)	0,006	1,308	(0,835 – 2,049)
11º	45 (23,3)	148 (76,7)			
12º	68 (38,6)	108 (61,4)			
Sexo					
Feminino	66 (22,1)	233 (77,9)	0,000	2,668	(1,828 – 3,893)
Masculino	99 (43,0)	131 (57,0)			
Escolaridade da Mãe					
Até 2º Ciclo	51 (27,3)	136 (72,7)	0,052	1,692	(1,070 – 2,675)
Do 7º ao 12º ano	55 (28,9)	135 (71,1)			
Formação Superior	59 (38,8)	93 (61,2)			
Escolaridade do Pai					
Até 2º Ciclo	70 (28,7)	174 (71,3)	0,273	1,453	(0,916 – 2,303)
Do 7º ao 12º ano	50 (30,7)	113 (69,3)			
Formação Superior	45 (36,9)	77 (63,1)			
Meio					
Rural	25 (19,1)	106 (80,9)	0,001	2,301	(1,421 – 3,725)
Urbano	140 (35,2)	258 (64,8)			
Opção Escolar					
Outras	44 (21,5)	161 (78,5)	0,000	2,181	(1,459 – 3,261)
Ciências e tecnologias	121 (37,3)	203 (62,7)			

† Classe de referência.

2.2.4. Associação entre os comportamentos sexuais e o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física

Na tabela 23 verifica-se que a actividade sexual apresenta associação estatisticamente significativa com a prática de actividade física. Os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual apresentam cerca de duas vezes (OR=1,875) mais probabilidade de cumprirem as recomendações para a prática de actividade física.

Tabela 23 – Comportamento referente à actividade sexual dos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas orientações.

	Actividade Sexual		vp	OR	IC 95%
	Sim N (%)	Não N (%)			
	187 (35,3)	343 (64,7)			
Actividade Física					
Cumpre	75 (45,5)	90 (54,5)	0,001	1,875	(1,284 – 2,738) 1†
Não cumpre	112 (30,8)	253(69,2)			

† Classe de referência.

Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre a idade de início da actividade sexual e a prática de actividade física (tabela 24).

Tabela 24 – Comportamento referente à idade de início da actividade sexual dos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas regras.

	Idade de início da actividade sexual		vp	OR	IC 95%
	≤ 15 Anos N (%)	> 15 Anos N (%)			
	91 (48,7)	96 (51,3)			
Actividade Física					
Cumpre	41 (54,7)	34 (45,3)	0,184	1,495	1† (0,831 – 2,691)
Não cumpre	50 (44,6)	62 (55,4)			

† Classe de referência.

Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre o uso do preservativo e a prática de actividade física (tabela 25).

Tabela 25 – Comportamento referente ao uso do preservativo pelos adolescentes de acordo com o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física, resultados dos testes de independência e determinantes no cumprimento dessas recomendações.

	Uso do Preservativo		vp	OR	IC 95%
	Consistente N (%)	Não Consistente N (%)			
	129 (84,9)	23 (15,1)			
Actividade Física					
Cumpre	52 (85,2)	9 (14,8)	0,915	1,051	1† (0,424 – 2,605)
Não cumpre	77 (84,6)	14 (15,4)			

† Classe de referência.

3. DISCUSSÃO

3.1. Discussão da metodologia

O fundamento de se ter optado por estudar os conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos de idade, prende-se com o facto de este ser um período de mudanças biológicas, psicológicas e comportamentais, mas também de grandes riscos para a saúde. Como refere Correia (2004) é neste grupo etário que a maior parte dos comportamentos sexuais têm início, a incidência de doenças sexualmente transmissíveis é maior, bem como a frequência das relações sexuais é mais elevada.

A justificação de se ter optado pela aplicação de um questionário relaciona-se com as muitas vantagens deste instrumento, como sejam, o tamanho relativamente grande da amostra (530), a pouca interferência do investigador garantindo assim a privacidade das respostas, a fácil aplicação e ainda a possibilidade de poder recolher grande quantidade de informação, como por exemplo elementos sobre a duração (tempo), frequência (número de vezes), intensidade e tipo de actividade, o que nos pode fornecer dados que nos

permitam perceber se os indivíduos são sedentários ou activos (Oliveira e Maia, 2002).

A principal desvantagem da aplicação deste questionário, relacionou-se com o facto de não se poder aplicar aos adolescentes que faltaram às aulas no dia do preenchimento. No entanto se fossem identificados estes alunos, seria colocado em risco o princípio do anonimato.

Os resultados obtidos dizem respeito à opinião expressa pelos jovens inquiridos, não podendo ser extrapolado para a população adolescente em geral.

3.2. Discussão dos resultados

3.2.1. Conhecimentos e fontes de informação dos adolescentes

Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos afirmar que, em relação ao conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, os adolescentes do sexo feminino e os filhos de pais com um nível de escolaridade superior revelaram-se os mais informados, sendo que 70,2% dos adolescentes do sexo feminino identificaram correctamente a resposta para o conceito de planeamento familiar à semelhança de uma investigação desenvolvida por Correia (2004), com uma percentagem ligeiramente inferior (63,1%). Foram também os adolescentes do sexo feminino, em relação aos do sexo masculino, que demonstraram ter melhor conhecimento dos métodos contraceptivos, tendo referido conhecer mais que um método (78,7% vs 55,7%) corroborando os dados obtidos por Martins (2006) e Reis (2007) nos quais cerca de 60,0% dos adolescentes do sexo feminino tinham conhecimento dos métodos contraceptivos contra quarenta por cento do sexo masculino. Todos os adolescentes do nosso estudo assinalaram conhecer pelo menos um método contraceptivo.

A quase totalidade (99,4%) dos alunos inquiridos tem conhecimento sobre as DST (Sida, Hepatite B) confirmando dados encontrados noutras pesquisas (Martins, 2006; Brêtas, 2009) com 90,7% e 100% respectivamente.

Para a procura de informação sobre questões relacionadas com a sexualidade, a Internet foi o meio mais usado pelos adolescentes do nosso estudo (38,3%), o que vem corroborar dados obtidos em investigações semelhantes (Correia,

2004; Bélenger, 2011), verificando-se assim que este meio de informação é cada vez mais procurado e preferido dos adolescentes para satisfazerem as suas necessidades de informação.

Também os amigos são outra fonte de informação privilegiada. Neste estudo representam 18,5% das preferências dos adolescentes, ligeiramente acima da percentagem encontrada no estudo de Correia (2004) com cerca de 13,0%, mas abaixo dos valores encontrados noutros estudos recentes (Matos, 2010; Unni, 2010), nos quais os amigos representaram mais de 50,0% das escolhas dos adolescentes para receberem informações em matéria de sexo e sexualidade. Estes resultados demonstram assim a importância do grupo de pares em termos de socialização e construção da identidade dos adolescentes. Por outro lado, parece ser também o grupo que proporciona a abertura à mudança no sentido do desenvolvimento da autonomia e da independência (Barni, 2011).

A escolha dos pais como fonte de informação neste estudo é ligeiramente inferior à dos amigos (16,8%), tendo subido em relação aos dados encontrados por Correia (2004), cuja opção representava apenas 8,0% das escolhas dos adolescentes. Esta constatação poderá ser um indicador positivo de mudança na relação parental com os adolescentes na abordagem da sexualidade. Dados semelhantes foram encontrados por Brugman (2010) num estudo comparativo entre os Estados Unidos (19,0%) e a Holanda (15,0%), no qual os adolescentes recorriam aos pais para se informarem sobre questões relacionadas com a sexualidade.

Apesar da actual lei sobre educação sexual nas escolas ser ainda recente (Abril de 2010), ela é conhecida por 37,4% dos adolescentes da nossa amostra. No entanto, 22,2% dos adolescentes que afirmaram conhecer esta lei não concordam com a forma como a educação sexual está a ser abordada, apontando como principal motivo a carga horária não apropriada. Estes dados vem corroborar os obtidos numa investigação realizada por Matos (2010) sobre educação sexual em contexto escolar tendo os adolescentes escolhido como primeira opção a sexualidade, o tema de saúde a debater na escola. Também 47,2% dos adolescentes do nosso estudo consideraram que deveria existir uma disciplina específica para o ensino da sexualidade, o que demonstra que este é um tema prioritário nesta faixa etária. Na Holanda, onde se verifica a taxa mais baixa de gravidez na adolescência, 25,0% dos inquiridos de um estudo

desenvolvido por Brugman (2010) declararam ter recebido educação sexual na escola que frequentavam, contra 5,0% dos Estados Unidos.

3.2.2. Comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade

São os alunos que frequentam o 12º ano, os do sexo masculino, os que reprovaram, particularmente os que reprovaram dois ou mais anos, os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual. Pelo contrário, os adolescentes filhos de pais com nível de escolaridade superior e provenientes de famílias nucleares são os que têm menor percentagem em relação ao início da actividade sexual.

Dos que são sexualmente activos (35,3%), a primeira relação sexual ocorreu maioritariamente aos 16 anos de idade (40,1%), situando-se a média de idades nos 15,4 anos. Da análise comparativa entre os sexos, verifica-se que os adolescentes do sexo masculino iniciaram a actividade sexual mais cedo do que os adolescentes do sexo feminino. Estes resultados confirmam os obtidos noutros estudos (Correia, 2004; Kohler, 2008; Araújo, 2009; Reis, 2009). Verifica-se que são também os adolescentes filhos de famílias não nucleares os que iniciam a actividade sexual mais cedo (65,0%), o que de algum modo poderá reflectir o papel da família na educação sexual dos jovens.

Dos que iniciaram a actividade sexual com 15 anos de idade ou menos, 61,2% referiram como motivo a curiosidade corroborando os dados obtidos por Matos (2011) e que segundo Anastácio (2010) denota o sentido de descoberta, da experimentação. Esta percentagem diminui para quase metade nos adolescentes que iniciaram após os 15 anos. Os dados obtidos poderão indicar a existência de alguma imaturidade por parte dos mais jovens, representando assim maior risco em termos de comportamentos e de saúde sexual.

Dos métodos contraceptivos mais conhecidos pelos adolescentes da nossa amostra, 82,2% demonstraram preferência de utilização do preservativo, sendo que, destes, 84,9% o utilizam de forma consistente, valores muito próximos dos encontrados num estudo realizado por Vilelas (2008) no qual 85,7% dos adolescentes indicaram usarem o preservativo. Da análise comparativa entre os sexos, o sexo masculino apresenta maior percentagem de utilização (71,1%).

Estes dados corroboram os de outras pesquisas recentes (Reis, 2009; Vail-Smith, 2010; Burgman, 2010; Matos, 2011) e são ligeiramente superiores aos encontrados num estudo idêntico realizado por Correia (2004) no qual 55,4% dos adolescentes portugueses referiram o uso consistente do preservativo. Os factos descritos poderão indicar que existe maior disponibilidade de informação que estará a traduzir-se nos comportamentos adoptados, embora os conhecimentos por si só não alterem comportamentos. A informação tem que ser interiorizada e despertar no adolescente uma necessidade de mudança. A eficácia do conhecimento só será possível se forem combatidos mitos existentes em relação a determinadas práticas, como por exemplo, a ideia de que o preservativo diminui o prazer sexual. Esta resposta foi para 60,9% dos adolescentes deste estudo a razão pela qual não utilizaram preservativo nas relações sexuais. Este factor, em conjunto com outros, como o *não saber utilizar* e *não se sentir à vontade para comprar*, justifica a existência no nosso estudo de uma percentagem considerável, cerca de 15,0% que não usa o preservativo de forma consistente. São estes adolescentes que devem ser alvo de preocupação por parte do sistema de saúde e de educação.

3.2.3. Prática de actividade física dos adolescentes

Do total dos adolescentes que participaram neste estudo, 68,8% apresentam níveis insuficientes de actividade física. Estes dados estão de acordo com outros encontrados em estudos recentes (Silva, 2009; Ceschini, 2009; Tenório, 2010), mas em contradição com um estudo realizado por Matillas (2011), no qual a percentagem de adolescentes espanhóis inactivos representa apenas 40,3%. Estas discrepâncias nos resultados poderão ser explicadas pelas diferenças dos procedimentos metodológicos utilizados nos estudos.

São os alunos que frequentam o 12º ano que referem maior índice de actividade física (38,6%), o que contraria as conclusões de outros autores (Seabra, 2008; Teixeira et al, 2008; Matillas, 2011) que referem uma diminuição da actividade física à medida que a idade aumenta. O facto poder-se-á justificar pela menor carga horária (menos disciplinas) destes alunos, permitindo-lhes maior

disponibilidade para a prática de actividades físicas fora do contexto escolar, pois como refere Maia & Seabra (2008) os adolescentes passam uma grande parte do tempo diário na escola, o que obriga a que muita da sua possível participação em actividade física tenha que ser realizada fora dos períodos escolares. No entanto, atendendo à análise comparativa entre os sexos, os adolescentes do sexo masculino são mais activos que os adolescentes do sexo feminino (43% vs. 22,1%). O nosso estudo corrobora os de um estudo europeu Ruíz et al (2011), no qual os adolescentes do sexo masculino são mais activos, 56,8% cumpre as recomendações para a prática de actividade física, contra apenas 27,5% dos adolescentes do sexo feminino.

Os adolescentes filhos de pais com nível de escolaridade superior e os que vivem no meio urbano referem praticar mais actividade física. Estes dados estão de acordo com outros autores (Seabra, 2008; Tenório, 2010) que consideram o estatuto social e económico e o local de residência factores que influenciam positivamente a prática de actividade física.

3.2.4. Associação entre os comportamentos sexuais e o cumprimento das recomendações para a prática de actividade física

Os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual apresentam cerca de duas vezes (OR=1,875) mais probabilidade de cumprirem as recomendações para a prática de actividade física. Esta ocorrência poderá estar relacionada com o facto de a actividade física permitir maior contacto e partilha de aprendizagens entre os jovens. Os adolescentes sexualmente activos terão maior preocupação para manterem o corpo em forma, podendo assim aumentar a capacidade de atracção. Por sua vez a actividade física melhora o estado de saúde como um todo e eleva a auto-estima, o que poderá também trazer benefícios à sexualidade.

4. CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos e tendo em conta as limitações desta investigação, é possível concluir:

- A grande maioria dos adolescentes conhece a definição correcta de planeamento familiar.
- A quase totalidade dos adolescentes identificou correctamente as doenças sexualmente transmissíveis.
- A maioria dos adolescentes indicou conhecer mais que um método contraceptivo.
- A actual lei sobre a educação sexual nas escolas é conhecida por 37,4% dos adolescentes.
- Dos adolescentes em estudo 35,3% já iniciaram a actividade sexual.
- A média de idade da primeira relação sexual situa-se nos 15,4 anos.
- A prevalência do uso consistente do preservativo nos adolescentes foi de 84,9%.
- Os resultados obtidos sugerem baixo nível de actividade física nos adolescentes, sendo que os rapazes são mais activos que as raparigas.
- Existe uma associação estatisticamente significativa entre a actividade sexual e a prática de actividade física, sendo que os adolescentes que já iniciaram a actividade sexual cumprem mais as recomendações para a prática de actividade física.

Parece-nos importante serem realizados outros estudos, introduzindo outras variáveis do comportamento sexual e da sexualidade no sentido de se perceber se de facto existe associação entre estes comportamentos e a prática de actividade física na população adolescente, a nível nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramovay M. Juventudes e sexualidade. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2004.
2. Ainsworth B. Haskel W. et al. Compendium of physical activities: an update of activities codes and MET intensities. *Med.Sci. Sport Exercise* 2000; 32(9): 498-516.
3. Altmann H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. *Estudos Feministas* 2001; 2: 575-585.
4. Amado, J. & Freire, I. Definições, incidência e causas da violência em Portugal. Centre for Educational Research, 2005.
5. American Heart Association. Risk Factors you Can Change. 2008. Acedido em 26/07/2010. Disponível em <http://americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=494#inactivity>.
6. Anastácio Z. Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2010, 2, 695-705.
7. Andersen, L.B., et al. Physical Activity and clustered Cardiovascular risk in children: a cross-sectorial study (The European Youth Heart Study). *Lancet*, 2006, 368, 29-304.
8. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(3): 551-562.
9. Assembleia da República, Lei nº12/2001 de 29 de Maio. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/legislacao/legislacao_farmaceutica_compilada/lei_12-2001.pdf. Acedido em 09/11/2010.
10. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia. Seul 2008.
11. Azevedo M., Araújo C., et al. Continuidade na prática de actividade física da adolescência para a idade adulta: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2007;41 (1): 69-75.
12. Barbosa, A., O adolescente e o profissional de saúde. *Boletim Educação Sanitária*, vol. VIII, nº 1, Outubro, 29-44. 1985.

13. Barni, Daniela, Ranieri, Sonia, Scabini, Eugenia and Rosnati, Rosa. Value transmission in the family: do adolescents accept the values their parents want to transmit?, *Journal of Moral Education*, 2011, 40: 1, 105 — 121.
14. Bar-Or O, Rowland T. *Pediatric exercise medicine - from physiologic principles to health care application*. Champaign: Human Kinetics; 2004.
15. Barreiros, S.F. *Diferenças de gênero nas percepções dos jovens acerca do uso da violência no namoro. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. 2009.*
16. Barros MVG, Nahas MV, Hallal PC, Farias Junior JC, Florindo AA, Barros SSH. Effectiveness of a School-Based Intervention on Physical Activity for High School Students in Brazil: The Saude na Boa Project. *J Phys Act Health*; 6(2):163-169. 2008
17. Beadnell, B., Morrison, D., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Gillmore, M. R., & Nahom, D. Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *The Journal of Sex Research* 2005, 42(3), 192-203.
18. Bedin, V., *Qu'est-ce que L'Adolescence?* Auxerre: Éditions Sciences Humaines. 2009.
19. Bélanger et al. A U-Shaped Association Between Intensity of Internet Use and Adolescent Health. *Pediatrics*, 2011, 127,e330-e335.
20. Belarmino, G. O., Moura, E. R. F., Oliveira, N. C., & Freitas, G. L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009. 22, 169-175.
21. Belo, M. A. V., & Silva, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 2004; 38, 479-487.
22. Bouchard, C., Shephard, R. *Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts*. Champaign: Human Kinetics. 1993.
23. Bouchard C, Malina R, Pérusse L. *Genetics of fitness and physical performance*. Champaign: Human Kinetics; 1997.
24. Brêtas JRS, et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. Esc. Enfermagem* 2009, 43 (3): 551-7.

25. Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. South African adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention* 2006, 18(3), 259-272.
26. Brugman, Margaret , Caron, Sandra L. and Rademakers, Jany'Emerging Adolescent Sexuality: A Comparison of American and Dutch College Women's Experiences, *International Journal of Sexual Health*, 2010, 22: 1, 32 – 46.
27. Cano, M. A. T., Ferriani, M. G. C., & Gomes, R. Sexualidade na adolescência: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2000. 8 (2), 18-24.
28. Carpensen, C., Powell, K. & Christenson, G. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports* 1985, 100 (2), 126-13.
29. Carron A, Hausenblas H, Estabrooks P. Individual correlates of physical activity. In: Dorwick T, editor. *The psychology of physical activity*. New York: McGraw-Hill; 2003.
30. Castro, J. Rodrigues, V. Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. *Rev. esc. enferm.* 2009, vol.43 no.4.
31. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília(DF): UNESCO/MEC/Coordenação Nacional de SDT/AIDS/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/ Instituto Ayrton Senna; 2004.
32. Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. Gravidez na adolescência: Perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007. 23, 177-186.
33. Ceschini FL et al. Inatividade física em estudantes do ensino médio. *Jornal de Pediatria*, 2009;85 (4): 301-306.
34. Cleland V, Venn A, Fryer J, Dwyer T, Blizzard L. Parental exercise is associated with Australian children's extracurricular sports participation and cardiorespiratory fitness: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2005; 2:1-9.
35. Coimbra, A. Crônicas de mortes anunciadas. Violência doméstica, imprensa e questões do gênero em articulação com a educação da cidadania. *Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*. 2007.

36. Constantino. *Desporto – Geometria e Equívocos*. Livros Horizonte. 2006. Lisboa.
37. Correia Teresa. Saúde reprodutiva - planeamento familiar. Conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes Portugueses. Tese de Doutoramento. 2004. Faculdade de Medicina do Porto.
38. Costa J. Uso do Preservativo em Adolescentes. A importância de novas campanhas na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. 2010. News nº 15 | Junho/Julho.
39. Costa, M.E. & Duarte, C. *Violência Familiar*. Edições Ambar. 2000. Porto.
40. De Rosa, C. J., K. A. Ethier, et al. Sexual intercourse and oral sex among public middle school students: prevalence and correlates. *Perspect Sex Reprod Health* 2010, 42(3): 197-205.
41. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, Adoptada pela 18.^a Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, Junho 1964, pela 53.^a AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29).
42. Despacho n.º 19737/2005, de 15 de Junho. Acedido em 03/11/2010, disponível em www.educacao.te.pt.
43. Dias, A. B., & Aquino, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006. 22, 1447-1458.
44. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pdf/uma-juventude-a-procura-de-um-futuro-saudavel/nascimentos-em-mulheres-adolescentes/> , acedido em 07/11/2010.
45. Duncan M, Woodfield L, Al-Nakeeb Y, Nevill A. The impact of socio-economic status on the physical activity levels of British secondary school children. *European Journal of Physical Education* 2002; 7:30-44.
46. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychol*, 2005; 24:3-10.
47. Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H.. Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States. 2005.

48. Esculcas C, Mota J. Actividade física e práticas de lazer em adolescentes. *Rev Port Ciências Desp*;5 (1): 69-76. 2005.
49. Espinheira, F., Jólluksin, G. Violência e bullying na escola. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0502. 2009, 6, 106-115.
50. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Y Organización Mundial de la Salud. *Los Jóvenes y El VIH/SIDA – Una Oportunidad En Un Momento Crucial*. Ginebra. 2002.
51. FNUAP. Fundo das Nações Unidas para a população. *A situação da população mundial 2005 – A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. New York: FNUAP. 2005.
52. Frydenberg, R. *Adolescent coping: advances in theory, research and practice*. New York: Routledge, 2008.
53. Gonçalves, H., & Knauth, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia*, 2006. 49, 625-643.
54. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Popkin BM. Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. *Am J Prev Med*; 2004; 27:277-83.
55. Gouveia C, Silva L, et al. Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do Concelho de Lisboa. *Revista Acta Pediátrica de Lisboa*, 2007; 38 (1), 7-12.
56. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2003 (Abridged). *J Sch Health* 2004; 74:307-24.
57. Grupo de Trabalho para a Educação para a Saúde/Sexual. Relatório Preliminar. Acedido em 10/11/2010. Disponível em http://www.dgidc.minedu.pt/Educaçãosexual/relatoriopreliminar_ES_31_10_2005.pdf.
58. Grupo de Trabalho para a Educação para a Saúde/Sexual. Relatório de Progresso. 2007a. Acedido em 04/11/2010, disponível em <http://www.dgidc.minedu.pt/educaçãosexual>.

59. Grupo de Trabalho para a Educação para a Saúde/Sexual. Relatório final. 2007b. Acedido em 04/11/2010, disponível em <http://www.dgidc.minedu.pt/educaçãosexual/relatóriofinal.pdf>
60. Guimarães, E. A., & Witter, G. P. Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens. *Boletim Academia Paulista de Psicologia* 2007, 27 (2), 167-180.
61. Hallal, P.C. et al. Prevalência de Sedentarismo e factores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, 22(6): 1277-1287.
62. Hutchinson M. et al. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviours among urban adolescent females. A prospective study. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33, 98-107.
63. Ingram DK. Age-related decline in physical activity: generalization to nonhumans. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32:1623-9.
64. Instituto Nacional de Estatística. 2005-2006. Disponível em www.ine.pt. Acedido em 08/10/2010.
65. Jackson, S. Constructions of sexual health problems and sexual identities in letters to a teenage magazine. *Sexualities*, 2005; 8(3): 282–305.
66. Janz, K. F. et al. Tracking of activity and sedentary behaviours in children: the Iowa Bone Development Study. *Am. J. Prev. Med.*, 2005, 29. 171-178.
67. Júnior OMR. Contribuições da cultura adolescente e da Androginia à Sexologia. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 1991; 2: 118-24.
68. Kesaniemi Y, Danforth Jr., et al. Dose-reponse issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med Sci Sport Exercise*. 2001; 33 (6) 531-8.
69. Kohler P.K. et al. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy, *Journal of Adolescent Health* 42 (2008) 344–35.
70. Kraut A, Melamed S, Gofer D, Fromm P. Effect of school age sports on leisure time physical activity in adults: The Cordis Study. *Med Sci Sports Exerc*; 2003; 35:2038-42.
71. Langille, D. B., M. Asbridge, et al. Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sex Health* 2010, 7(2): 199-204.

72. Lasheras L, Aznar S, Merino B, Lopez EG. Factors associated with physical activity among Spanish youth through the National Health Survey. *Prev Med* 2001; 32:455-64.
73. Lefkowitz ES, Boone TL, Shearer CL. Communication with best friends about sex-related topics during emerging adulthood. *J Youth Adolesc* 2004; 33:339-51.
74. Lei n.º3/84, de 24 de Março. Acedido em 02/11/2010, disponível em www.apf.pt/cms/files/conteudos/Lei%203.pdf.
75. Li, Q. Cyberbullying in Shools. A Research of Gender Differences. *School Psychology International*; 2006, 27 (2) 157-170.
76. Lopez-Amoros, M., A. Schiaffino, et al.. Factors associated with self-reported use of emergency contraception among the school population aged 14-18 years. *Gac Sanit.* 2010, 24(5): 404-409.
77. Lopes Neto, A. A. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria* 2005, v. 81, n. 5, p. 164-172.
78. Maia A, Seabra A. Determinantes biológico e socioculturais associados à prática de actividade física em adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24 (4): 721-736.
79. Maia, J.; Lopes; Moraes. Actividade física e aptidão física associada à saúde - Um estudo de epidemiologia genética em gémeos e suas famílias realizado no arquipélago dos Açores. FCDEF-UP e DREFD Porto, 2001.
80. March, A. L. and A. Serdar Atav. Social environment and problem behavior: perceived school safety, gender, and sexual debut. *J Sch Nurs* 2010, 26(2): 121-130.
81. Machado, C. Gonçalves, R. *Violência e Vitima de Crimes*. Coimbra, Quarteto Editores. 2003.
82. Martinez-Gomez, D., J. P. Rey-Lopez, et al. Excessive TV viewing and cardiovascular disease risk factors in adolescents. The AVENA cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010, 10: 274.
83. Martín-Matillas, et al. Physical activity among Spanish adolescents: Relationship with their relatives' physical activity - The AVENA Study. *Journal of Sports Sciences*, 2011, 29: 4, 329 — 336.

84. Martins LBM et al. Uso de preservativo masculino e conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, 2006, 22 (2):315-323.
85. Matos, M; Simões, C; Canha, L; Fonseca, S., Saúde e Estilos de Vida nos Jovens Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (1996). Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. 2000.
86. Matos, M e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. A Saúde dos Adolescentes Portugueses (4 anos depois) - Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS (2002). Faculdade de Motricidade Humana Universidade Técnica de Lisboa. 2003.
87. Matos M. G., Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. Lisboa: CDI, Faculdade de Motricidade Humana, 2005.
88. Matos M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/sida, 2006. Disponível on-line em www.aventurasocial.com, acedido em 18/10/2010.
89. Matos M, Sampaio D. Educação sexual no contexto escolar em Portugal: dando voz aos alunos. *Arq Med* 2010; 4 (5): 175-177.
90. Matos M e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. Problemas emergentes e contextos sociais. Dados nacionais 2010 – Abril 2011. Disponível http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2bHBSC%20Adolescentes%20010-11.pdf, acedido em 04/05/2011.
91. Medronho, RA. *Epidemiologia*. Editora Atheneu; 2003.
92. Ministério da Educação. Programa do Desporto Escolar. Anos lectivos de 2007-2008 e 2008-2009. 2007.
93. Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. 2010.
94. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2010. Disponível em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/Documents/Documento_VIH_SIDA_141.pdf. Acedido em 07/11/2010.
95. Mota, J.; Sallis, J.. *Actividade Física e Saúde - Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Campo das Letras (Ed.). Porto. 2002.

96. Mota, J. Actividade Física e Obesidade na população infanto-juvenil. Referências e reflexões. A actividade Física: do lazer a rendimento. A estética, a saúde e o espectáculo. Lamego: Instituto Superior Politécnico de Viseu. 2002.
97. Neiverth, I. S., & Alves, G. B. Gravidez na adolescência e mudança no papel social da mulher. *Paidéia*, 2002, 12, 229-240.
98. Nóbrega J. Escola, Educação Física e Saúde. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto. 2005.
99. Nodin, N., Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em finais do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 2001.
100. Oehlschlaeger MH, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalence of sedentarism and its associated factors among urban adolescents. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38:157-63.
101. Oliveira, A., et al, Determinantes da Obesidade nos Adolescentes. Comunicação apresentada em Actas Vº Seminário Internacional / IIº Ibero Americana de Educação Física, Lazer e Saúde. 2009.
102. Oliveira, M.; Maia, J. Avaliação multimodal da actividade física - um estudo exploratório em gémeos monozigóticos e dizigóticos. F.C.D.E.F. - U.P. (Ed.) 2002.
103. Organização Mundial de Saúde. Benefits of Physical Activity. 2008. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/ Acedido em 15/09/2010.
104. Organização Mundial de Saúde. Physical Activity and Young People. 2008a Acedido em 15/09/2010. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/inde.
105. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico de un Comité de Expertos. Necesidades de salud de los adolescentes. Série de Informes Técnicos, 609, Genebra. 1977.
106. Ortega, F.B., Ruiz, & Sjostrom. Physical activity overweight and central adiposity in Swedish children and adolescents: The European Youth Heart Study. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, 2007,4, 61.
107. Pamela K. Kohler, R.N., M.P.H., Lisa E. Manhart, Ph.D., and William E. Lafferty, M.D. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the

Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health* 2008, 42, 344–351.

108. Pate, R.R., Almeida, M. J., McIver, K.L., Pfeiffer, K. A., & Dowda, M. Validation and calibration of an accelerometer in preschool children. *Obesity (Silver.Spring)*, 2006,14, 2000-2006.

109. Pelège, P. & Picod, C. *Éduquer à la sexualité. Un enjeu de société*. Paris: Dunod. 2006.

110. Peltzer, K.. "Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries." *Acta Paediatr* 2010, 99(8): 1242-1247.

111. Pinto, MAS. Actividade física e consumo de tabaco, álcool e haxixe. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de especialização de Desporto de Recreação e Lazer. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. 2004.

112. Poehlman ET, Denino WF., et al. Effects of endurance and resistance training on total daily energy expenditure in young women: A controlled randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002; 87: 1004-9.

113. Queirós, P. O corpo na Educação Física: leitura axiológica à luz de práticas e discursos. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. 2002.

114. Raudsepp L, Viira R. Influence of parents' and siblings' physical activity on activity levels of adolescents. *European Journal of Physical Education* 2000; 5:169-78.

115. Reis M., Matos MG. Contraceção - conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, 8 (2), 209-220.

116. Reis M., Ramiro L., Matos M. Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 2009; (6) 2:206-214.

117. Resolução da Assembleia da República nº27/2007 de 21 de Junho de 2007. *Diário da República*, 1ª Série, nº 118, 3918.

118. Ressel LB, Gualda D. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Ver Esc Enferm*. 2003; 37(1): 82-7.

119. Riddoch, C.J., Mattocks, C., Deere, K., Saunders, J., Kirkby, J., Tilling, K. et al., Objective measurement of levels and patterns of physical activity. *Arch.Dis.Child*, 2007, 92, 963-969.
120. Rodrigues V. et al. Os professores e a educação/promoção para a saúde. 2007. Acedido em 05/11/2010, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6694/1>
121. Roest, A. M. C., Dubas, J. S. & Gerris, J. R. M. Value transmissions between parents and children: gender and developmental phase as transmission belts, *Journal of Adolescence*, 2010, 33 (1), 21–31.
122. Romo LF, Berenson AB, Wu ZH. The role of misconceptions on latino womens' acceptance of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2004; 69:227-35.
123. Rosenberg DE, Bull FC, Marshall AL, Sallis JF, Bauman AE. Assessment of Sedentary Behavior With the International Physical Activity Questionnaire. *J Phys Act Health* 2008; 5(S1): 30-44.
124. Romero KT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. Romero KT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev. Assoc. Med. Bras*; 2007 jan./fev; 53(1): 14-19.
125. Rowlands, A. V. & Eston, R. G., The measurement and interpretation of children's physical activity. *Journal of Sports Science and Medicine*, 2007, 6, 270-276.
126. Rowland TW. The biological basis of physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30:392-9.
127. Ruíz JR, Ortega FB, Martínez-Gómez D, Labayen I, Moreno LA, De Bourdeaudhuij I, Manios Y, Gonzalez-Gross M, Mauro B, Molnar D, Widhalm K, Marcos A, Beghin L, Castillo MJ, Sjöström M; on behalf of the HELENA Study Group. *Am J Epidemiol*. 2011 Apr 5.
128. Sadock V. Human sexuality in Kaplan & Sadock's comprehensive textebok of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
129. Sallis JF, Alcaraz JE, McKenzie TL, Hovell MF. Predictors of change in children's physical activity over 20 months: variations by gender and level of adiposity. *Am J Prev Med* 1999; 16:222-9.
130. Sampaio, D., A cinza e o tempo. 4º ed. Lisboa. Editorial Caminho. 1997

131. Sampaio, D., *Lavrar o Mar*, 1ª Edição, Lisboa, Editorial Caminho. 2006.
132. Santos A, Ogando C. *Adolescendo. Educação da Sexualidade na Escola. Da Teoria à Prática*. Lisboa: Didáctica Editora. 2001.
133. Santos, J. Atributos da qualidade da competição desportiva escolar: estudo comparativo entre as percepções dos praticantes e respectivos encarregados de educação. 2009. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.13/43>, acedido em 12/11/2010.
134. Seabra A. *Influência de determinantes demográfico-biológicos e sócio-culturais nos níveis de actividade física de crianças e jovens* [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2004.
135. Silva et al. Nível de atividade física e comportamento sedentário em escolares. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009, 11 (3): 299-306.
136. Silveira, I. P., Oliveira, M. I. V., & Fernandes, A. F. C. Perfil obstétrico de adolescentes de uma maternidade pública do Ceará. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 2004. 8, 205-210.
137. Simões, C., *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT, 2007.
138. Sousa, M. C. R., & Gomes, K. R. O. Conhecimento objectivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009. 25, 645-654.
139. Sousa P. Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects. *The Spanish Journal of Psychology* 2008; 11(2): 551-563.
140. Sousa, S., T. Correia, et al.. Violence in adolescents: social and behavioural factors. *Gac Sanit* 2010 24(1): 47-52.
141. Surís J, Parera N. Don't stop, don't stop: physical activity and adolescence. *Int J Adolesc Med Health* 2005; 17:67-80.
142. Taquette, SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e género: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2004, fev; 20 (1): 282-90.
143. Teixeira J. Educação em sexualidade em contexto escolar. *Actas das Jornadas DCILM Braga*, 2002; 155-170.

144. Teixeira e Seabra AF, Maia JA, Mendonça DM, Thomis M, Caspersen CJ, Fulton JE. Age and sex differences in physical activity of Portuguese adolescents. *Med Sci Sports Exerc.* 2008 Jan; 40 (1):65-70.
145. Teixeira, S. A. and S. R. Taquette. Violence and unsafe sexual activity of adolescents under 15 years of age. *Rev Assoc Med Bras* 2010, 56(4): 440-446.
146. Tenório, M.C.M. et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 105-107.
147. Thorburn AW, Proietto J. Biological determinants of spontaneous physical activity. *Obes Rev* 2000; 1:87-94.
148. Torres CA *et al* Percepções de Adolescentes Sobre a Sua Sexualidade Esc Anna Nery R Enferm 2007 jun; 11 (2): 296 - 302.
149. Tsitsika, A., D. Greydanus, et al.. "Adolescents dealing with sexuality issues: a cross-sectional study in Greece." *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010, 23(5): 298-304.
150. Twisk JWR. Physical activity guidelines for children and adolescents: A critical review. *Sports Med* ; 2001, 3 (8): 617-627.
151. Tyrode Y., Bourcet S. Os Adolescentes Violentos. Lisboa. Climepsi Editores. 2002.
152. Unni, J. C. Adolescent attitudes and relevance to family life education programs. *Indian Pediatr* 2010; 47(2): 176-179.
153. US Department of Health and Human Services. Physical Activity guidelines advisory committee report. Washington DC, 2008.
154. Vail-Smith, Karen, Maguire, Rachel L., Brinkley, Jason and Burke, Sloane'Sexual Behaviors during the First Year of College: An Exploratory Comparison of First and Second Semester Freshmen', *American Journal of Sexuality Education*, 2010, 5: 2, 171 — 188.
155. Vieira, L. M., Saes, S. O., Dória, A. A. B., & Goldberg, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil*, 2006. 6, 135-140.
156. Vilelas Janeiro JMS. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3):382-90.

157. Vilhjalmsson R, Thorlindsson T. Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Soc Sci Med* 1998; 47:665-75.
158. Vilhjalmsson R, Kristjansdottir G. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Soc Sci Med* 2003; 56:363-74.
159. Wagner A, Klein-Platat C, Haan M, Arveiler D, Shlienger J, Simon C. Relations entre niveau d'activité physique des collégiens et celui de leurs parents: associations avec le niveau socio-économique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; 50:74-5.
160. Whaley & Wong. *Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais. À intervenção efectiva.* 5ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara. 1999.
161. World Health Organization (WHO). *World report on violence health.* Geneve. 2002.
162. World Health Organization. *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development.* Geneva: WHO 2004. Library Cataloguing.
163. Wynn LL, Trussell J. The social life of emergency contraception in the United States: disciplining pharmaceutical use, disciplining sexuality, and zygotic bodies. *Med Anthropol Q* 2006; 20:297-320.
164. World Health Organization. *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from 2001/2002 survey.* Geneva: World Health Organization; 2004.
165. Yi, S., K. C. Poudel, et al.. Role of risk and protective factors in risky sexual behavior among high school students in Cambodia. *BMC Public Health* 2010; 10: 477.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento da recolha de dados

EPI LIFE (Modificado)

Questionário N°

As questões que se seguem referem-se aos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes da cidade de Bragança. O questionário é **anónimo**, pelo que não deves identificar-te. Responde, por isso, a todas as questões com a máxima **sinceridade**. As informações destinam-se apenas a tratamento estatístico, para o objectivo do estudo (Analisar a associação entre a sexualidade e a prática de exercício físico nos adolescentes do Ensino Secundário).

Parte I

(NÃO PREENCHER)

1. Sexo

1.

- Feminino ⁽¹⁾ Masculino ⁽²⁾

2. Qual a tua idade?

2.

- 14 Anos ⁽¹⁾ 15 Anos ⁽²⁾ 16 Anos ⁽³⁾
 17 Anos ⁽⁴⁾ 18 Anos ⁽⁵⁾ 19 ou mais anos ⁽⁶⁾

3. Qual a escolaridade dos teus pais?

3.

Mãe ^(a) Pai ^(b)

a) b)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Instrução primária ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Ciclo preparatório ⁽²⁾ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Ensino Secundário ⁽³⁾ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Formação superior ⁽⁴⁾ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Outra ⁽⁵⁾ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Qual o teu local de residência?

4.

- Urbano ⁽¹⁾ Rural ⁽²⁾

5. Com quem vives?

5.

- Ambos os pais ⁽¹⁾
 Mãe ⁽²⁾
 Pai ⁽³⁾
 Mãe e padrasto/companheiro ⁽⁴⁾
 Pai e madrasta/companheira ⁽⁵⁾
 Outros familiares ⁽⁶⁾

6. Qual é a tua área de opção escolar?

- Ciências e tecnologias ⁽¹⁾
- Ciências socioeconómicas ⁽²⁾
- Línguas e humanidades ⁽³⁾
- Artes visuais ⁽⁴⁾
- Outra ⁽⁵⁾

6.

7. Já alguma vez reprovaste?

- Sim ⁽¹⁾
- Não ⁽²⁾

7.

7.1. Se SIM, quantas vezes?

- 1 ⁽¹⁾
- 2 ⁽²⁾
- >2 ⁽³⁾

7.1.

8. Qual a resposta que melhor define planeamento familiar?

- Controlo de nascimentos ⁽¹⁾
- Ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável ⁽²⁾
- Rastreio de doenças sexualmente transmissíveis ⁽³⁾

8.

9. Tens conhecimento da nova Lei sobre a Educação Sexual nas escolas, publicada em Abril de 2010?

- Sim ⁽¹⁾
- Não ⁽²⁾

9.

9.1. Se sim, concordas com a forma como a Educação Sexual está a ser abordada?

- Sim ⁽¹⁾
- Não ⁽²⁾

9.1.

9.2. Se não concordas, porquê?

- O programa não se adapta ⁽¹⁾
- A carga horária não é apropriada ⁽²⁾
- A abordagem não deveria ser transversal (em todas as disciplinas) ⁽³⁾
- Outro motivo ⁽⁴⁾

9.2.

10. Achas importante existir uma estrutura de saúde que apoie especificamente os adolescentes na área da Saúde Sexual e Reprodutiva?

Sim ⁽¹⁾

Não ⁽²⁾

10.

10.1. Se SIM, onde achas que deveria funcionar?

Na escola como disciplina autónoma ⁽¹⁾

Na escola como enfermaria/gabinete ⁽²⁾

Na junta de freguesia como entidade própria ⁽³⁾

No Centro de Saúde ⁽⁴⁾

Outro ⁽⁵⁾

10.1.

11. Para te informares sobre temas relacionados com Saúde Sexual e Reprodutiva procuras em (assinala apenas a tua escolha mais frequente):

Televisão ⁽¹⁾

Jornais ⁽²⁾

Livros ⁽³⁾

Pai ⁽⁴⁾

Mãe ⁽⁵⁾

Amigos ⁽⁶⁾

Profissionais de saúde ⁽⁷⁾

Internet ⁽⁸⁾

Ninguém ⁽⁹⁾

Outra ⁽¹⁰⁾

11.

12. Das doenças a seguir indicadas qual a que consideras sexualmente transmissível:

Hepatite B ⁽¹⁾

Sarampo ⁽²⁾

Varicela ⁽³⁾

Rubéola ⁽⁴⁾

Sida ⁽⁵⁾

12.

13. Já alguma vez tiveste relações sexuais?

Sim ⁽¹⁾

Não ⁽²⁾

13.

(Se respondeste **NÃO**, passa para a pergunta 16)

13.1. Se SIM, que idade tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual?

13.1.

Idade _____ anos

13.2. Qual o motivo?

13.2.

- Estar muito apaixonado(a) ⁽¹⁾
- Por curiosidade ⁽²⁾
- Por incapacidade de dizer não ⁽³⁾
- Porque os amigos também já tinham relações sexuais ⁽⁴⁾

13.3. Em que situação?

13.3.

- Foi planeada ⁽¹⁾
- Aconteceu ⁽²⁾
- Foste obrigado(a) ⁽³⁾
- Estavas sob o efeito do álcool ⁽⁴⁾
- Estavas sob o efeito de drogas ⁽⁵⁾

13.4. Com quem tiveste essa primeira relação sexual?

13.4.

- Com um amigo(a) /namorado(a) ⁽¹⁾
- Com um desconhecido(a) ⁽²⁾
- Outro ⁽³⁾

14. No último ano, tiveste relações sexuais:

- Todos os dias ⁽¹⁾
- Uma vez por semana ⁽²⁾
- Uma vez por mês ⁽³⁾
- Raramente ou uma a duas vezes por ano ⁽⁴⁾
- Irregularmente, mas com períodos intensos de vez em quando ⁽⁵⁾
- Nunca ⁽⁶⁾

14.

15. Até hoje quantos companheiros (as) sexuais tiveste?

15.

- Nenhum ⁽¹⁾
- Um ⁽²⁾
- Dois a cinco ⁽³⁾
- Seis a dez ⁽⁴⁾
- Mais de dez ⁽⁵⁾

16. Consideras-te:

16.

- Heterossexual ⁽¹⁾
- Bissexual ⁽²⁾
- Homossexual ⁽³⁾

17. Consideras-te satisfeito com a tua sexualidade?

17.

- Muito satisfeito ⁽¹⁾
- Pouco satisfeito ⁽³⁾
- Não sei ⁽⁵⁾
- Satisfeito ⁽²⁾
- Nada satisfeito ⁽⁴⁾

18. Que métodos conheces para evitar a gravidez?

18.

- Pílula ⁽¹⁾
- Contraceção de emergência ⁽³⁾
- Outro ⁽⁴⁾
- Preservativo ⁽²⁾

18.1. Usas algum?

18.1.

- Sim ⁽¹⁾
- Não ⁽²⁾

19. Usas preservativo nas tuas relações sexuais?

19.

- Sim ⁽¹⁾
- Não ⁽²⁾

19.1. Se SIM, com que frequência o usas?

- Sempre ⁽¹⁾
- Quase sempre ⁽²⁾
- De vez em quando ⁽³⁾
- Raramente ⁽⁴⁾

19.1.

19.2. Se não o utilizas sempre, é porque:

- Não sabes como utilizar ⁽¹⁾
- Não te sentes à vontade para os comprar ⁽²⁾
- Diminui o prazer sexual ⁽³⁾
- Usas outro método anticoncepcional ⁽⁴⁾
- Diminui a confiança do parceiro ⁽⁵⁾
- És fiel ⁽⁶⁾
- Tens a certeza que o teu parceiro é fiel ⁽⁷⁾
- Não te habituaste desde o início da actividade sexual ⁽⁸⁾
- Outro ⁽⁹⁾

19.2.

20. Já alguma vez te sentiste vítima de agressão?

20.

- Sim ⁽¹⁾ Não ⁽²⁾

20.1.

20.1. Se Sim, que tipo de violência sofreste?

- Violência física ⁽¹⁾
 Violência sexual ⁽²⁾
 Violência psicológica ⁽³⁾

20.2.

20.2. Quem te agrediu?

- Mãe ⁽¹⁾ Pai ⁽²⁾ Professor(a) ⁽³⁾
 Amigo(a) ⁽⁴⁾ Colega ⁽⁵⁾ Desconhecido ⁽⁶⁾
 Outro ⁽⁷⁾

Parte II

As questões que se seguem referem-se aos comportamentos de actividade física/exercício físico que normalmente tens no teu dia-a-dia.

21. Fora da escola, no teu tempo livre, com que frequência, intensidade e duração costumas fazer esforços físicos (como andar, trabalhar, realizar pequenas tarefas...) de tal forma que fiques cansado(a), isto é, com respiração ofegante?

FREQUÊNCIA ^(a) (nº de vezes)

- Nunca ⁽¹⁾ 1 a 3x /mês ⁽²⁾ 1x /semana ⁽³⁾
 2 a 3x /semana ⁽⁴⁾ 4 a 5x /semana ⁽⁵⁾ 6 a 7x /semana ⁽⁶⁾

21.

a)

b)

c)

INTENSIDADE ^(b)

- Ligeira ⁽¹⁾ Moderada ⁽²⁾ Vigorosa ⁽³⁾

DURAÇÃO ^(c)

- Menos de 20 minutos ⁽¹⁾ Entre 20 a 45 minutos ⁽²⁾
 Mais de 45 minutos ⁽³⁾

22. Fora da escola, para além dos esforços físicos referidos na questão anterior, com que frequência, intensidade e duração praticas actividades como andar de bicicleta, correr, etc?

22.

a)

b)

c)

FREQUÊNCIA ^(a) (nº de vezes)

- Nunca ⁽¹⁾ 1 a 3x /mês ⁽²⁾ 1x /semana ⁽³⁾
 2 a 3x /semana ⁽⁴⁾ 4 a 5x /semana ⁽⁵⁾ 6 a 7x /semana ⁽⁶⁾

INTENSIDADE ^(b)

- Ligeira ⁽¹⁾ Moderada ⁽²⁾ Vigorosa ⁽³⁾

DURAÇÃO ^(c)

- Menos de 20 minutos ⁽¹⁾ Entre 20 a 45 minutos ⁽²⁾
 Mais de 45 minutos ⁽³⁾

23. Fora da escola, que desporto praticas com alguma regularidade?

- Futebol ⁽¹⁾ Basquetebol ⁽²⁾ Voleibol ⁽³⁾
 Atletismo ⁽⁴⁾ Ginástica ⁽⁵⁾ Natação ⁽⁶⁾
 Ténis ⁽⁷⁾ Artes marciais (judo, karate...) ⁽⁸⁾
 Outro ⁽⁹⁾ Nenhum ⁽¹⁰⁾

23.

24. Com que frequência, intensidade e duração praticas esses desportos fora da escola? (Se praticas mais do que uma modalidade, considera-as em conjunto para responderes às questões seguintes)

24.

FREQUÊNCIA ^(a) (nº de vezes)

- Nunca ⁽¹⁾ 1 a 3x /mês ⁽²⁾ 1x /semana ⁽³⁾
 2 a 3x /semana ⁽⁴⁾ 4 a 5x /semana ⁽⁵⁾ 6 a 7x /semana ⁽⁶⁾

INTENSIDADE ^(b)

- Ligeira ⁽¹⁾ Moderada ⁽²⁾ Vigorosa ⁽³⁾

DURAÇÃO ^(c)

- Menos de 20 minutos ⁽¹⁾ Entre 20 a 45 minutos ⁽²⁾
 Mais de 45 minutos ⁽³⁾

a)

b)

c)

25. Na escola, costumavas participar no desporto escolar?

25.

- Sim ⁽¹⁾ Não ⁽²⁾

25.1. Se respondeste SIM, indica a(s) modalidade(s) que praticas, em como a frequência com que o fazes:

25.1.

- Futebol ⁽¹⁾ Basquetebol ⁽²⁾ Voleibol ⁽³⁾
 Atletismo ⁽⁴⁾ Ginástica ⁽⁵⁾ Ténis ⁽⁶⁾
 Outro ⁽⁷⁾

a)

FREQUÊNCIA ^(a) (nº de vezes)

- 1 a 3x /mês ⁽¹⁾ 1x /semana ⁽²⁾
 2 a 3x /semana ⁽³⁾ 4 a 5x /semana ⁽⁴⁾ 6 a 7x /semana ⁽⁵⁾

26. Assinala a importância que dás a cada uma das razões a seguir indicadas, para praticar desporto:

26.

- 1- Nada importante 2- Um pouco importante 3- Importante
 4- Bastante importante 5- Muito importante

a)

b)

c)

d)

e)

	1	2	3	4	5
a) O desporto permite divertir-me					
b) O desporto permite-me ganhar/ser o melhor					
c) O desporto permite-me estar com os meus amigos/fazer novos amigos					
d) O desporto permite-me melhorar a minha saúde/aspecto/forma					
e) O desporto permite-me agradecer aos outros (pais, grupo...)					

27. Das pessoas abaixo indicadas qual a que mais te influencia na prática de actividade física?

27.

- Mãe ⁽¹⁾ Pai ⁽²⁾ Irmão/Irmã ⁽³⁾
 Melhor amigo(a) ⁽⁴⁾ Outra ⁽⁵⁾

28. Em média, quantas horas passas por dia a ver televisão, jogar Playstation ou no computador?

28.

- Até 2h ⁽¹⁾ 3h a 4h ⁽²⁾ 5h ou mais ⁽³⁾

Obrigada pela sua colaboração.

A responsável pela investigação

(Prof. Teresa Correia)

ANEXO II

Pedidos de autorização para realização do estudo



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Teresa Isaltina Gomes Correia

Nome do Interlocutor:

Teresa Isaltina Gomes Correia

E-mail do interlocutor:

teresacorreia@ipb.pt

Dados do Inquérito

Número de registo:

0153000001

Designação:

EPLIFE(modificado)

Descrição:

Nos últimos têm-se verificado alterações nos estilos de vida das pessoas em geral, e em particular, dos adolescentes. O conhecimento da prevalência dos comportamentos e conhecimentos dos adolescentes é indispensável para o planeamento de cuidados de saúde efectivos, com especial relevo para medidas educativas.

A presente investigação é um estudo transversal. A metodologia de recolha de dados é o inquérito auto-aplicado.

Objectivos:

O objectivo deste estudo é determinar a prevalência de comportamentos e conhecimentos nos adolescentes estudantes do ensino secundário dos 15 aos 19 anos de idade, e identificar alguns factores a eles associados.

Periodicidade:

Pontual

Data do início do período de recolha de dados:

30-10-2010

Data do fim do período de recolha de dados:

29-10-2010

Universo:

Estudantes do ensino secundário

Unidade de observação:

Escolas secundárias - estudantes do 10º, 11º, e 12º, ano de escolaridade

Método de recolha de dados:

Inquérito de auto-aplicação

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Não. Inquérito a ser aplicado por Investigador e estudante de Mestrado

Instrumento de inquirição:

01530_201010190959_Documento1.pdf (PDF - 71,45 KB)

Nota metodológica:

Outros documentos:

Data de registo:

19-10-2010

Versão:

1 (1)

Dados adicionais

Estado:

Pendente

Avaliação:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Teresa Isaltina Gomes Correia

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Directora de Serviços de Inovação Educativa

DGIDC

Observações:

1 - É necessário obter autorização dos pais / encarregados de educação dos alunos respondentes.

Outras observações:

Exmo. Senhor Director
da Escola Secundária Emídio Garcia
Rua Eng. Adelino Amaro da Costa
5300 Bragança



Bragança, 14 de Outubro de 2010

Assunto: Pedido para aplicação de questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Exercício e Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, estou a realizar um estudo sobre Estilos de vida dos adolescentes e exercício físico, orientado pela Professora Doutora Teresa Correia.

A população-alvo deste estudo é constituída pelos estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade das Escolas Secundárias de Bragança. Com o estudo pretende-se analisar a associação entre os estilos de vida e a prática de exercício físico nos adolescentes do Ensino Secundário permitindo posteriormente conceber e desenvolver programas de intervenção em contextos específicos.

Pelo exposto, solicito a autorização de V. Ex^a para aplicação de um questionário aos alunos matriculados nos anos escolares acima referidos, no ano lectivo 2010/2011. O questionário a aplicar oferece a possibilidade de recolher informação sobre variáveis de carácter social, demográfico e comportamental. Para avaliação dos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes utilizar-se-á o "EPILIFE (Modificado)" de Teresa Correia (2004) previamente submetido à Comissão de Ética do Hospital de S. João no Porto e com parecer positivo, por nós adaptado ao objectivo em estudo. O questionário respeita as orientações da Declaração de Helsínquia.

Com os melhores cumprimentos


(Maria José Rodrigues F. Afonso)

Exmo. Senhor Director
da Escola Secundária Miguel Torga
Rua Miguel Torga
5300-035 Bragança

19/10/2010
Ao chefe dos IASEs
Tudo está devidamente
autorizado, a aplicar, a partir
da aplicação da
inquirição

Bragança, 14 de Outubro de 2010

Assunto: Pedido para aplicação de questionário



No âmbito do Curso de Mestrado em Exercício e Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, estou a realizar um estudo sobre Estilos de vida dos adolescentes e exercício físico, orientado pela Professora Doutora Teresa Correia.

A população-alvo deste estudo é constituída pelos estudantes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade das Escolas Secundárias de Bragança. Com o estudo pretende-se analisar a associação entre os estilos de vida e a prática de exercício físico nos adolescentes do Ensino Secundário permitindo posteriormente conceber e desenvolver programas de intervenção em contextos específicos.

Pelo exposto, solicito a autorização de V. Exª para aplicação de um questionário aos alunos matriculados nos anos escolares acima referidos, no ano lectivo 2010/2011. O questionário a aplicar oferece a possibilidade de recolher informação sobre variáveis de carácter social, demográfico e comportamental. Para avaliação dos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes utilizar-se-á o "EPILIFE (Modificado)" de Teresa Correia (2004) previamente submetido à Comissão de Ética do Hospital de S. João no Porto e com parecer positivo, por nós adaptado ao objectivo em estudo. O questionário respeita as orientações da Declaração de Helsínquia.

Com os melhores cumprimentos

Maria José Rodrigues F. Afonso
(Maria José Rodrigues F. Afonso)



ESCOLA SECUNDÁRIA/ 3 ABADE DE BAÇAL –
BRAGANÇA

Código 400671

Para:

Maria José Rodrigues Afonso

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

BRAGANÇA
2010-12-07

ASSUNTO: Pedido para aplicação de questionário

A Presidente da CAP da Escola Secundária Abade de Baçal vem, por este meio, informá-la de que, neste momento, a Escola não pode satisfazer o seu pedido, uma vez que a mesma se encontra num processo de requalificação, que tem causado alguns constrangimentos ao normal funcionamento das actividades lectivas.

Assim, em reunião do Conselho Pedagógico, o mesmo decidiu suspender/reduzir este tipo (e outros) de colaboração (até ao final dos trabalhos de requalificação), de forma a minimizar eventuais situações que poderiam condicionar o normal funcionamento das actividades lectivas e prejudicar a performance global dos alunos, em ano de exames nacionais (recorde-lhe que, este ano lectivo, a população-alvo deste questionário já respondeu a outro deste tipo, para outro estudo).

Grata pela sua compreensão, a Escola disponibiliza-se para eventuais colaborações futuras, desde que depois do final deste ano lectivo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da CAP,

Maria Teresa Martins Rodrigues Sá Pires