

Daniela Adelaide Monteiro Cardoso Barbosa

Sexualidade Saudável: conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do  
Ensino Secundário de um colégio privado em Paredes

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014



Daniela Adelaide Monteiro Cardoso Barbosa

Sexualidade Saudável: conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do Ensino Secundário de um colégio privado em Paredes.

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Daniela Adelaide Monteiro Cardoso Barbosa

Sexualidade Saudável: conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do Ensino Secundário de um colégio privado em Paredes.

---

Daniela Adelaide Monteiro Cardoso Barbosa

Projeto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
Grau de Licenciado em Enfermagem

## SUMÁRIO

O atual estudo, intitulado “Quais os conhecimentos e práticas preventivas dos jovens do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes sobre Sexualidade Saudável” foi executado no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação e Integração Profissional, inserida no 2º Semestre do 4ºano. Tem como objetivo geral identificar os conhecimentos e práticas preventivas dos alunos do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes.

O aspeto teórico deste projeto foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica, no qual são aportados temas que abraçam os conhecimentos e práticas saudáveis numa sexualidade saudável.

É um estudo descritivo, transversal, no paradigma quantitativo A amostra foi constituída por 81 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, de um colégio privado em Paredes. O instrumento de colheita de dados consistiu na aplicação de um questionário, nos dias 7 e 12 de Março de 2014.

A realização deste trabalho contribuiu para o conhecimento relativamente aos conhecimentos sexuais, práticas preventivas e para apreender a aplicar métodos e técnicas de investigação científica.

Os dados obtidos foram analisados com o programa SPSS utilizando a estatística descritiva.

Após o tratamento e análise dos mesmos, observou-se que os jovens têm bons conhecimentos sobre sexualidade saudável, pois na maioria das questões as respostas assinaladas foram as corretas. Quanto às práticas sexuais, verificou-se que nos indivíduos que já tinham iniciado a atividade sexual (10% da amostra) referiram terem práticas seguras e com os conhecimentos sobre ISTs adequados.

**Palavras-chave:** Conhecimento; Comportamentos; Sexualidade; Jovens

## ABSTRAT

The current study, entitled "What knowledge and preventive practices of young people from secondary school to a private school in Paredes Sexuality healthy was implemented within the framework of the course Project Graduation and Professional Integration, inserted in the 2nd semester of the 4th year. Its overall objective is to identify the knowledge and preventive practices of students in secondary education from a private school in Paredes.

The theoretical aspect of this project was conducted from literature, in which subjects who embrace the knowledge and healthy practices are invested in a healthy sexuality.

It is a descriptive, cross-sectional study in the quantitative paradigm the sample consisted of 81 individuals of both sexes, aged between 14 and 18 years, a private school in Paredes. The data collection instrument consisted of a questionnaire that was made at 7 and 12 March, 2014.

This work contributed to the regarding sexual knowledge preventive practices and seizes to apply methods and techniques of scientific research.

The amount of collected material was analyzed using SPSS statistical description.

After treatment and their analysis, it was observed that young people have met good knowledge about healthy sexuality, because most of the questions the answers were marked correct. Regarding sexual practices, it was found that in individuals who had already initiated sexual activity (10% of sample) reported safe and adequate knowledge about STIs practices.

Keywords: Knowledge; behaviors; sexuality; young.

## AGRADECIMENTOS

*“A ingratidão é a mais imperdoável das fraquezas humanas”.*

Edison

À minha família, que sempre me forneceu o apoio e incentivo necessário para a concretização deste estágio.

Ao meu marido, Américo, meu porto seguro em todos os momentos, sempre me auxiliando e aconselhado.

Não esquecendo as minhas princesas Beatriz e Maria pelo tempo que abdicaram de brincar comigo para que eu pudesse estudar.

O meu agradecimento para a Exma. Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alice Martins, docente da disciplina *“Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária”*, pelos seus ensinamentos.

## **PENSAMENTO**

*“Trabalhe com aquilo que gosta  
e não terá que trabalhar um dia sequer na vida”*

Confúcio

## ÍNDICE GERAL

SUMÁRIO .....	V
ABSTRAT .....	VI
AGRADECIMENTOS .....	VII
PENSAMENTO.....	VIII
ÍNDICE GERAL.....	IX
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS .....	XI
INDICE DE QUADROS .....	XIII
INDICE DE GRÁFICOS.....	XV
INTRODUÇÃO .....	17
CAPÍTULO I – FASE CONCETUAL .....	20
1.1-JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	20
1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	21
1.2.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	21
1.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	22
1.3.1 CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS .....	23
1.4 SEXUALIDADE .....	23
1.4.1 SEXUALIDADE NOS JOVENS .....	25
1.5 RESENHA SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL.....	27
1.5.1 PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA .....	30
1.6 PROBLEMAS NA SEXUALIDADE .....	32
1.6.1 INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	32
1.6.2 GRAVIDEZ INDESEJADA .....	37
1.7 PLANEAMENTO FAMILIAR.....	37
1.7.1 MÉTODOS CONTRACETIVOS .....	39
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA .....	45
2.1 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....	45
2.2 MEIO .....	45

2.3	TIPO DE ESTUDO .....	46
2.4	VARIÁVEIS.....	47
2.4.1	AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....	48
2.4.2	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	48
2.4.3	PRÉ-TESTE.....	49
2.5	PRINCIPIOS ÉTICOS .....	49
	CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA.....	51
3.1	APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	51
3.1.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	52
3.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	71
4	CONCLUSÃO .....	77
	BIBLIOGRAFIA .....	79
	ÍNDICE DE ANEXOS .....	84
	Anexo 1 -Questionário.....	85
	Anexo 2- Lista de doenças de notificação obrigatória.....	90

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS**

**APF** Associação para o Planeamento da Família

**BE** Bloco de Esquerda

**CAJ** Centro Apoio a Jovens

**CDC** Disease Control and Prevention

**CE** Contraceção de Emergência

**COC** Contraceutivo Oral Combinado

**DGE** Direção Geral da Educação

**DGS** Direção Geral da Saúde

**DIU** Dispositivo Intra-Uterino

**DST** Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ES** Educação Sexual

**FCS** Faculdade Ciências da Saúde

**HPV** Papiloma Vírus Humano

**IST** Infecção Sexualmente Transmissível

**LGV** Linfo granuloma Venéreo

<b>MTB</b>	Método Temperatura Basal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>p.</b>	Página
<b>PCP</b>	Partido Comunista Português
<b>POC</b>	Progestativo Oral
<b>PS</b>	Partido Socialista
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SIU</b>	Sistema Intra- Uterino
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UFP</b>	Universidade Fernando Pessoa
<b>VHS</b>	Vírus Herpes Simples
<b>VIH</b>	Vírus imunodeficiência Humana
<b>%</b>	Percentagem

## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Questões e objetivos de investigação	<b>21</b>
<b>Quadro 2</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas o sexo	<b>52</b>
<b>Quadro 3</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas com a idade	<b>53</b>
<b>Quadro 4</b>	Distribuição da amostra de acordo com a “Facilidade de falar com o pai sobre assuntos sexuais segundo o gênero”	<b>55</b>
<b>Quadro 5</b>	Distribuição da amostra de acordo com a “Facilidade de falar com a mãe sobre assuntos sexuais segundo o gênero”	<b>56</b>
<b>Quadro 6</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Gravidez na adolescência”	<b>60</b>
<b>Quadro 7</b>	Distribuição da amostra de acordo com as percentagens de respostas corretas em relação às afirmações formuladas sobre conhecimentos sobre sexualidade	<b>61</b> <b>62</b>
<b>Quadro 8</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Já iniciou atividade sexual”	<b>63</b>
<b>Quadro 9</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Nunca teve relações sexuais, porquê”	<b>64</b>
<b>Quadro 10</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Pessoa com quem teve primeira relação sexual”	<b>65</b>
<b>Quadro 11</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “A quem falou, em primeiro lugar, sobre a sua primeira relação sexual”	<b>66</b>
<b>Quadro 12</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Antes da primeira relação sexual ter acontecido, conversou com o seu/sua parceiro/a sobre o modo de evitar a gravidez”	<b>66</b>
<b>Quadro 13</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar gravidez ”	<b>67</b>
<b>Quadro 14</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Método utilizado na primeira vez”	<b>67</b>

<b>Quadro 15</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Quem se preocupou em evitar a gravidez”	<b>67</b>
<b>Quadro 16</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Discutiu sobre prevenção de ISTs com o parceiro”	<b>68</b>

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Ano de escolaridade que frequenta e género”	<b>53</b>
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Escolaridade do pai”	<b>54</b>
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Escolaridade da mãe”	<b>54</b>
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Infeções de transmissão sexual”	<b>57</b>
<b>Gráfico 5</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Métodos de prevenção ISTs”	<b>58</b>
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Atualmente é impossível curar”	<b>59</b>
<b>Gráfico 7</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Iniciou atividade sexual, género e ano de escolaridade.”	<b>63</b>
<b>Gráfico 8</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Idade da primeira relação sexual”.	<b>65</b>
<b>Gráfico 9</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a “	<b>68</b>
<b>Gráfico 10</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Acha que a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais”	<b>69</b>
<b>Gráfico 11</b>	Distribuição da amostra de acordo com as respostas “Sentiu pressão para ter relações sexuais”	<b>70</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo de investigação é realizado no âmbito da disciplina de projeto de graduação e integração profissional da Licenciatura em Enfermagem da faculdade de Saúde, da Universidade Fernando Pessoa-Porto foi-nos proposto que se refletisse em todos os estágios e nas aulas e se elegeisse um tema que fosse entusiasmante e ao mesmo tempo originasse inquietação.

“Lidar com a adolescência e a “sexualidade”, faz parte das atividades que, embora não oficialmente explicitadas, permeiam todas as ações e comportamentos do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários, enquanto exigência maior, para desempenhar o seu papel profissional (Brás,2014) ”.

Assim surgiu o tema “sexualidade saudável: conhecimentos e práticas preventivas dos jovens do ensino secundário do colégio privado em Paredes. Seguindo esta direção de ideias este estudo é realizado, não só para contribuir para o aperfeiçoamento dos conhecimentos na investigação em enfermagem e também para efetuar um diagnóstico de situação relativa aos conhecimentos e práticas sexuais dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em paredes, para posteriormente se delinear intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde.

Segundo Fortin (2009, p.16) “a aprendizagem da investigação deve estar ligada à prática de forma que o profissional, no tempo dos seus estudos possa servir-se dos seus conhecimentos para definir problemas particulares a estudar”.

Para isso é essencial que apreendam, com toda a informação disponível, a terem comportamentos saudáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lança um conceito de sexualidade muito interessante:

“A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS,2014).

Desta forma, surge a questão de partida ” Quais os conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes, no ano letivo de 2013/2014?”.

Para dar seguimento ao tema de investigação foram planeados as seguintes questões de investigação.

1. Quais os conhecimentos sexuais dos alunos do Ensino Secundário de um Colégio privado em Paredes, têm sobre sexualidade?
2. Quais as práticas preventivas dos alunos do Ensino Secundário de um Colégio privado em Paredes, face à sexualidade?

E como objetivos:

1. Identificar os conhecimentos sexuais dos alunos do Ensino Secundário de um Colégio privado em Paredes, têm sobre sexualidade.
2. Identificar as práticas preventivas dos alunos do Ensino Secundário de um Colégio privado em Paredes, face à sexualidade.

Neste âmbito foi desenvolvido um estudo descritivo, transversal no paradigma quantitativo, a uma amostra de 81 alunos do ensino secundario do colegio anteriormente referido.

A colheita de dados foi realizada por questionário nos dias 7 e 12 de Março de 2014. Relativamente à análise dos dados obtidos recorreu-se ao programa informático SPSS, versão 22.0 para o Windows.

O trabalho foi constituído por 3 etapas. A fase conceptual onde é descrito o tema e a justificação do estudo, pergunta de partida, questões orientadoras, objetivos e uma revisão bibliográfica sobre ISTs, gravidez não desejada, métodos contraceptivos e planeamento familiar. Na etapa metodológica é feito o desenho de investigação, descrevendo o meio e o tipo de estudo, as variáveis, a população alvo e amostra, o instrumento de recolha de dados, os princípios éticos e a previsão do tratamento e apresentação dos dados. E a fase empírica onde é feita a análise dos dados obtidos, discussão dos resultados e por fim as conclusões inerentes.

Os objetivos apontados para este estudo foram atingidos, na medida em que, se conseguiu identificar os conhecimentos e as práticas sexuais dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em paredes. Verificou-se que os alunos demonstram **Bons conhecimentos** sobre os comportamentos sexuais. De referenciar que, são os alunos do 10º ano que apresentam um maior nível de conhecimento comparativamente aos alunos do 11º e 12º ano, no entanto são os alunos do 11º e 12º ano que iniciaram atividade sexual e que dizem ter práticas sexuais saudáveis, no entanto são os apresentam mais dúvidas sobre a temática.

O resultado final foi a consecução dos objetivos do estudo e também dos académicos, convertendo-se numa experiência agradável que se traduziu pelo aumento dos conhecimentos sobre o problema em estudo.

É de salientar as limitações sentidas pela investigadora na realização deste estudo, nomeadamente no que se refere à sua inexperiência e sobretudo a nível temporal.

## **CAPÍTULO I – FASE CONCETUAL**

A fase concetual tem como principal meta formular ideias e documentá-las. Sustenta também que para que a investigação tenha sucesso é necessário aprender a pensar, a questionar corretamente, a encontrar respostas e a verificar a veracidade das respostas, ou seja, o investigador sistematiza e separa um tema à escolha até obter uma resposta válida. Nesta etapa faz-se uma revisão bibliográfica sobre o tema.

Assim:

*“Conceptualizar reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara e precisa do problema considerado. (...) A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. (...) é frequentemente subestimada no processo de investigação. Contudo, ela é verdadeira uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada.”* (Fortin, 2009, p.64).

### **1.1-JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

Para escolher e formular um problema de investigação é necessário procurar um tema de domínio do pesquisador. O pesquisador tem que provar algo no tema. Estar atento às possibilidades possíveis do assunto. Considerar as contribuições do tema na área científica. Lembrar que o conhecimento existe em várias áreas.

*“O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. (...) A escolha do tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação.”* (Fortin, 2009, p.67) .

O tema escolhido para este Projecto de Graduação, introduzido no 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa é “Sexualidade Saudável: conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em Paredes”.

## **1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

*“Quando se inicia uma investigação esta deve ter, “...uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Este campo de interesse é habitualmente associado aos estudos empreendidos, a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias ou sociais...Os domínios podem provir de diversas fontes...” (Fortin 1999, p.49).*

Segundo Fortin (2009) a formulação da questão constitui como parte importante da investigação. Assim surge a seguinte pergunta de investigação” Quais os conhecimentos e práticas preventivas do jovens do ensino secundário um colégio privado em Paredes?”.

Esta questão surgiu do interesse do prosseguimento de estudos na área da Saúde Comunitária, pois é uma área que lhe desperta motivação pessoal. Com este projeto de investigação pretende efetuar um diagnóstico sobre os conhecimentos e práticas sexuais dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em paredes, para posteriormente se delinear um projeto de educação para a saúde sobre estas temáticas.

### **1.2.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO**

<b>Questões de investigação</b>	<b>Objetivos de investigação</b>
Quais os conhecimentos sexuais dos alunos do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes ano letivo 2013/2014?	Identificar os conhecimentos sexuais dos alunos do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes ano letivo 2013/2014.
Quais as práticas preventivas dos alunos do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes ano letivo 2013/2014?	Identificar as práticas preventivas dos alunos do Ensino secundário de um colégio privado em Paredes ano letivo 2013/2014.

**Quadrol:** Questões e objetivos de investigação

Em concordância com Fortin (1999, p.100):

*“(...) O objetivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender, ou seja: denominar, descrever fatores, explorar ou examinar relações predizer, avaliar os defeitos...”.*

Conforme Fortin (2009, p.73)

*“Uma questão de investigação é um enunciado claro e não equivoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.*

### **1.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A revisão bibliográfica é a base que sustenta qualquer pesquisa científica.

Todo texto académico precisa de um “fio condutor”, uma linha de raciocínio que guie a leitura do texto, levando o leitor das premissas às conclusões. Assim, antes de começar a revisão de literatura, deve-se ler os chamados “livros clássicos” sobre o tema, para descobrir e relembrar os conceitos e as ideias principais relacionados ao seu trabalho.

Com uma visão geral sobre o tema, e com os pontos principais em mente, é possível elaborar um roteiro para a revisão de literatura, com os itens e subitens que o texto deverá ter para chegar à sua conclusão. Este roteiro é de grande ajuda para manter o foco e não se perder em meio a enorme quantidade de informações a que tem acesso.

*“... revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examina-se estas publicações ...permite obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação. ...faz-se em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação....Ela concentra-se numa apresiação do contributo dos diferentes textos para a resolução do problema de investigação.” (Fortin, 2009, p.87).*

### **1.3.1 CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS**

Segundo a CIPE (2011, p. 45):

*“Conhecimento é um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação.”*

**Conhecimento** - *“Ação ou efeito de conhecer. Ação de conseguir entender por meio da inteligência, da razão ou da experiência (Porto Editora, 2014).*

De acordo com Ribeiro (2007), o recurso ao termo **“comportamento”** na relação com a saúde foi introduzido inicialmente por Cobb e Kasl (1966), tendo sido posteriormente redefinido por Harris e Guten (1979) e de novo teorizado por McQueen (1987; 1988). Os primeiros autores, definiram comportamento de saúde como qualquer atividade e compreendida por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de a detetar num estágio assintomático. Esta definição foi posteriormente considerada incompleta, pois centrava-se na doença e não era tido em conta o ponto de vista das pessoas, considerando que seria um comportamento de saúde se adotasse um comportamento que os médicos e técnicos de saúde definiam como adequado para a saúde (Ribeiro, 2007).

Para Witter (1988,p.493) o comportamento sexual é algo que se aprende, as normas éticas relacionadas com o que é certo ou errado numa determinada sociedade são impostas na infância e exerce uma influência poderosa no comportamento.

### **1.4 SEXUALIDADE**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera sexualidade como parte integrante de cada um. Sexualidade é um termo amplamente abrangente que engloba inúmeros fatores e dificilmente se encaixa em uma definição única e absoluta.

É muito difícil definir o que é a sexualidade já que o homem é um ser sexuado; a sexualidade mediatiza todo o nosso ser (López, 1999).

A sexualidade tem, assim, muitas dimensões e múltiplas funções. Ao longo dos anos, a nossa sexualidade ou o modo como a vivemos vai sendo diferente. A sexualidade integra o conhecimento, as atitudes, os valores ou os comportamentos sexuais dos indivíduos. A expressão da sexualidade é influenciada por fatores de natureza ética, espiritual, cultural e moral (APF,2014).

*“(...) A sexualidade não se reduz portanto à prática e ao prazer orgástico centrado no aparelho genital adulto, o qual será apenas o seu confluente terminal e último. Existe muito antes, muito antes dessa possibilidade. Existe sustentada na relação em geral”* (Milheiro, 2001, p.38).

O tema da sexualidade foi primeiro abordado por Michel Foucault que problematiza essa questão confrontando-a com a moral contemporânea.

Desde o século XVIII que a nossa sociedade vem vivendo “(...)uma fase de repressão sexual. Nessa fase, o sexo se reduz à sua função reprodutora e o casal passa a ser o “modelo”. O que sobra torna-se “amor mal” – é expulso, negado e reduzido ao silêncio. Mas a sociedade burguesa se vê forçada a permitir algumas coisas. Ela restringe as sexualidades ilegítimas a lugares onde possam dar lucros – que, numa época em que o trabalho é muito explorado, as energias não podem ser dispensadas nos prazeres (Foucault, 1994)”.

Hoje, o interesse pelo estudo da Sexualidade é cada vez mais forte no mundo inteiro. Este tema tem vindo a ser estudado e desmistificado.

*“(...) A profissão de enfermagem, ao introjetar a racionalidade científica da Ética Protestante a partir do século XIX, passou a encarar a sexualidade como uma questão essencialmente biológica, política, histórica e universal. A partir dessa nova racionalidade, questões de carácter psicossocial foram dissociadas de sua prática. O extremo rigor na classificação das distintas disciplinas científicas, excluiu da enfermagem qualquer relação com as atividades de âmbito psicossocial. Passava a ser de competência desta profissão somente o cuidado físico do paciente. Os aspetos psíquicos competiam exclusivamente ao psicólogo, e os aspetos sociais competiam ao assistente-social. A enfermagem deixou de participar do conjunto global, integrado e dinâmico de seu paciente/cliente. O resultado foi a comparti mentalização do paciente em partes isoladas e desarticuladas.* (Ribeiro, 1999, p. 358).

É importante salientar-se que, para uma melhor compreensão da dinâmica da sexualidade, é necessário uma desvinculação de valores próprios que podem trazer conclusões preconceituosas de uma determinada sociedade.

Para Vilelas (2009) a sexualidade humana nasce com cada indivíduo e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são completamente impostos, sendo definidos pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação sexual e, claro, pelos estabelecimentos de ensino.

Sendo assim, de forma relativamente consensual a nível internacional, a sexualidade define-se como:

*” (...) é definida como uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos, e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (OMS, 2014).”*

#### **1.4.1 SEXUALIDADE NOS JOVENS**

Segundo Bronwyn Davies (1993), as interações entre crianças e entre jovens são um estimulante e pertinente lugar de observação etnográfica do género «em ação». Fazê-lo numa ótica performativa implica analisar a saliência variável do género (Thorne, 1993) nessas interações, isto é, observar de que modos, em que contextos e com que objetivos é que as/os jovens marcam e desmarcam, reforçam e contestam diferenças e semelhanças de género.

Os grupos de pares de jovens são contextos estruturados por dinâmicas de poder intensas, assentes em regimes de vigilância e monitorização cerradas (Kehily, 2002; Mac an Ghail, 1994). Pretendo então explorar como se avaliam diferentes masculinidades e feminilidades, como estas avaliações servem de justificação para a afirmação de hierarquias entre jovens e como é que performances de género atuam enquanto estratégias para obter, demonstrar ou contestar poder.

As diferenças entre sexos são perspetivadas como consequências da socialização que já estão «profundamente enraizadas» (Lopes, 1996,p.159).

Adolescência esta fase “(...) é um importante período do ciclo vital, visto que é nele que se desenvolve grande parte do processo de crescimento e desenvolvimento humano, em que se observa um acentuado amadurecimento corporal; significativas transformações emocionais; construção de novas relações interpessoais; manifestações de novos sentimentos; atitudes; decisões resultando na construção de uma identidade própria.” (Nery, 2009,p. 817).

Na sociedade de hoje em dia os jovens estão a iniciar a vida sexual cada vez mais cedo sendo comum o começo da atividade sexual ainda na adolescência, e muitas vezes, estes jovens não se encontram preparados para assumir tal responsabilidade. Tendo em conta a sua imaturidade ou inexperiência nestas questões.

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente e os fatores a ela associados têm influência na socialização, educação, transmissão de crenças e valores, prestação de cuidados e, de um modo geral, na saúde e bem-estar dos elementos que a constituem. Apesar de os adolescentes alargarem os seus horizontes, os pais continuam a ser a sua principal base de apoio para as questões de proteção e segurança e para problemas de saúde e escolares (Braconnier e Marcelli, 2000).

Claramente os pais têm um papel preponderante e de proteção em relação ao envolvimento em comportamentos de risco dos seus filhos. Note-se que com comportamentos de risco está-se a referir, comportamentos que envolvem o consumo de álcool, tabaco, drogas, violência e comportamentos sexuais de risco. É evidente que o decréscimo da monitorização aumenta a probabilidade de os jovens se envolverem em comportamentos de risco. Uma boa comunicação associada a monitorização e supervisão parental surge inversamente associada aos comportamentos de risco na adolescência (Borawski et all, 2003).

## **1.5 RESENHA SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL**

Em Portugal, a implementação da educação sexual nas escolas tem originado, nos últimos anos, um grande debate. Em 1978, 1981 e 1984, a questão da despenalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar de esta não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. Contudo, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação (Reis M. e Vilar, D. (2004).

Em 1997, na sequência da identificação de vários problemas e necessidades não resolvidos relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, a educação para a sexualidade tornou-se obrigatória. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projeto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projeto Experimental”.

Em 2000, os Ministérios da Educação e da Saúde produziram as linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar (Marques A et alii (1999).

Até 2005 pretendeu-se fazer uma generalização gradual desta experiência nas escolas portuguesas no sentido da integração regular de projetos e atividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino (Marques A. et alii (2000).

Este documento foi decisivo pois expôs, pela primeira vez, os valores fundamentais que deviam (e devem) orientar a educação sexual escolar em termos de política educativa, bem como os principais objetivos da mesma, nos domínios dos conhecimentos, das atitudes e das competências, potenciando a efetiva dinamização da educação sexual em meio escolar.

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) que decidiu que a educação sexual seria abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os conteúdos a abordar deviam envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que engloba valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspetos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como aspetos relacionados

com o uso de métodos contraceptivos e preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das ISTs, respetivamente.

Este grupo aponta para a existência de um número significativo de escolas do ensino básico que já dedicavam uma das novas áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica, Área de Projeto ou Estudo Acompanhado) à Educação para a Saúde – e em que a educação sexual está considerada – e propõe a apreciação de um conjunto de conteúdos considerados mínimos. Para facilitar a dinamização da educação sexual em meio escolar, é proposto que o professor coordenador possa gozar de uma redução de três horas na componente letiva. Mais recentemente o ministério criou legislação (Lei n.º 60/2009) que estabelece a obrigatoriedade da aplicação da ES em meio escolar, identificando uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando, assim, a implementação da mesma.

A iniciativa de regulamentar a educação sexual em meio escolar foi desencadeada por iniciativas do Bloco de Esquerda (BE), do Partido Comunista Português (PCP) e do PS, e terminou com a aprovação da Lei 60/2009. Esta lei tem como finalidades:

- a) A valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das conceções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afetivo – sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis;
- e) A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;
- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;

- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.

A educação sexual é o nome dado ao processo que visa educar, ou seja, esclarecer jovens e adolescentes a respeito da responsabilidade particular de cada um quando esses decidem entregar seu corpo a alguém. O tema ainda envolve mitos, tabus e constrangimentos para pais e professores (Cabral,2014).

A informação sobre sexualidade é essencial na educação para a saúde. Assim, com vista a uma vida saudável em sociedade, os jovens devem adquirir e desenvolver competências nesta área. A educação sexual em meio escolar tem caráter obrigatório e destina-se a todos os estabelecimentos dos ensinos básico e secundário da rede pública e aos estabelecimentos da rede privada e cooperativa com contratos de associação, do território nacional (DGE,2014).

**Tem como objetivos:**

- Contribuir para a melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais entre os jovens;
- Contribuir para a redução de possíveis ocorrências negativas decorrentes dos comportamentos sexuais, como gravidez precoce e infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- Contribuir para a tomada de decisões conscientes na área da educação para a saúde e educação sexual (DGE,2014).

No entanto não se pode deixar de salientar a importância que os *mass media*, têm na forma como comunicam e informam os portugueses e sobretudo, como têm alterado as paisagens morais, legitimam o que antes era oculto, e introduzem frequentemente novos temas para o debate quotidiano. Exemplo paradigmático desta função é o papel que as famosas telenovelas brasileiras têm tido na cena mediática e social portuguesa: desde a surpresa, no final dos anos 70, do erotismo de "Gabriela, Cravo e Canela", até às questões como a homossexualidade masculina e feminina ou a clonagem, intencionalmente introduzidas e trabalhadas pelas produtoras de novelas televisivas e que, efetivamente, acabam por provocar milhares de pequenos debates nos círculos quotidianos. (Vilar, 2005).

### **1.5.1 PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA**

A sexualidade na adolescência tem grande importância na atualidade, sendo os adolescentes considerados grupo prioritário, a nível da educação sexual da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, o papel dos profissionais de saúde e educadores é essencial para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente como pessoa (Pacheco, 2010).

As mudanças no aspeto corporal são uma preocupação do adolescente, vivenciada por vezes com ansiedade. Sabendo da importância sociocultural atribuída à imagem corporal, confronta-se com a existência de padrões de beleza e habilidades corporais socialmente estereotipados. Por tal facto, é importante uma aceitação positiva e incondicional do próprio corpo, de modo a que dentro do grupo de iguais não se sinta deslocado e sujeito a pressões. Por outro lado, a sexualidade é uma vertente essencial na vida humana, que também envolve dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais (Pacheco, 2010).

A sexualidade é nos dias de hoje cada vez mais precoce. As consequências de um início prematuro e irrefletido da vida sexual do adolescente, associada aos riscos, podem ter efeitos indesejáveis, tais como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade pode ser vivida de forma saudável, mas é importante que os adolescentes

estejam informados e conscientes acerca de todos os aspetos relacionados, nomeadamente os biológicos, as consequências da atividade sexual e as principais medidas de proteção (Pacheco, 2010).

No entanto, se a escola e o sistema educativo assumirem a integração das questões relativas à sexualidade humana, transmitir-se-ão diversas mensagens importantes e positivas para as crianças, para os jovens e para outros agentes de socialização: em primeiro lugar, a ideia de que a sexualidade faz parte da vida e até da vida escolar, nomeadamente das preocupações educativas e não deve ser uma dimensão ocultada e obscura; em segundo lugar, a ideia de que a sexualidade em si é uma componente positiva da condição humana e que, como todas as outras esferas da condição humana, pode ser conhecida e abordada no contexto escolar (Zapiain, 2002).

Tendo em conta esses princípios, que a sexualidade faz parte da nossa vida e da vida escolar em Abril foi publicado no Diário da República a regulamentação de Educação Sexual, pela portaria 196/A 2010, cujos objetivos já foram referenciados anteriormente

A Educação para a Saúde deve apoiar-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro de doenças (Amorim,2000).

Ora as questões da literacia e da qualidade dos saberes são importantes, quer para a aquisição de uma cultura preventiva em matéria de riscos associados à sexualidade, quer como contributo para o auto e hétero conhecimento e para a qualidade da vida sexual (Vilar, 2010).

A atuação do Enfermeiro na educação para a saúde não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. (Amorim,2000). É fundamental caracterizar a população alvo da nossa intervenção para que seja direcionada às suas necessidades, aos seus valores e às suas crenças de saúde.

## **1.6 PROBLEMAS NA SEXUALIDADE**

A ES deve contemplar uma perspetiva promocional de desenvolvimento saudável da sexualidade, à qual se associa uma perspetiva preventiva de evitamento de problemas decorrentes do comportamento sexual (Alvarez e Marques (2014).

Os objetivos da ES envolvem a aquisição de informação, conceitos e princípios, a reflexão sobre os valores e atitudes face à sexualidade e ainda, o desenvolvimento de estratégias e comportamentos sexuais responsáveis. (Vaz, 1996).

### **1.6.1 INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

As ISTs, ou infeções sexualmente transmissíveis são doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais (vaginais, orais ou anais) (APF, 2014).

Em Portugal não se conhece o número de casos reais de ISTs uma vez que não existe um sistema consistente de vigilância epidemiológica com apoio laboratorial de qualidade. Mais, algumas ISTs são assintomáticas, pelo que não se sabe ao certo quantos portugueses são portadores de uma IST como o Linfo Granuloma Venéreo (LGV). No entanto a elevada prevalência do VIH parece indicar que existem números elevados das outras ISTs. (ILGA, 2014).

Conforme a Associação para o Planeamento da Família (APF), as ISTs mais conhecidas são: Síndrome de Imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), Clamídia, Gonorreia, Herpes genital, Hepatite B/C, Papiloma vírus humano (HPV), Sífilis e Infecção por Tricomonas (APF, 2014).

Em seguimento aportamos as ISTs acima descritas com mais detalhe.

### ➤ **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**

(...)”O vírus da imunodeficiência humana, subtipos 1 e 2 (VIH1 e VIH2), pertencente ao grupo dos retrovírus, é o agente etiológico da SIDA. Nesta afeção verifica-se uma depressão do sistema imunitário nos indivíduos infetados, o que leva ao surgimento de infeções oportunistas e a alguns tipos de neoplasias. A duração exata do período de incubação não é conhecida. (DGS, 2014) ”.

A transmissão pode ser feita pelas seguintes formas: por contacto sexual, sangue ou de mãe para filho.

Apesar do facto do VIH ter sido isolado em quase todos os fluidos corporais: sangue, sémen, secreções vaginais, leite materno, líquido cefalorraquidiano, saliva, lágrimas, urina, este apenas se transmite por via sexual (homossexual, bissexual ou heterossexual), por via sanguínea (transusão de sangue ou Hemo derivados infetados, partilha de agulhas contaminadas -toxicodependentes, transplante de órgãos, contactos acidentais com produtos contaminados) ou por via perinatal (transmissão da mãe para o feto através da placenta, durante o parto e pela amamentação) (Brunner e Suddarth, 2005, p.1638).

A forma mais eficaz de reduzir os riscos é manter os fluidos do(a) parceiro(a) fora do seu corpo. Os principais fluidos a evitar são o sangue, fluidos vaginais e descargas de feridas causadas por ISTs (APF, 2014).

### ➤ **Clamídia**

A DGS (2014) relativamente à *Chlamydia trachomatis*, diz que os serotipos D - K, é o agente etiológico de infeções genitourinárias, cujo quadro clínico é muitas vezes semelhante ao das infeções gonocócicas. As infeções assintomáticas são mais frequentes nesta afeção. O período de incubação é de 7 a 21 dias. O Homem é o principal reservatório da infeção e, em especial, quando portador assintomático. Tal como acontece com as infeções gonocócicas, as infeções pela *C.trachomatis* são uma das causas de doença inflamatória pélvica, de gravidez ectópica e de infertilidade. Em cerca de 45% dos doentes com infeções gonocócicas coexiste também uma infeção por *Chlamy-*

dia. A clamídia é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Afeta os órgãos genitais masculinos ou femininos.

➤ **Gonorreia**

Relativamente à Gonorreia a DGS (2014) afirma que *A Neisseria gonorrhoeae* o agente etiológico da blenorragia. O período de incubação é de 2 a 7 dias. O Homem é o principal reservatório do agente infeccioso, em especial, quando portador assintomático. Esta última situação ocorre muitas vezes em mulheres, as quais, em percentagens que variam entre 25% e 80%, estão assintomáticas ou têm sintomas inespecíficos.

A susceptibilidade da *N. gonorrhoeae* aos vários antibióticos utilizados no tratamento da blenorragia tem-se modificado rapidamente, quer por um processo de resistência mediado cromossomicamente, quer por um processo de resistência mediado por plasmídeos (estirpes produtoras de beta lactamase). É, pois, importante conhecer as características das estirpes infetantes, no que diz respeito à susceptibilidade aos antibióticos, para que o tratamento possa ser eficaz.

As infeções gonocócicas são de declaração obrigatória.

É uma doença causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, e por ser uma infeção sexualmente transmissível, a prática sexual sem preservativo – vaginal, anal e oral - é uma forma de transmissão. A probabilidade de contaminação após o relacionamento com um parceiro infetado é de 90%. (Freire, 2014).

O tratamento é feito com antibióticos, geralmente em dose única e a recuperação é rápida, mas não é aconselhado o retomar das relações sexuais até 7 dias depois de terminar o antibiótico, isto se os sintomas já tiverem desaparecido (Freire, 2014).

É essencial tratar sempre os parceiros, porque o tratamento de apenas uma das pessoas da relação vai originar nova infeção. Se não tratada corretamente, a gonorreia pode causar infeção dos restantes órgãos do sistema genital, podendo até causar infertilidade. (Freire, 2014).

### ➤ **Herpes Genital**

Segundo a DGS (2014) o vírus do Herpes *simplex* (VHS) tipo 2 e, mais raramente, o tipo 1 são os agentes etiológicos do herpes genital. O período de incubação é, em média, de 5 a 8 dias. O herpes genital é presentemente uma das causas mais frequentes de ulceração genital. Caracteristicamente, após a infeção primária, o vírus permanece nos gânglios dorsais da região sagrada, de forma latente, ainda que sujeito a reativações periódicas, que originam os episódios recorrentes. A localização ao nível do colo do útero, ao contrário da localização vulvar e perineal, é frequentemente assintomática. O herpes genital é uma doença de transmissão sexual da zona genital (a pele que rodeia o reto ou as áreas adjacentes), causada pelo vírus do herpes simples.

### ➤ **Hepatite B**

Relativamente à hepatite B é uma doença infecciosa, provocada pelo vírus da hepatite B (V H B);o período de incubação é, em média, de 2 a 3 meses, variando entre 45 e 180 dias. Os portadores crónicos são o principal reservatório da infeção. No adulto, as vias de transmissão sexual e hemática são as mais importantes. Na criança, a transmissão pode ser vertical (mãe-filho durante a gravidez e/ou parto) ou horizontal, esta última através de contacto íntimo com adultos ou outras crianças infetadas.

A Hepatite B é uma doença de declaração obrigatória (DGS,2014) (Anexo 2).

### ➤ **Hepatite C**

*“...é a causa de, pelo menos, 80 % dos casos de hepatite originados por transfusões de sangue, além de muitos casos isolados de hepatite aguda. A doença transmite-se habitualmente entre consumidores de drogas que partilham as seringas, enquanto, neste caso, a transmissão sexual não é frequente.” ( Manual Merck, 2014).*

A Hepatite C é uma doença de declaração obrigatória (DGS,2014).

### ➤ **Vírus do Papiloma Humano (HPV)**

“...são vírus sem involucro da família Papovaviridae, que infetam o epitélio da pele ou membranas mucosas...o HPV tem sido fortemente associado a displasia e carcinoma do colon uterino, bem como a carcinomas escamosas e displasias do pénis, ânus, vagina e vulva. Os HPV tipos 6 e 11 são os mais fortemente associados ao condiloma acuminado, enquanto os tipos 16 e 18 são detetados, com maior frequência, nas displasias e carcinomas do aparelho genital.” (Harrisson, p.420).

As doenças oncológicas são um dos principais problemas a nível mundial, sendo a segunda principal causa de morte em Portugal (Alves, 2003).

O cancro do colo do útero apresenta um consenso relativamente ao seu método de rastreio: teste de Papanicolau (Alves, 2003).

### ➤ **Sífilis**

Segundo a DGS (2014), a Sífilis é uma doença infecciosa provocada pelo *Treponema pallidum*, cujo período de incubação é, em média, de 3 semanas, mas que pode oscilar entre os 10 dias e as 10 semanas. Considera-se a sífilis dividida em dois períodos: a sífilis precoce, infecciosa, e a sífilis tardia, não infecciosa. A sífilis precoce engloba a sífilis primária, secundária e latente precoce. As manifestações de sífilis precoce ocorrem no 1.º ano de infeção, podendo em casos raros, estender-se até aos 4 anos. No estágio de sífilis tardia, o doente não transmite o agente infeccioso, mas sofre as consequências destrutivas da resposta imunológica do seu organismo à permanência da *T. pallidum*. A morbidade e a mortalidade são elevadas.

A sífilis precoce e a sífilis congénita são doenças de declaração obrigatória.

### ➤ **Infeção por Tricomonas**

O *Trichomonas vaginalis* é um parasita cosmopolita e atinge principalmente mulheres adultas. A forma mais comum de adquirir a tricomoníase é através do contato sexual, portanto é uma doença sexualmente transmissível. Porém, pode ser transmitida também por roupas íntimas.(Manual Merk, 2014).

As infeções sexualmente transmissíveis - IST - são um problema de saúde pública em todo o mundo. Em média, por dia, mais de 1 milhão de pessoas é infetado com uma IST, onde se inclui o VIH (APF, 2014).

### **1.6.2 GRAVIDEZ INDESEJADA**

Uma gravidez indesejada na adolescência ocorre por várias razões: porque o método contraceptivo falhou ou pela má utilização do mesmo; porque não se utilizou qualquer proteção durante as relações sexuais; por falta de informação; pela existência do pensamento mágico de que “só acontece aos outros” ou, ainda, por mitos à volta das relações sexuais como, por exemplo: na primeira vez não há risco de ficar grávida ou quando “se faz de pé” não há problema (DGS,2014).

A decisão de ter um filho implica ponderação e diálogo sobre a responsabilidade de o ter, sobre a forma como um filho altera completamente a nossa vida e sobre as coisas de que é preciso prescindir depois da maternidade/paternidade (Portal da juventude, 2014).

Fatores de natureza diversa influenciam os comportamentos sexuais, exigindo-se aos agentes políticos medidas que contribuam para a saúde sexual e reprodutiva das comunidades (APF, 2014).

Todos os indivíduos devem poder ter acesso à informação que lhes permita decidir em consciência sobre o método contraceptivo mais adequado. Neste contexto, devem existir serviços com pessoal técnico devidamente habilitado para o aconselhamento e os meios materiais necessários para o fazer com a qualidade necessária (APF, 2014).

### **1.7 PLANEAMENTO FAMILIAR**

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que con-

tribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, assim como programem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas (DGS, 2014).

Segundo a Direção geral da saúde (DGS) e de acordo com o estipulado no Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro, deve (m) ser:

- Constituída uma equipa multiprofissional, em todos os centros de saúde, que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que assegure atendimento imediato nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
- Encaminhamento adequado para uma consulta a efetivar no prazo máximo de quinze dias, ponderado o grau de urgência;
- Consulta de planeamento familiar a todos os utentes que não disponham, à data, de resposta dos serviços, no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta atividade;
- Existência de contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes.

Considerados como alvos prioritários das atividades de planeamento familiar, os adolescentes, nesse sentido, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição de áreas de influência (DGS, 2008).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a evidenciar a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar, direcionado para família e assente na efetividade (adequação das respostas), integralidade (visão global) e na proximidade do utente com os serviços de Saúde (acessibilidade).

### **1.7.1 MÉTODOS CONTRACETIVOS**

Para Sampaio (2001), as mudanças trazidas pelos anos 60 com alteração profunda do papel da mulher na família e o desenvolvimento da contraceção, fazem com que os jovens de hoje encarem o amor e a sexualidade de forma bem diferente.

O sucesso em contraceção depende de uma decisão voluntária e esclarecida sobre a segurança, eficácia, custos, efeitos secundários e reversibilidade dos métodos disponíveis (APF, 2014).

O aconselhamento é crucial, em particular para quem utiliza contraceção pela primeira vez. Permite a escolha informada de um método, mediante esclarecimento objetivo, correto e dirigido às necessidades específicas da pessoa, facilitando uma adesão consistente e maior continuidade na utilização do método escolhido. Os princípios básicos do aconselhamento são:

- O Criar empatia;
- Saber escutar e estabelecer um clima de confiança;
- O Interagir;
- Encorajar a pessoa a falar e a colocar questões;
- O Adequar a informação às necessidades da pessoa em presença;
- Saber ouvir e compreender as necessidades específicas de cada situação (DGS, 2008).

Os métodos contraceptivos podem ser divididos em quatro grupos distintos: naturais, hormonais, de barreira e definitivos (Lancaster e Stanhope, 2011).

#### **➤ Métodos Contraceptivos Naturais**

Para a DGS (2008), implica conhecer as modificações fisiológicas ao longo do ciclo menstrual e cumprir as regras do método específico escolhido.

Requer a cooperação dos dois parceiros. O casal terá de concordar com a abstenção de relações sexuais vaginais nos dias férteis.

Fazem parte destes métodos contraceptivos: métodos Ogino-Knauss, métodos baseados na observação de sinais e sintomas, método da temperatura basal (MTB), método do muco (Billings), método sintotérmico (MTB+Billings).

No entanto estes métodos não são aconselhados a jovens pela fiabilidade baixa que apresentam.

### ➤ **Métodos Contraceptivos de Barreira**

Os métodos contraceptivos de barreira previnem uma gravidez através de barreiras físicas ou químicas impedindo a entrada de esperma para a cavidade uterina (Lancaster e Stanhope, 2011).

#### ✓ **Preservativo Masculino**

O preservativo constitui uma barreira à passagem do esperma para a vagina durante o coito. A maioria dos preservativos é feita de latex. Quando usado corretamente, para além de ajudar a prevenir a gravidez, é um método que diminui o risco de contrair IST (APF, 2014).

#### ✓ **Preservativo Feminino**

O preservativo feminino tem a forma de um tubo feito à base de silicone com um anel na extremidade. Deve ser introduzido na vagina antes da relação sexual. Depois da ejaculação, o preservativo retém o esperma prevenindo o contacto com colo do útero, evitando a gravidez. O preservativo feminino protege contra a IST e deve ser indicado em situações de ejaculação precoce (APF, 2014).

✓ **Diafragma**

O diafragma é um dispositivo de borracha com um aro flexível que se introduz na vagina. Quando corretamente introduzido previne o contacto do esperma com o colo do útero, funcionando como meio eficaz de contraceção (APF, 2014). No entanto não previne as ISTs e não é um método disponível no nosso país.

**Métodos Contraceptivos Químicos**

✓ **Espermicidas**

Os espermicidas são compostos por substâncias químicas que inativam os espermatozoides. Podem apresentar-se sob a forma de creme, gel, espuma ou comprimidos vaginais. O espermicida deve ser introduzido na vagina até 1 hora antes da relação sexual (APF, 2014)

**Métodos Contraceptivos Hormonais**

✓ **A pílula**

A pilula contraceptiva é um método que, através da ação hormonal, inibe a ovulação evitando a gravidez (APF, 2014).

Podem ser do tipo:

- ✓ Contraceptivo Oral Combinado (COC): contém etinil-estradiol e um progestagénio.  
Pode ser monofásico, bifásico ou trifásico;
- ✓ Progestativo Oral (POC): contém só progestagénio.

Os COC comercializados atualmente contêm doses reduzidas de hormonas, pelo que podem ser utilizados pela generalidade das mulheres, desde a adolescência até a menopausa. Não havendo razões médicas que justifiquem outra opção, as mulheres mais jovens, em geral, adaptam-se melhor aos contraceptivos com doses mais elevadas de estrogénios (DGS, 2008).

As POC são normalmente mais utilizadas por mulheres que estão a amamentar.

✓ **Anel Vaginal**

Segundo a DGS (2014) este consiste num anel flexível e transparente de acetato de vinil etileno com 54mm de diâmetro e uma espessura de 4mm, contendo etonogestrel e EE. Tem uma libertação contínua de 120µg de etonogestrel + 15µg de EE, absorvida através da mucosa vaginal para a corrente sanguínea. É um método para mulheres que desejam uma contraceção hormonal combinada e não toleram ou não querem os contraceptivos orais.

Porem não se pode deixar de salientar que este deve ser colocado segundo a DGS (2014) no primeiro dia de menstruação a mulher coloca-o e só passado três semanas é que o retira. Depois, aguarda uma semana sem anel (altura em que surge a menstruação) e volta a introduzir um novo, ou seja, “três semanas com, uma semana sem”.

✓ **Implante**

Segundo a DGS (2014), é um método muito eficaz, seguro e reversível, de longa duração, não exige o compromisso diário da mulher. Pode ser usada em qualquer idade não tem os efeitos colaterais do estrogénio, rápido retorno da fertilidade, após a remoção do implante e pode provocar irregularidade menstrual que varia entre spotting e amenorreia.

A inserção e a remoção do implante são procedimentos simples, mas que devem ser executados por profissional treinado para o efeito. O implante é inserido por via subcutânea, no antebraço. O etonogestrel é libertado lentamente e o efeito contraceptivo prolonga-se por 3 anos (DGS,2014).

✓ **Adesivo**

Segundo a DGS (2014) este método contraceptivo constituído por um fino adesivo quadrado com 4,5\* 4,5 cm, que se aplica sobre a pele e a sua forma de atuar é transferir diariamente através da pele para a corrente sanguínea as hormonas que inibem a libertação do óvulo. Cada adesivo atua durante uma semana, ao fim da qual deve ser substituído por um novo adesivo.

### ✓ **Injeção**

A injeção anticoncepcional é um método contraceutivo que possui na sua combinação progesterona ou associação de estrogénios, com doses de longa duração. A injeção pode ser mensal ou trimestral, e deve ser aplicada na região dos glúteos (DGS,2014).

### ✓ **Contraceção de Emergência**

A contraceção de emergência (CE) refere-se aos métodos que podem ser utilizados depois de uma relação sexual não protegida ou nos casos em que há falha do método contraceutivo utilizado (ex. o preservativo rompeu, saiu ou ficou retido na vagina, houve falha na toma da pílula, o DIU deslocou-se, houve erro no cálculo do período fértil). A contraceção de emergência não é abortiva. Pode atuar de várias formas para prevenir a gravidez, consoante a altura do ciclo menstrual em que é tomada, mas nunca interrompe uma gravidez em curso (APF, 2014).

Segundo a Lei n.º12/2001 artigo 3º:

1. Os meios contraceuticos de emergência são disponibilizados gratuitamente, nos centros de saúde, nos horários normais de funcionamento, nas consultas de planeamento familiar, de ginecologia e obstetrícia dos hospitais, nos centros de atendimento de jovens com protocolo de articulação com o Serviço Nacional de Saúde nas farmácias, mediante prescrição médica ou, na ausência desta, os de venda livre.
2. A dispensa e a venda de contraceuticos de emergência serão efetuadas sob orientação de um profissional de saúde que promove o aconselhamento inicial e o encaminhamento para consultas de planeamento familiar.
3. A solicitação de contraceuticos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços de saúde, bem como na marcação das subseqüentes consultas de planeamento familiar, se a mulher assim o desejar.

Este método progestativo deve ser tomado de forma comedida e, não de forma sistemática, pois a contraceção de emergência não é um método contraceutivo de uso regular, mas sim um recurso. Devem ser discutidos outros contraceuticos para uso futuro, ficando marcada, desde logo, uma consulta calendarizada de acordo com o método escolhido.

- **Dispositivos Intra-Uterinos (DIU, SIU)**

O DIU é um pequeno dispositivo de plástico revestido com fio de cobre que é inserido no útero. O DIU impede a gravidez através da alteração das condições uterinas e funcionando também como uma barreira aos espermatozoides. A inserção é feita numa consulta médica, podendo permanecer no útero durante vários anos (APF, 2014).

A diferença do SIU (face ao DIU) reside no facto de ser um dispositivo que liberta uma hormona que torna mais espessa a parede do útero, dificultando a entrada dos espermatozoides e prejudicando a sua mobilidade. Ao contrário do DIU, o Sistema intra-uterino não aumenta o fluxo menstrual (APF, 2014).

- **Métodos Definitivos (Contraceção Cirúrgica)**

- ✓ **Laqueação de trompas ou tubária**

*“...é um procedimento cirúrgico que consiste na oclusão bilateral das trompas de Falópio, impedindo assim que os espermatozoides entrem em contacto com óvulo.” (APF, 2014).*

- ✓ **Vasectomia**

*“...É um procedimento cirúrgico simples e rápido. Não é uma castração, não afeta os testículos e não provoca “impotência”. Após a cirurgia, continua a haver ejaculação, embora o ejaculado não contenha espermatozoides (DGS, 2014).”*

Não é necessária a assinatura do/a cônjuge na declaração de consentimento informado da pessoa que vai submeter-se à contraceção cirúrgica (DGS, 2014).

Estes últimos métodos contraceptivos abordados não são aconselhados a jovens.

## **CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA**

### **2.1 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO**

Fortin (1999, p.132) refere que é necessário criar um desenho de investigação que segundo o mesmo consiste (...) num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas (...). O desenho de investigação pode, então, ser definido como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses.

### **2.2 MEIO**

Diz Fortin (2009, p. 217), um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.

Logo, este estudo foi realizado no meio natural pois pretende-se estudar os conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em Paredes.

A direção do colegio solicitou colaboração à UFP para proceder, junto aos alunos do ensino secundario, um projeto de intervenção no ambito da Sexualidade.

Enquadrado no projeto educativo do colégio e após autorização da direção do colégio e o consentimento informado dos alunos, foi aplicado um questionário sobre conhecimentos sobre sexualidade e sobre as práticas sexuais de modo a ser efetuado levantamento de necessidades formativas para posteriormente ser desenvolvido um projeto de educação para a saúde no âmbito da sexualidade.

### **2.3 TIPO DE ESTUDO**

Tendo em conta a natureza dos dados, a informação a ser recolhida e o período de colheita de informação, o tipo de estudo é descritivo, transversal e de caráter quantitativo.

Para Fortin, (2009)

*“A investigação descritiva visa a descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa população ou categorizar a informação. (...) tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno. (...) O estudo descritivo simples implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população (...)”.*

É um estudo descritivo, pois descreve vários fenómenos, tais como o conhecimento e as práticas sexuais dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes no ano letivo 2013/2014.

Transversal, pois pretende estudar o conhecimento dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes sobre o conhecimento e as práticas sexuais, no momento em que preenchem o questionário.

Segundo Fortin, (2009), *“O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento”.*

A abordagem neste estudo é quantitativa, porque tem como função quantificar e enumerar as respostas e por final trabalhá-las estatisticamente. Relativamente à abordagem quantitativa, para Fortin, (2009)

*“A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes (...)”.*

## **2.4 VARIÁVEIS**

Para Fortin, (1999)

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” e refere ainda que “(...) pode tomar diferentes valores para exprimir graus, qualidades e diferenças”.

Segundo Fortin, (1999) as variáveis dividem-se em várias categorias. Para este estudo foram destacadas dois tipos de variáveis: de investigação e atributo.

As variáveis de atributo são para Fortin (2009, p.48): “ (...) *as características de um sujeito num estudo. Corresponde a um dado sociodemográfico (idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimentos, etc.*”

Neste estudo as variáveis de atributo são: Idade, Sexo e Ano de Escolaridade que frequentam e a escolaridade dos pais.

Fortin, (2003) caracteriza a variável de investigação como sendo “(...) qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas.”

São consideradas variáveis de investigação os conhecimentos e as práticas sexuais dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes.

Para podermos classificar o conhecimento efetuou-se a operacionalização da variável conhecimento, da seguinte forma: as questões nº1 a 5 (com as respetivas alíneas) traduzem os conhecimentos da amostra relativamente a uma sexualidade saudável.

Considera-se que amostra não possui conhecimentos sobre sexualidade saudável se a percentagem de resposta corretas estiver entre 0% e 50%; De 51% a 60% pouco conhecimento e de 61% a 70% considera-se com conhecimento; com valores acima de 71% considera-se com bom conhecimento.

Para Fortin, (2009):

*“A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.*

A população alvo escolhida para a realização deste estudo são alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes.

#### **2.4.1 AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM**

Fortin (2009, p.310), define o processo de amostragem *“ (...) um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira”.*

Neste estudo, não se verifica processo de amostragem visto que a amostra coincide com a população, sendo constituída por 81 alunos, o total de alunos que frequentam o ensino secundário.

#### **2.4.2 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

A audácia do método de recolha de dados constitui uma etapa importante para o desenvolvimento da investigação.

Segundo Fortin (2009, p.368), *“(...) a escolha do método de colheita de dados depende do nível da investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.”*

Neste sentido, e o objetivo é obter informação quantitativa e o instrumento utilizado foi um questionário elaborado pela investigadora, tendo em conta as questões, os objetivos do estudo, bem como a pesquisa bibliográfica efetuada acerca do tema, e tem como finalidade *“ recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações*

conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p.380).

O questionário foi constituído por 38 perguntas fechadas, distribuídas por três partes:

Parte I- Caracterização sociodemográficas da amostra, constituída por seis questões fechadas. Parte II- Questões sobre comportamentos de risco e práticas sexuais e por último, parte III questões de avaliação de conhecimentos sobre sexualidade saudável.

Os questionários foram aplicados nos dias 7 e 12 de Março de 2014.

### **2.4.3 PRÉ-TESTE**

Com a finalidade de avaliar a eficácia e compreensão das questões formuladas, foi aplicado um pré-teste.

Para Fortin (2009, p.386), o pré- teste “(...) *é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo.*”

Este foi aplicado a 10% (8) dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes, no dia 3 de março de 2014. Tendo-se verificado que não apresentaram dificuldade na compreensão das questões colocadas, não sendo necessário reformular o instrumento. Optou-se por incluir este elementos na amostra.

## **2.5 PRINCIPIOS ÉTICOS**

Segundo Fortin (2009, p.180), “ (...) *, em ética, é primordial tomar em conta a responsabilidade do investigador a respeito de proteção dos direitos da pessoa.*”

Para Fortin (2009, p.186) os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana são sete: O direito pelo consentimento livre e esclarecido, o direito pela vida

privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o direito à justiça e equidade, o direito ao equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, o direito a redução dos inconvenientes e direito à otimização das vantagens.

- ✓ O direito pelo consentimento livre e esclarecido: os investigados têm o direito e a liberdade de decidir se desejam participar ou não na investigação;
- ✓ O direito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: os investigados têm o direito de a sua informação pessoal ser assegurada pelo anonimato e confidencialidade dos dados;
- ✓ O direito à justiça e equidade: os investigados tem o direito de todos os alunos serem tratados da mesma maneira no que concerne à informação dada relativamente à natureza do estudo;
- ✓ O direito a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens: os investigados tem o direito de não serem alvo de desconforto ou prejuízo e de a sua contribuição ser um fator para o avanço do conhecimento.

Na defesa dos procedimentos éticos, foram garantidos todos os direitos referidos anteriormente.

## **CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA**

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário e de autorrespostas, de modo a garantir o anonimato das respostas por parte dos jovens estudantes, o que poderá aumentar significativamente a fiabilidade do instrumento. Os questionários foram distribuídos de forma coletiva, em contexto de sala de aula, com a colaboração dos professores, foi fornecida informação aos estudantes sobre o preenchimento do questionário. O instrumento de recolha de dados incluiu as variáveis individuais (idade, género, escolaridade, situação dos pais quanto ao seu grau de instrução, informação acerca da sexualidade e conhecimentos sobre sexualidade);

Segundo Fortin, (1999) na fase empírica é posta em execução o plano de investigação elaborado nas fases anteriores (conceptual e metodológica). Para a conclusão desta fase é necessária a execução da colheita de dados, organização e respetivo tratamento de dados. Após toda a interpretação de resultados, a investigadora pode ainda formular recomendações para futuras investigações.

Para Fortin, (1999)

“A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objetivo de estudo e segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

### **3.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Finalizada a fase anterior, estão executados os requisitos para se apresentar o estudo estatístico realizado com base nos dados recolhidos aos alunos, através de 81 questionários.

Os resultados serão apresentados pela ordem do questionário, na primeira parte serão revelados os dados referentes à caracterização da amostra e seguidamente, as respostas referentes ao conhecimento e práticas dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em Paredes relativamente a uma sexualidade saudável.

### **3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A amostra é constituída por 81 alunos do ensino secundário, sendo que 30 alunos são do 10º ano, 28 alunos do 11ºano e 23 alunos do 12º ano.

**QUADRO 2**-Distribuição de amostra de acordo com o sexo

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Masculino	37	45,7
Feminino	44	54,3
Total	81	100,0

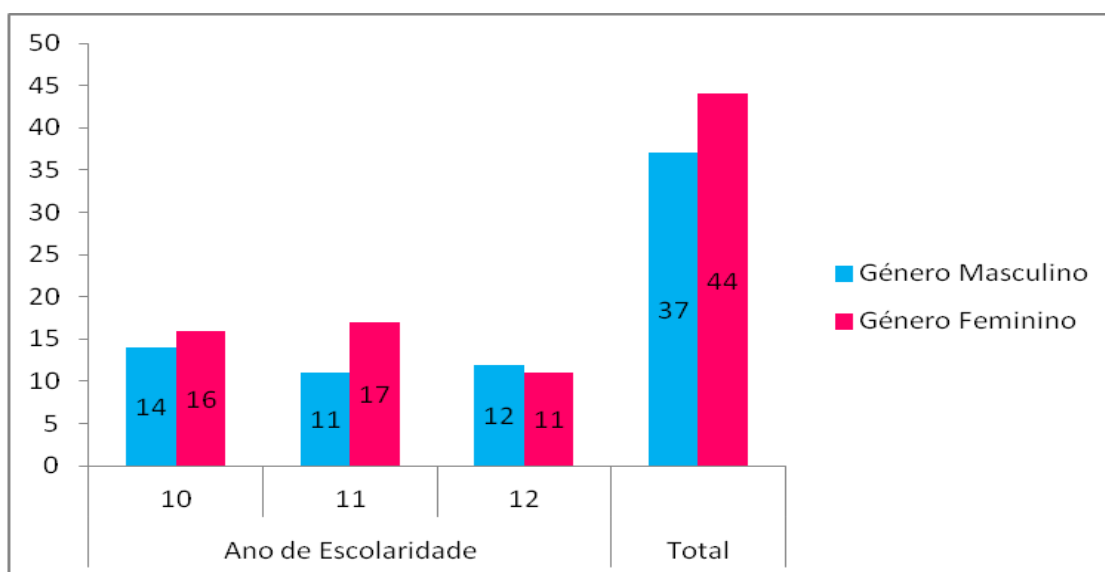
No Quadro 2 mostra-nos a distribuição da amostra de acordo com o sexo, observando-se que 54,3% (44) da amostra são do sexo feminino e 45,7% (37) são do sexo masculino.

**Quadro 3-** Distribuição da amostra de acordo com a idade

	n	Mínima	Máxima	Média
Idade	81	14	18	16

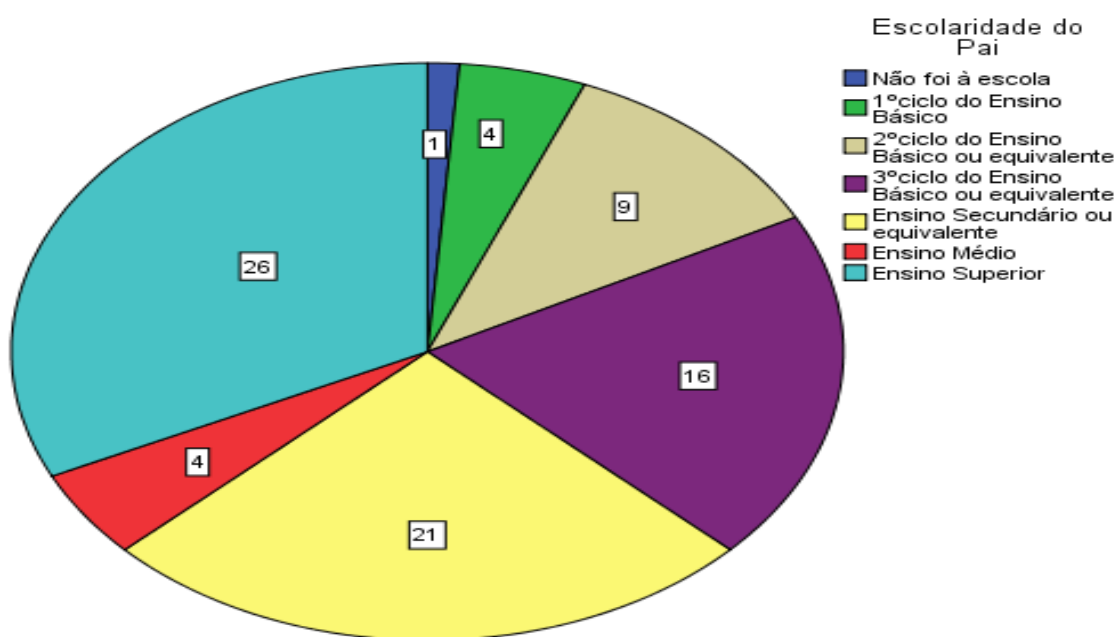
No Quadro 3, podemos verificar que a média de idades é de 16 anos com um mínimo de 14 anos e um máximo de 18 anos.

**GRÁFICO 1-** Distribuição da amostra conforme ano que frequenta e género

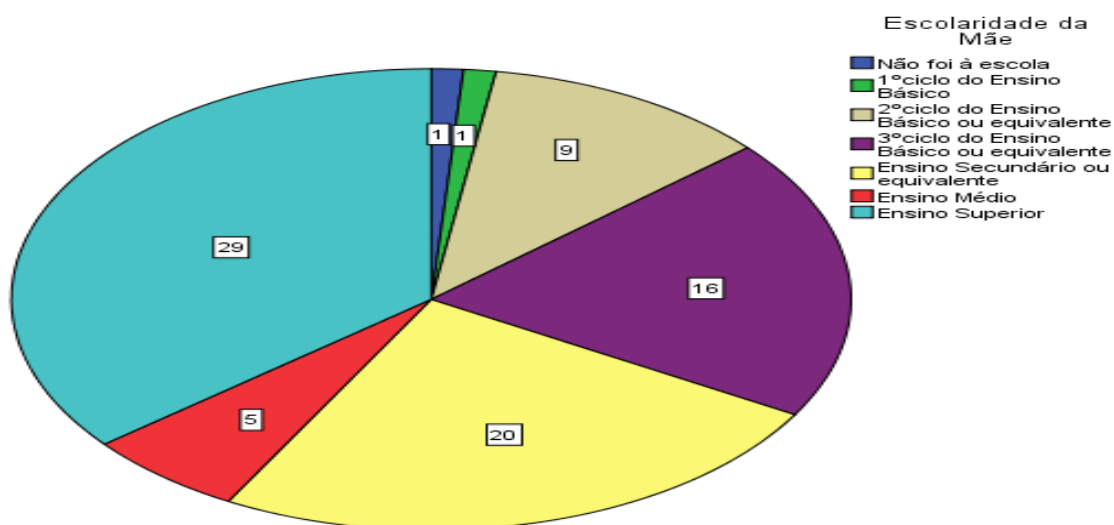


Relativamente ao ano de escolaridade, de acordo com a análise do Gráfico 1 podemos verificar que o número de alunos que frequentam o 10º ano é ligeiramente superior aos restantes anos escolaridade (30), com predomínio do sexo feminino nos anos de escolaridade do 10º e 11º ano de escolaridade. No 12º ano, há um ligeiro predomínio do sexo masculino, sendo este ano letivo apresenta menos alunos a frequentar (23 alunos).

**GRÁFICO 2-** Distribuição da amostra conforme escolaridade do pai



**GRÁFICO 3-** Distribuição da amostra conforme escolaridade da mãe



De acordo com a análise dos Gráficos 2 e 3, no total da amostra de pai e mãe relativamente ao nível de escolaridade, verificamos que 34% (55) dos pais frequentaram o ensino superior, 25% (41) têm o ensino secundário ou equivalente, 20% (32) estudaram até ao 3º ciclo do ensino básico ou equivalente, 11% (18) frequentaram o 2º ciclo do ensino básico ou equivalente, 6% (9) estudaram até ao ensino médio, 3% (5) frequentaram até ao 1º ciclo e 1% (2) não foi à escola.

**QUADRO 4-** Distribuição da amostra de acordo a facilidade de falar com o pai sobre assuntos sexuais e género

	Facilidade de falar com o pai sobre assuntos sexuais				Total
	Falo com facilidade sobre todos os assuntos	Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não	Não falamos muito sobre esses assuntos	Quase nunca falamos sobre isso	
Masculino	12	8	11	5	37
Feminino	8	8	15	13	44
Total	20	16	26	18	81

No Quadro 4 podemos verificar que 32,4% (12) dos jovens do sexo masculino conseguem falar com o pai com maior facilidade sobre todos os assuntos sexuais. Em relação ao sexo feminino 18,2% (8) das jovens conseguem falar sobre todos os assuntos com o pai. Relativamente à variável “falo com facilidade sobre certos assuntos mas outros não” podemos verificar que no total da amostra 19,8% (16) assinalaram esta resposta. Quanto à opção de resposta “ não falamos muito sobre esses assuntos” 29,7% (11) jovens do sexo masculino assinalaram esta opção e 34,1% (15) das jovens do sexo feminino assinalaram esta opção. Relativamente à opção “ quase nunca falamos sobre isso”, 29,5% (13) das jovens responderam esta opção enquanto apenas 16,2% (6) jovens quase nunca falam sobre assuntos sexuais.

**QUADRO 5-** Distribuição da amostra de acordo com a facilidade de falar com a mãe sobre assuntos sexuais e género

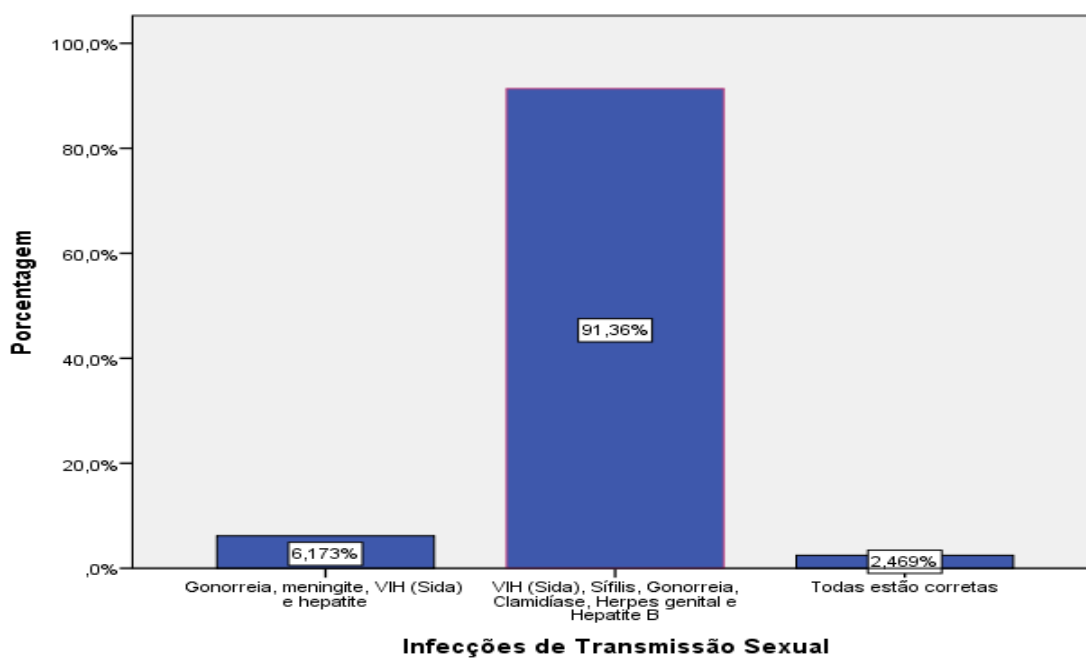
	Facilidade de falar com a mãe sobre assuntos sexuais				Total
	Falo com facilidade sobre todos os assuntos	Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não	Não falamos muito sobre esses assuntos	Quase nunca falamos sobre isso	
Masculino	5	9	13	10	37
Feminino	20	8	6	10	44
Total	25	17	19	20	81

No Quadro 5 podemos verificar que 45,4% (20) jovens do sexo feminino conseguem falar com a mãe com maior facilidade sobre todos os assuntos sexuais. Em relação ao sexo masculino 13,5% (5) dos jovens conseguem falar sobre todos os assuntos com a mãe. Relativamente à variável “falo com facilidade sobre certos assuntos mas outros não” podemos verificar que no total da amostra 20,9% (17) assinalaram esta resposta. Quanto à opção de resposta “ não falamos muito sobre esses assuntos” 35,1% (13) jovens do sexo masculino assinalaram esta opção e 13,6% (6) das jovens do sexo feminino assinalaram esta opção. Relativamente à opção “ quase nunca falamos sobre isso”, 27,% (10) dos jovens responderam esta opção enquanto apenas 22,7% (10) jovens quase nunca falam sobre assuntos sexuais.

### 3.1.2- CONHECIMENTOS DA AMOSTRA SOBRE SEXUALIDADE SAUDÁVEL

Passaremos de seguida a analisar as questões que caracterizam os conhecimentos dos jovens sobre a temática.

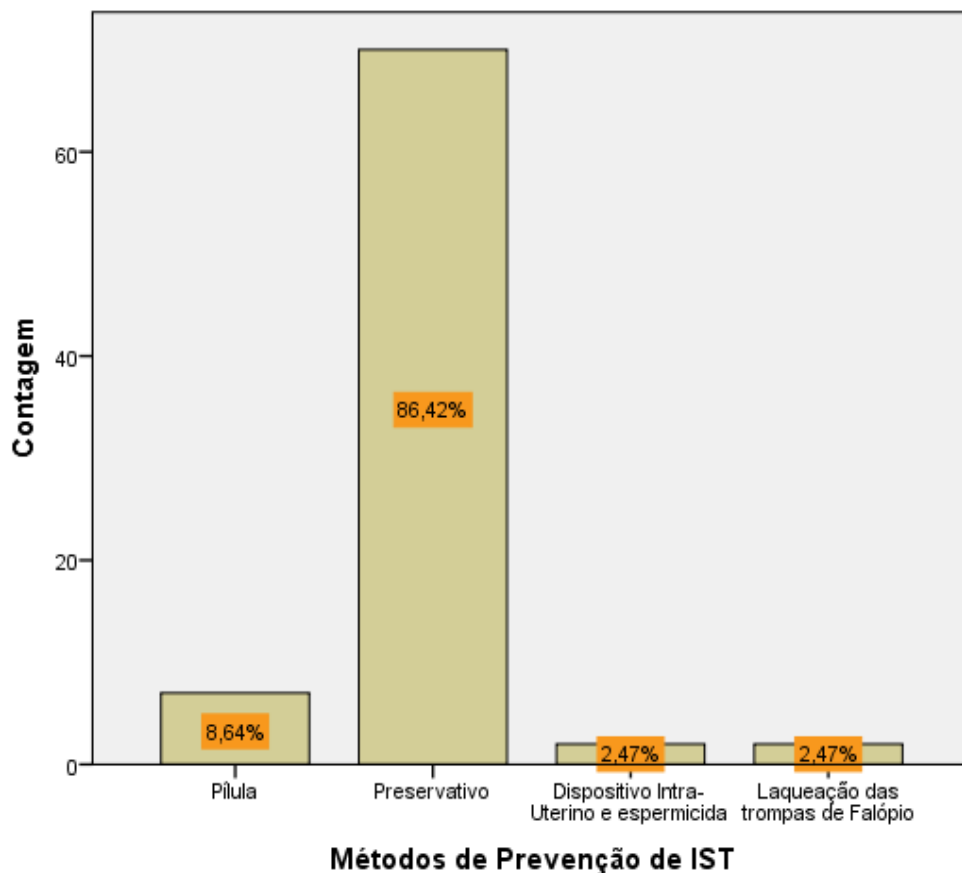
**GRÁFICO 4**-Distribuição da amostra de acordo com as respostas sobre Infecções de transmissão Sexual



Relativamente à questão “**São consideradas Infecções de Transmissão Sexual**”, podemos verificar pela análise do Gráfico 4, que a opção “VIH (Sida), Sífilis, Gonorreia, Clamidiase, Herpes genital e Hepatite B” obtiveram a maioria de respostas 91,4%; a opção “Gonorreia, meningite, VIH (Sida) e hepatite” obteve 6,2% de respostas e opção “todas estão corretas” obteve 2,5% de respostas.

Tendo em conta que a resposta correta é VIH (Sida), Sífilis, Gonorreia, Clamidiase, herpes genital e Hepatite B, verificamos que a maioria (91,4%) tinha conhecimento relativamente ao tema o que são consideradas infeções de transmissão sexual.

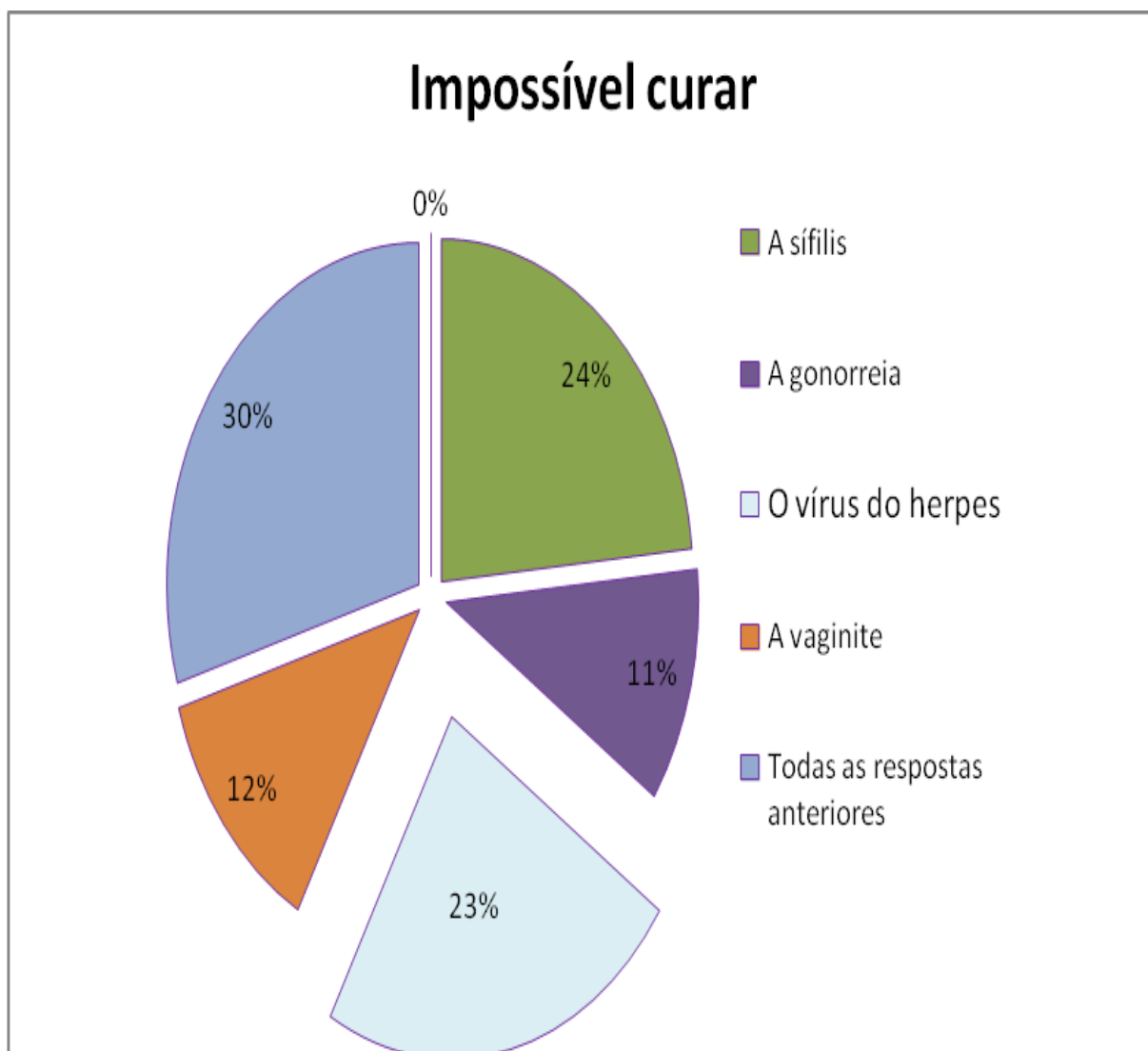
**GRÁFICO 5-** Distribuição da amostra conforme respostas sobre os métodos de prevenção de ISTs



Relativamente à questão “**Métodos de Prevenção de ISTs**”, podemos verificar pela análise do Gráfico 5, que a opção “Preservativo” obteve a maioria de respostas 86,4%; a opção “Pílula” obteve 8,6% de respostas, a opção “Dispositivo intra-Uterino e espermicida” obteve 2,5% e com igual percentagem a opção “Laqueação das trompas de Falópio”.

Tendo em conta que a resposta correta é Preservativo, verificamos que a maioria tinha conhecimento relativamente ao tema qual o método de prevenção de ISTs. No entanto, de salientar que 13,6% dos jovens desconhecem qual o método de prevenção das IST.

**GRÁFICO 6** -Distribuição da amostra conforme respostas sobre o que Atualmente é impossível curar.



Relativamente à questão relacionada com as IST **“Atualmente é impossível curar”**, podemos verificar pela análise do Gráfico 6, que a opção “Todas as respostas anteriores” obteve a maioria de respostas 30%; a opção “Sífilis” obteve 24% de respostas, a opção “O vírus do herpes” obteve 23%, a opção “ a Vaginite” obteve 12% de respostas e com 11% das respostas a “Gonorreia”.

Tendo em conta que a resposta correta é a opção “Vírus do herpes”, verificamos que há desconhecimento sobre este assunto.

**QUADRO 6-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas sobre Gravidez na adolescência

	Frequência	Porcentagem
Geralmente só existem casos nos meios rurais	2	2,5
Na maioria das situações, nada muda na vida da mãe adolescente	0	0
Se o pai optar pode não assumir a paternidade	10	12,3
É um fenómeno em crescimento, com riscos para a mãe e para o bebé	69	85,2
Total	81	100,0

Relativamente à questão “gravidez na adolescência”, podemos verificar no Quadro 6 que a opção mais seleccionada pela amostra foi “É um fenómeno em crescimento, com riscos para a mãe e para o bebé” com 85,2% (69 alunos); 12,3% (10) assinalaram a opção “Se o pai optar pode não assumir a paternidade” e 2,5% (2) escolheram a opção “Geralmente só existem casos nos meios rurais”. De salientar que nenhum elemento da amostra seleccionou a opção “Na maioria das situações, nada muda na vida da mãe adolescente”

**QUADRO 7-** Percentagem de respostas corretas em relação as afirmações formuladas sobre conhecimento sobre Sexualidade

De seguida são analisadas uma série de afirmações colocadas e em que a amostra assinalava se as mesmas eram falsas ou verdadeiras

Alínea	Afirmação	Resposta Correta	% Respostas Corretas	Ano/ Frequência
a	A sexualidade restringe-se ao ato sexual	Falso	98,7% (80)	10º-30 11º-28 12º-22
b	A educação sexual para a sexualidade consiste num processo de desenvolvimento contínuo que se vai construindo ao longo da vida	Verdadeiro	98,7%(80)	10º-30 11º-28 12º-22
c	A utilização de método (s) contraceptivo (s) permite prevenir uma gravidez indesejada	Verdadeiro	98,7% (80)	10º-30 11º-27 12º-23
d	A sexualidade está ligada às emoções aos sentimentos.	Verdadeira	86,4% (70)	10º-27 11º-24 12º-19
e	O preservativo protege das ISTs e da gravidez indesejada	Verdadeira	97,5% (79)	10º-28 11º-28 12º-23
f	O implante subcutâneo é um método contraceptivo definitivo, não necessitando de substituição	Falso	82,7% (67)	10º-30 11º-17 12º-20
g	O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual	Verdadeiro	90.1%	10º-29 11º- 24 12º-20
h	A educação para a sexualidade é um processo formativo que se limita à escola	Falso	98,7% (80)	10º-29 11º-28 12º-23

i	Uma relação sexual tem de envolver sempre penetração	Falso	85,1% (69)	10º-28 11º-25 12º-16
j	Os jovens podem obter informações sobre sexualidade e/ ou métodos contraceptivos gratuitos, nos centros de saúde (consulta de planeamento familiar) e nos Centros de Apoio a Jovens	Verdadeiro	100% (81)	10º-30 11º-28 12º-23
k	A pilula contraceptiva permite prevenir a transmissão de ISTs	Falso	95% (77)	10º-29 11º-25 12º-23
l	As consultas de planeamento Familiar e saúde Juvenil estão sujeitas ao sigilo profissional	Verdadeiro	86,4% (70)	10º-27 11º-23 12º-20
n	A contraceção de emergência pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar	Verdadeiro	76,5% (62)	10º-25 11º-20 12º-17
o	A contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de saúde, nas farmácias e nos centros de apoio a jovens.	Verdadeira	72,8% (59)	10º-21 11º-24 12º-14

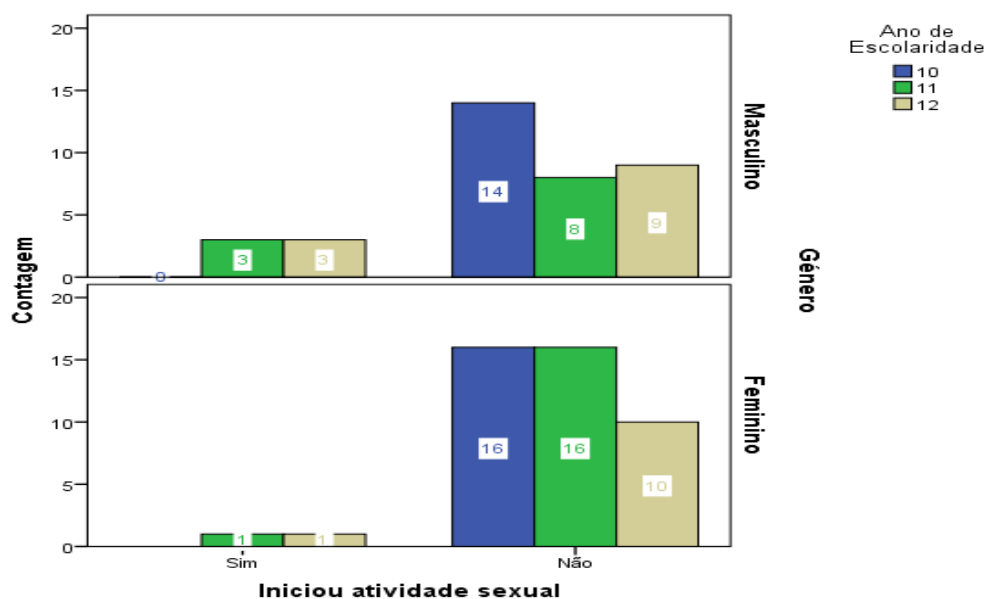
Como se pode verificar ao analisar o Quadro 7, na totalidade das afirmações colocadas obteve-se respostas corretas acima de valores positivos. Ao efetuar a média de percentagem obtida no global das afirmações colocadas, obteve-se uma média de 90,5% de respostas corretas, traduzindo que a amostra demonstra Bom conhecimento sobre a temática.

De seguida passaremos a analisar as questões colocadas para dar resposta a um dos objetivos deste trabalho - Identificar as práticas preventivas dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes.

**QUADRO 8** - Distribuição da amostra de acordo com as respostas iniciou atividade sexual.

		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	8	9,9
	Não	73	90,1
	Total	81	100,0

**GRÁFICO 7**- Distribuição da amostra de acordo com as respostas iniciou atividade sexual, género e ano de escolaridade.



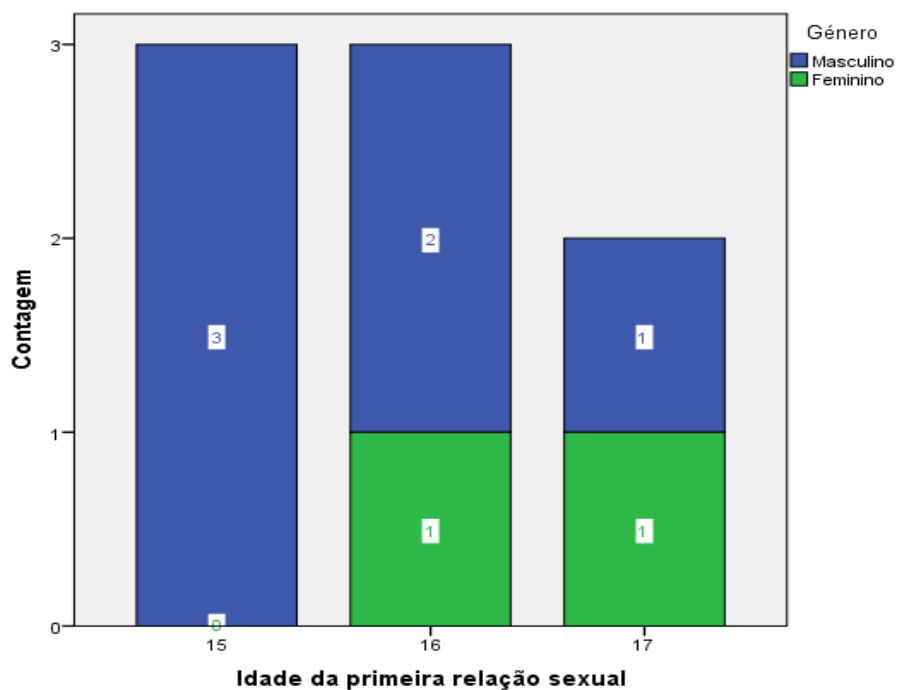
Pela análise do Quadro 8, verificamos que 73 (90,1%) dos jovens referiram não terem iniciado a atividade sexual e apenas 8 elementos da amostra (9,9%) referiram ter iniciado a atividade sexual. Destes, (Gráfico 7) 6 (75%) são do sexo masculino, dos quais 3 (37,5%) são do 11º ano escolaridade e 3 (37,5%) são do 12º ano de escolaridade. Quanto ao sexo feminino apenas 1 elemento do 11º ano e outra do 12º ano de escolaridade (12,5% respetivamente).

**QUADRO 9-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas nunca teve relações sexuais porquê.

	Frequência	Percentagem
Tem /teve vontade mas nunca teve oportunidade	13	17,8
Não encontrou ainda o parceiro/a ideal/adequado/a	42	57,5
Pretende casar virgem	5	6,8
Tem medo de engravidar	2	2,7
Outra	11	15,2
Total	73	100,0

Relativamente à questão “Nunca teve relações sexuais porquê”, podemos verificar no Quadro 9 que dos 73 elementos que respondem não á opção “ já iniciou a atividade sexual” a opção mais selecionada foi “Não encontrou ainda o parceiro/a ideal/ adequado/a “com 57,5% (42 alunos); 17,8% (13) assinalaram a opção “Tem/ teve vontade mas nunca teve oportunidade”; 15,2% (11) assinalaram a opção “Outra”; 6,8% (5) assinalaram a opção” Pretende casar virgem” e 2,7% (2) escolheram a opção “tem medo de engravidar”.

**GRÁFICO 8-** Distribuição da amostra de acordo com a resposta Idade da primeira relação sexual



No Gráfico 8 relativamente à questão “se sim, com que idade teve a primeira relação sexual”, 37,5% (3 elementos do sexo masculino) afirmam ter sido com 15 anos, 37,5% (2 elementos do sexo masculino e 1 do sexo feminino) com 16 anos e 25% (2 elementos sendo cada um de cada sexo) com 17 anos.

**QUADRO 10-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas Pessoa com quem teve primeira relação sexual

	Frequência	Percentagem
O meu namorado	3	37,5
A minha namorada	2	25,0
Uma amiga que conhecia bem	3	37,5
Total	8	100,0

No quadro 10 em relação à questão com quem teve a sua primeira relação sexual, 37,5% afirma ter sido com o meu namorado, 37,5% refere ter sido com uma amiga que conhecia bem e 25% da amostra diz ter tido relações sexuais com a minha namorada.

**QUADRO 11-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas Pessoa a quem falou da primeira relação sexual

	Frequência	Percentagem
Amigo	3	37,5
Amiga	3	37,5
Não contei a ninguém	2	25,0
Total	8	100,0

No Quadro 11 em análise da questão “ Pessoa a quem falou da primeira relação sexual, 37,5% (3) dos alunos disseram que foi ao amigo, 37,5% (3) alunos contaram à amiga e 25% (2) não contaram a ninguém.

**QUADRO 12-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas falou com alguém como evitar gravidez.

	Frequência	Percentagem
Sim	4	50,0
Não	1	12,5
Não sei	3	37,5
Total	8	100,0

No Quadro 12 podemos observar que relativamente à questão “ Falou com alguém como evitar a gravidez” 50% (4) alunos dizem sim, 12,5% (1) aluno refere que não falou com ninguém como evitar a gravidez e 37,5% (3) não sabem.

**QUADRO 13-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas Tomaram cuidado para evitar gravidez na 1ª vez

	Frequência	Percentagem
Sim	8	100,0
Total	8	100,0

No quadro 13 quando questionados se “Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar a gravidez” 100% dos 8 alunos respondeu que sim.

**QUADRO 14-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas Método utilizado na primeira vez

	Frequência	Percentagem
Preservativo	5	62,5
Usaram mais do que um método	3	37,5
Total	8	100,0

No Quadro 14, na questão o método utilizado na primeira vez, houve 62,5% (5) que diz ter usado preservativo e 37,5% (3) da amostra usou mais do que um método, no entanto não especificaram qual ou quais os métodos utilizados.

**QUADRO 15 -**Distribuição da amostra de acordo com as respostas pessoa que se preocupou em evitar a gravidez

	Frequência	Percentagem
Ambos	8	100,0
Total	8	100,0

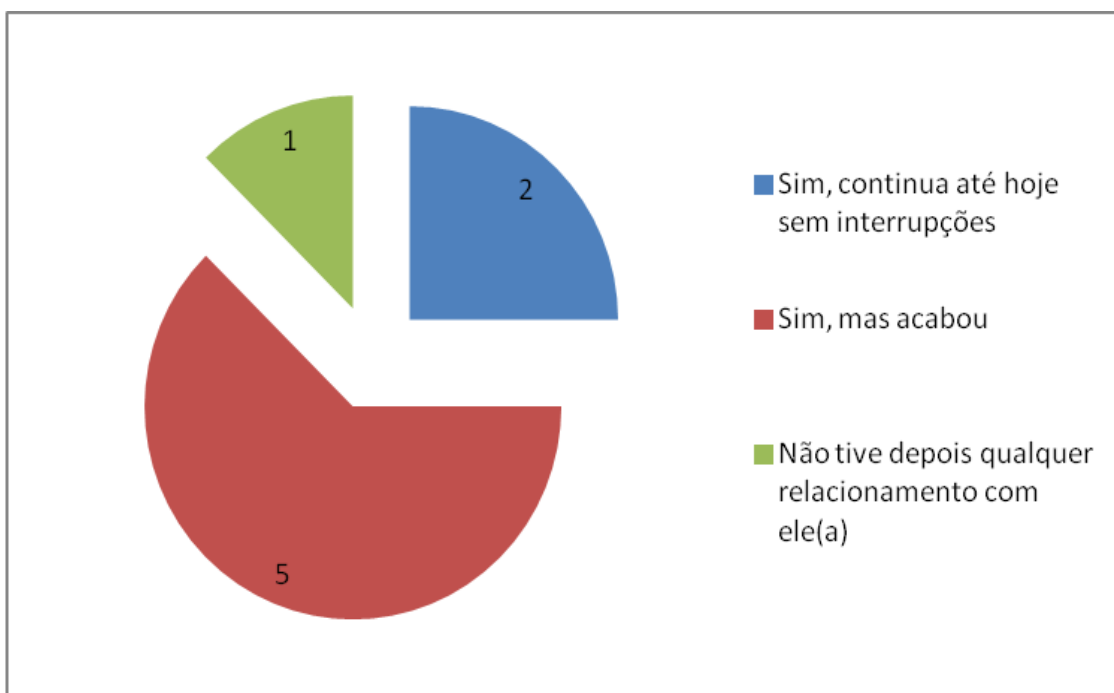
No Quadro 15, quando colocada a questão “pessoa que se preocupou em evitar gravidez” 100% (8), dos alunos da amostra responderam a opção “ambos”, podendo-se verificar, que os jovens partilham as responsabilidades.

**QUADRO 16-** Distribuição da amostra de acordo com as respostas Discutiu ISTs com o parceiro

	Frequência	Percentagem
Não	3	3,7
Não sei	2	2,5
Total	8	100,0

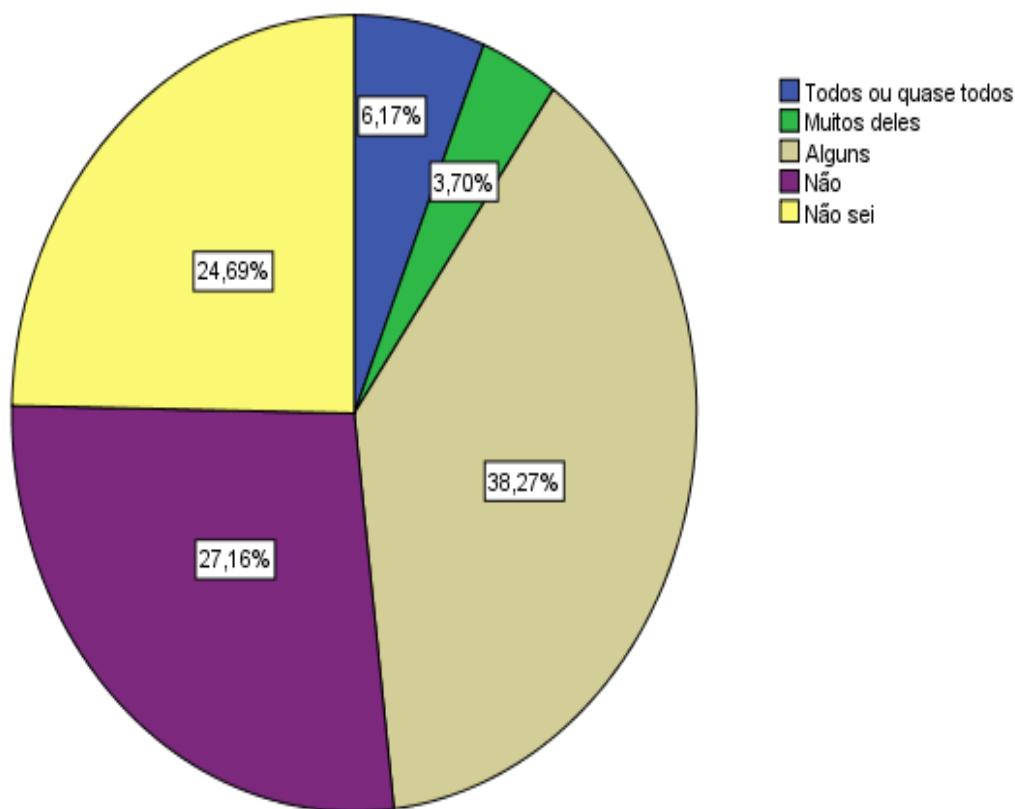
No quadro 16, verificamos que 3 alunos da amostra respondeu que conversou com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, 3 alunos não conversaram com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e 2 alunos escolheram a opção “não sei” se conversaram com o(a) seu/sua parceira(a) para prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

**GRÁFICO 9-**Distribuição da amostra de acordo com as respostas Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a



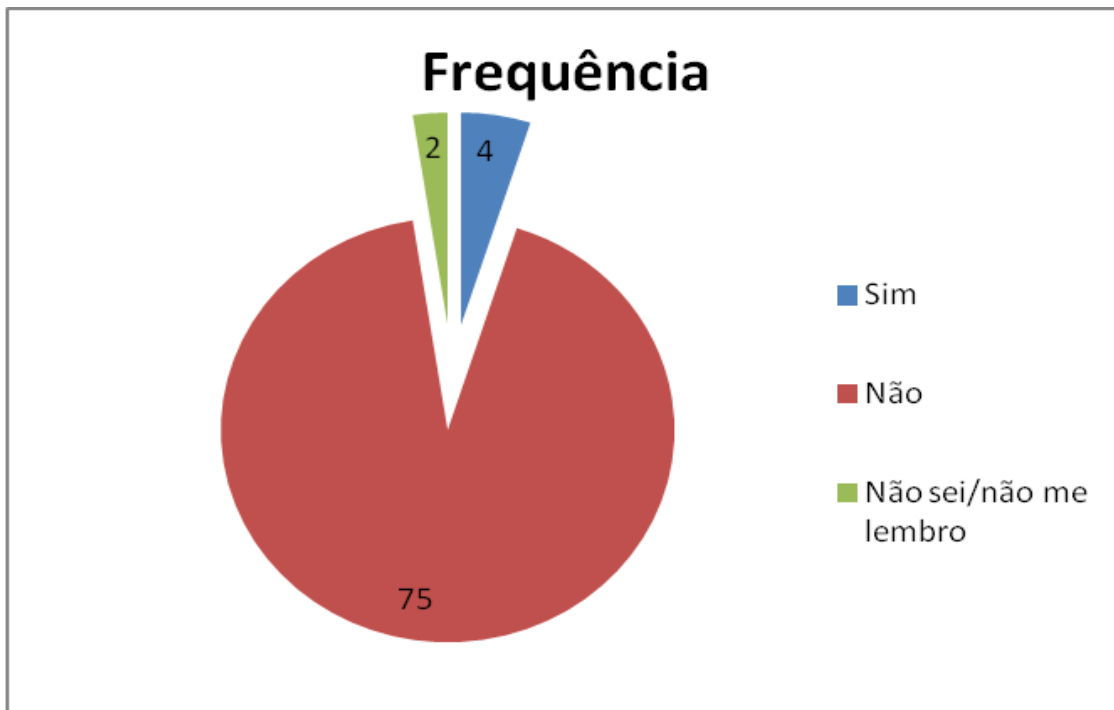
Ao analisar o Gráfico 9 sobre a questão se depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a obteve-se as seguintes respostas 5 jovens disseram que sim, mas acabou, 2 jovens da amostra disseram que sim, e continuam até hoje sem interrupções e 1 jovem disse não teve depois qualquer relacionamento com ele(a).

**GRÁFICO 10**-Distribuição da amostra de acordo com as respostas Acha que a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais



Analisando o Gráfico 10, quando questionados “acha que a maioria dos amigos já teve relações sexuais”, 38,3% da amostra disse alguns, 27,2% da amostra disse que não, 24,7% da amostra não sabem, 6,2% da amostra disse todos ou quase todos e 3,7% da amostra disse muitos deles.

**GRÁFICO 11**-Distribuição da amostra de acordo com as respostas Sentiu pressão para ter relações sexuais



Ao analisar o Gráfico 11 sobre a questão se “sentiu pressão para ter relações sexuais”, 75 (92,5%) alunos da amostra afirmaram que não, 4 (4,9%) alunos disseram que sim e 2 (2,55) alunos da amostra assinalou a opção “não sei/não me lembro”.

### **3.2-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O projeto ambiciona avaliar os conhecimentos e comportamentos dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes, quanto à sexualidade saudável.

Concluída a análise dos dados obtidos quando da utilização do instrumento de recolha de informação, passamos agora para a discussão de resultados.

Amostra deste estudo é constituída por 81 alunos. Quanto ao sexo da amostra 54,3% é do sexo feminino e 45,7% é do sexo masculino.

Quanto às idades da amostra situam-se entre os 14 e os 18 anos, com a média de idades de 16 anos. Relativamente à escolaridade, 30 alunos frequentavam o 10º ano, 28 alunos o 11º ano e 23 alunos o 12º ano de escolaridade.

De seguida foi aplicada uma questão a fim de caracterizar o nível de escolaridade dos pais. Verificou-se que, 34% (54) dos pais frequentaram o Ensino Superior, 25% (41) tem o Ensino Secundário ou equivalente, 20% (32) estudaram até ao 3º ciclo do Ensino Básico ou equivalente, 11% (18) frequentaram o 2º ciclo do Ensino Básico ou equivalente, 6% (9) estudaram até ao Ensino Médio, 3 % (6) frequentaram até ao 1º ciclo e 1% (2) não foi à escola. (Gráficos 2 e 3), o que é semelhante ao nível de literacia da população portuguesa.

Segundo dados do INE (2014) o nível de instrução atingido pela população em Portugal progrediu de forma muito expressiva na última década. No entanto relativamente aos Censos 2001, observa-se um recuo da população com níveis de instrução mais reduzidos, designadamente até ao ensino básico 2º ciclo e um aumento dos níveis de qualificação superiores. A população apurada nos Censos 2011 que possui o ensino superior completo quase duplicou na última década. Passámos das 674 094 pessoas que tinham o ensino superior completo para as 1 262 449.

Quando questionados sobre “com que facilidade fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais” (Quadro 4), em que 32,1% (26) da amostra refere não falar muito sobre esses assuntos com o pai (ou pessoa que o substitui), 25,9% (20) diz que fala com facilidade sobre todos os assuntos, Pode – se verificar que os jovens do sexo masculino 32,4% (12) conseguem falar com o pai com maior facilidade sobre todos os assuntos sexuais. Quando analisamos outros estudos efetuados sobre sexualidade a jovens (Ramos et al.,2008), verifica-se que o perfil do interlocutor com quem os jovens mantêm conversas sobre sexualidade corresponde a um amigo.

Da mesma forma, quando a amostra foi questionada “Com que facilidade fala com a sua mãe (ou pessoa que a substitui) sobre assuntos sexuais, (Quadro 5) 30,9% (25) diz que fala com facilidade sobre todos os assuntos, 24,7% (20) da amostra diz quase nunca falamos sobre isso com a mãe (ou pessoa que a substitui). Para Vilelas (2009) a sexualidade humana nasce com cada indivíduo e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são completamente impostos, sendo definidos pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação sexual e, claro, pelos estabelecimentos de ensino. No entanto, no estudo de Ramos et al. (2008) o perfil de interlocutor com que as raparigas conversam sobre sexualidade corresponde a uma amiga, aproximadamente da mesma idade.

No sentido de atingir um dos objetivos deste trabalho de investigação – identificar os conhecimentos sobre sexualidade saudável, foram colocadas algumas questões. Relativamente ao conhecimento sobre o que são consideradas infeções sexualmente transmissíveis (Gráfico 4), podemos verificar que a grande maioria da amostra demonstra bons conhecimentos sobre quais as doenças que são consideradas IST.

Quando questionados sobre “o método mais eficaz para prevenção de infeções sexualmente transmissíveis” (Gráfico 5), verifica-se que, 86,4% seleciona a opção ”preservativo” O que revela que os inquiridos têm informação necessária quanto ao procedimento a ter para a prevenção de IST. Segundo Roque (2001), a crescente utilização do preservativo poderá ter resultado das campanhas que apareceram com maior intensidade no início dos anos 90, explicativas dos riscos da transmissão de VHI e da importância do uso do preservativo.

Relativamente à questão relacionada com as IST, “Atualmente é impossível curar”, verificou-se existir desconhecimento sobre esta temática pois verificou-se uma disparidade de respostas assinaladas e a opção correta “vírus do herpes” obteve apenas 23% de respostas (Gráfico 6). A infeção por vírus do herpes é neste momento impossível curar, apenas ser prevenido e tal como diz APF (2014), o vírus herpes pode ser tratado para atenuar as queixas e sintomas, mas não existe cura, sendo recorrente o seu aparecimento.

Aplicada uma questão relativamente á gravidez na adolescência (Quadro 6), 85,2% dos inquiridos assinala a opção é um fenómeno em crescimento, com riscos para a mãe e para o bebé.

A decisão de ter um filho implica ponderação e diálogo sobre a responsabilidade de o ter, sobre a forma como um filho altera completamente a nossa vida e sobre as coisas de que é preciso prescindir depois da maternidade/paternidade (Portal da juventude 2014).

Continuando na análise do objetivo de identificar conhecimentos dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes, ano letivo 2013/2014 face à sexualidade saudável verifica-se (Quadro 7) que para a totalidade das afirmações colocadas obteve-se uma média de 90,5% de respostas corretas, traduzindo que a amostra demonstra bons conhecimentos sobre sexualidade. No entanto, podemos verificar que as afirmações “ A contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos centros de apoio aos jovens” e “ a contraceção de emergência pode ser utilizada até 48h após a relação sexual desprotegida, ou se o método concecional falhar” foram as que tiveram menos percentagem, denotando-se algum desconhecimento desta população. Isto leva-nos a refletir sobre a importância do desenvolvimento de projetos de educação sexual que deverão ser desenvolvidos nas escolas em parceria, com enfermeiros de saúde escolar e com os professores. Como já foi referido anteriormente, este trabalho de investigação foi desenvolvido com esse intuito de elaborar um diagnóstico de situação no âmbito dos conhecimentos e das práticas sexuais para direcionar a intervenção do projeto de educação para a saúde sexual. E como nos refere Vilar (2010), as questões da literacia e da qualidade dos saberes são importantes, quer

para a aquisição de uma cultura preventiva em matéria de riscos associados à sexualidade, quer como contributo para o auto e hétero conhecimento e para a qualidade da vida sexual.

Relativamente ao objetivo- Identificar as práticas sexuais dos alunos do ensino secundário de um colégio privado em Paredes, ano letivo 2013/2014 face à sexualidade saudável podemos verificar que 10% (8) da amostra refere ter iniciado atividade sexual, (Quadro 8) enquanto 90% (73) dos alunos admitem que não. Os dados obtidos são corroborados por um estudo efetuado em 2001 no concelho de Matosinhos a 1792 jovens do 9º ano de escolaridade e do ensino secundário, com uma média de idades de 15,2 anos, em que a maioria não tinha tido experiência sexual (Ramos et al., 2008).

Dos que iniciaram atividade sexual, a maioria são do sexo masculino (75%) e dos anos de ensino do 11º e 12º ano. Quanto à idade de início da atividade sexual (Gráfico 8) 37,5% (3 elementos do sexo masculino) afirmam ter sido com 15 anos, 37,5% (2 elementos do sexo masculino e 1 do sexo feminino) com 16 anos e 25% (2 elementos sendo cada um de cada sexo) com 17 anos.

Quando questionados porque é que não tiveram relações sexuais, (Quadro 9) 57,5% (42) dos 73 alunos dizem não encontrou ainda o parceiro ideal, 17,8% (13) dizem ter vontade, mas nunca teve oportunidade.

Aplicada a questão com quem teve a sua primeira relação sexual, (Quadro 10) 37,5% amostra de 8 alunos afirma ter sido com o meu namorado, 37,5% refere ter sido com uma amiga que conhecia bem e 25% da amostra de 10% diz ter tido relações sexuais com a minha namorada.

Segundo Roque (2001) tanto a evolução bio fisiológica como a maturação psicológica, permitem aos jovens aceder à experiência sexual. Atualmente a sociedade está cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens e estes, de facto, iniciam as relações sexuais coitais cada vez mais cedo.

Quando inquiridos “A quem falou, em primeiro lugar, sobre a sua primeira relação sexual,” (Quadro 11) 37,5% afirma ter contado ao amigo e amiga, respetivamente, enquanto 25% não contou a ninguém. O que demonstra que os jovens têm mais facilidade de comunicar com os seus pares em termos de género e idade, o que é também reforçado pelo estudo realizado por Ramos et al (2008). Os resultados de um outro estudo de Anastácio (2010), com adolescentes com uma idade média de 14,47 anos, indicam relativamente à comunicação sobre sexualidade, que esta se estabelece mais com os pares do que com a família.

Na questão “ antes da primeira relação sexual ter acontecido, (Quadro 12) conversou com o seu/ sua parceira sobre o modo de evitar a gravidez” apenas metade dos alunos que iniciaram a atividade sexual referiram ter conversado sobre o modo de evitar a gravidez. No entanto, quando questionados, se na primeira vez tiveram algum cuidado para evitar a gravidez, (Quadro 13) 100% (8) da amostra que tinha iniciado atividade sexual referiu que sim. Quando questionado quem é que se preocupou em evitar a gravidez, 100% referiu que foram ambos, o que se denota uma responsabilidade partilhada, que é um dos objetivos do planeamento familiar (DGS, 2008).

Segundo Roque (2001), para evitar o risco de uma gravidez não desejada é necessário adotar um comportamento contraceptivo adequado que exige determinado posicionamento cognitivo, recursos e a capacidade de se ser eficaz.

E como refere Nery. (2009,p. 817-23), a adolescência “...é um importante período do ciclo vital, visto que é nele que se desenvolve grande parte do processo de crescimento e desenvolvimento humano, em que se observa um acentuado amadurecimento corporal; significativas transformações emocionais; construção de novas relações interpessoais; manifestações de novos sentimentos; atitudes; decisões resultando na construção de uma identidade própria.”

No que respeita ao método utilizado na primeira vez, (Quadro 14), havendo 62,5% (5) que diz ter usado preservativo e 37,5% (3) da amostra usou mais do que um método, no entanto não especificaram. Dados semelhantes forma também relatados no estudo de Ramos et al (2008), em que 76,7% dos inquiridos com experiência coital utiliza sempre métodos contraceptivos e em que o método mais utilizados era o preservativo, seguido

associação da pílula com o preservativo. Como é referido na circular normativa de planeamento familiar (DGS, 2008) o método mais aconselhado para os jovens é o método combinado de pílula e preservativo.

No que respeita ao comportamento de prevenção de IST, (Quadro 16), verificou-se que apenas 37,5% da amostra que iniciou atividade sexual conversou com o seu parceiro (a) sobre a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

Quando questionados se posteriormente continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a (Gráfico9), 63% referiu que sim, mas acabou, 25% dos jovens da amostra disseram que sim, e continuam até hoje sem interrupções e 12,5% (1) jovem disse não teve depois qualquer relacionamento com ele(a).

No sentido de avaliar a perceção da amostra relativamente a se a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais (Gráfico 10), 38,3% da amostra disse alguns, 27,2% da amostra disse que não, 24,7% da amostra não sabem, 6,2% da amostra disse todos ou quase todos e 3,7% da amostra disse muitos deles, o que demonstra que quase metade da amostra tem a perceção que os amigos já iniciaram a atividade sexual, no entanto apenas 10% admitiu ter iniciado a atividade sexual. E quando abordada a questão “se sentiu pressão para ter relações sexuais” (Gráfico 11), 92,5% referiu que não, no entanto 5% referiu que sim.

Ao terminar a discussão dos resultados e tendo em conta a precocidade da iniciação sexual é necessária intervenção por parte dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma educação para a saúde estruturada e organizada, que motive os adolescentes à mudança de comportamentos, pois apesar de muitos dos adolescentes terem conhecimentos, não se regista por vezes, alteração nos comportamentos de risco.

#### **4 - CONCLUSÃO**

A investigação em enfermagem é uma função íngreme e difícil, porém, tem-se perfeita noção do esforço e dedicação despendidas neste trabalho, pois só desta forma foi possível ultrapassar os obstáculos vividos, devido à inexperiência da investigadora em trabalhos de investigação.

No que se refere a objetivos académicas, como seja o aprofundar conhecimentos de investigação, entender a investigação como ensino de novos saberes ou como metodologia de trabalho, considero que estes foram atingidos.

Relativamente aos objetivos de investigação, identificar os conhecimentos sexuais e as práticas preventivas dos jovens do ensino secundário de um colégio privado em Paredes no ano letivo 2013/2014, de uma forma global foram atingidos verificando que os alunos deste estabelecimento de ensino detêm bons conhecimentos. No entanto, verificou-se que em algumas temáticas relacionadas com a contraceção de emergência ainda persiste algumas dúvidas pois foram as que tiveram menor percentagem. O que revela a importância do desenvolvimento de projetos de educação sexual escolas em parceria, com enfermeiros de saúde escolar, com os professores e também com os pais. Relativamente às praticas sexuais, apenas 10% tinha iniciado atividade sexual. Os objetivos indicados para este estudo foram atingidos.

Como já foi referido anteriormente, este trabalho de investigação foi desenvolvido com esse intuito de elaborar um diagnóstico de situação no âmbito dos conhecimentos e das práticas sexuais para direcionar a intervenção do projeto de educação para a saúde sexual.

Foi gratificante realizar este projeto de investigação, pois permitiu alargar e aprofundar os conhecimentos nesta área, contribuindo assim para o crescimento pessoal e profissional enquanto aluna e futura profissional de enfermagem.

No decorrer da investigação, surgiram dificuldades como a gestão do tempo relacionadas pelo facto de a investigadora trabalhar e estudar. No entanto com muita moti-

vação e empenho conseguiu terminar este primeiro percurso pelos caminhos da investigação.

Acreditamos que a problemática estudada e os resultados encontrados serão motivadores para o investimento de enfermagem no âmbito da educação sexual em meio escolar, ao desenvolvimento de projetos de educação para a saúde no sentido de dotar os jovens de conhecimentos para que possam adotar comportamentos mais saudáveis e responsáveis.

Para isso é fundamental que se dinamizem espaços onde os adolescentes possam treinar jogos pedagógicos que os habilitem para atitudes responsáveis face à sexualidade; Que se enfatize, no ensino teórico e prático, a importância da educação para a vivência da sexualidade responsável, mantendo a perspectiva da transdisciplinaridade, aumentando assim os tempos letivos dedicados à temática; Que se aumentem os tempos letivos para a abordagem da temática enquanto parte integrante para uma vivência saudável da sexualidade, envolvendo os vários agentes educativos: professores, pais e alunos com a colaboração dos enfermeiros de saúde escolar.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alvarez, M.J., e Marques Pinto, A. (submetido). *Educação Sexual: Atitudes, conhecimentos, conforto e disponibilidade de professores portugueses*;

Alves T. (2003) *Prevenção do Colo do Útero*. Revista Portuguesa de Clínica Geral 19:455-460;

Amorim, C. (2000). *Para a autonomia de opção*, Revista Trajetos e projetos 2,pp. 23-30;

Anastácio, Z. C. (2001). *Educação sexual: relacionamento entre pais e filhos adolescentes*. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro;

APF. O que são ISTs.[Em linha]. Disponível em <http://www.apf.pt> [Consultado entre 04-06-2014 e 30-06-2014];

Borawski, E., Landis, C., Lovergreen, L., e Trapl, E. (2003). *Parental monitoring negotiated unsupervised time and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors*. Journal of Adolescent Health, 33,60-70;

Braconnier, A., e Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. [The thousand faces of adolescence ]Lisboa: Climepsi;

Brás, M. (2014) *A adolescência e sexualidade a ótica do enfermeiro dos cuidados de saúde*. Coimbra;

Brunner e Suddarth, (2005) - *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*, ed 10ª Editora Guanabara Koogan;

Cabral, G., (2014). *Mico-Leão-Preto: A história de Sucesso na Conservação de uma espécie Ameaçada*. Matrix Editora;

CIPE (2011) Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2*. Portugal, Edições Ordem dos Enfermeiros;

DGE-Sexualidade no âmbito da saúde escolar[Em linha]. Disponível em [http://www.dgidc.min.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=17](http://http://www.dgidc.min.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=17) [Consultado entre 04-06-2014 e 30-06-2014];

DGS. (2008). Saúde Reprodutiva. [Em linha]. Disponível em [http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/educacao-sexual-em-meio-escolar.aspx](http://http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/educacao-sexual-em-meio-escolar.aspx) [Consultado entre 02-06-2014 e 30-06-2014];

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Editora Lusociência;

Fortin, M. F. (2003). - *O processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Luso-ciência;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Luso-didacta;

Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade: A vontade de Saber*. Lisboa, Relógio de água editores;

Harrison, 1999, *Medicina Interna*, compêndio, ed. 14., p.435;

ILGA [Em linha]. [Consultado. 2 Junho de 2014] Disponível em WWW: <URL: (<http://ilga-portugal.pt/ilga/index.php>)>;

INE (2014) [Em linha]. [Consultado. 6 Junho de 2014] disponível em WWW: <URL: [file:///Censos2011\\_ResultadosProvisorios.pdf](file:///Censos2011_ResultadosProvisorios.pdf)>;

Kehily, M.J. (2002) *Sexuality, Gender and Schooling: shifting agendas in social learning*, London: Routledge, ISBN 0-415-28047-8;

Lancaster, J. e Stanhope, M.. Ed.:7ª(2011). *ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*;

LEI nº 259/00. (2000). Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva: Assembleia da Republica, Diário da Republica, I Série, de 17 Outubro, nº 5784 -5786;

LEI nº 60/09. (2009). Estabelece o regime da aplicação da Educação Sexual em meio escolar: Assembleia da Republica, Diário da Republica, I Série, de 6 Agosto, nº 151, 5097-5098;

LEI nº 196/A. (2010). Estabelece o regime da aplicação da Educação Sexual em meio escolar: Assembleia da Republica, Diário da Republica, I Série, de 9 Abril, nº 69, 1170-1172;

Lopes, E.D e Saavedra, J.L.D. (1996),*Desenvolvimento de Podisus nigrispinus (Dallas) (Heteroptera: Pentatomidae) com Zophobas confusa Gebien (Coleoptera:Tenebrionidae) comparado a duas outras presas alternativas*. Revta. bras. Zool., v.13,n.1, p.159-164;

Martin Mac an Ghail (1994). *The Making of men: Masculinities, Sexualities and Schooling*. Open University Press;

Marques A.et alii (1999)., Pereira A, Silva B, Vilar D, Cadete J, coord. *Educação sexual e promoção da saúde nas escolas: um projeto experimental: orientações técnicas sobre educação sexual em meio escolar: contributos das Equipas do Projeto*. Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. Associação para o Planeamento da Família. Direção Geral da Saúde;

Marques A et alii (2000).M, Prazeres V, Pereira A, Vilar D, Forreta F, Cadete J. et al. *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras* Lisboa: Ministério da Saúde. Ministério da Educação;

Manual Merck [Em linha]. [Consultado. 6 Junho de 2014] disponível em WWW:<URL: <http://www.manualmerck.net/> ;

Milheiro, J. (2001). *Sexualidade e Psicossomática*. Coimbra: Almedina;

Nery, E.A. (2009).*Revista Enfermagem*, Out-Dez, 13, pp- (817-23);

OMS [Em linha]. [Consultado. 26 Junho de 2014] Disponível em WWW: <URL:<http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/NossoCorpo/Paginas/Afisiologiadasesexualidade.aspx>;

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consultado. 20 Junho de 2014] Disponível WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>;

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consultado. 20 Junho de 2014] disponível WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>;

Pacheco, A. (2010). *Sexualidade, Adolescência e Saúde*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/%E2%80%9CSEXUALIDADE,ADOLESC%3%8ANCIAESA%3%9ADE.aspx>>. [Consultado em 5/6/14];

Portal da juventude [Em linha]. [Consultado. 20 Junho de 2014] Disponível WWW: <URL: <https://juventude.gov.pt/Paginas/default.aspx>;

Porto Editora [Em linha]. [Consultado. 25 Junho de 2014] Disponível WWW: <URL: <http://www.portoeditora.pt/espacolinguaportuguesa/dol/dicionarios-online/>;

Ramos R. et al (2008) *Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovem em Matosinhos*. Arquivos de Medicina Vol 22 n° 1.jan/fev.p.3-15;

Reis M. e Vilar, D. (2004) *A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores*. *Análise Psicológica*.,pp.737-45;

Ribeiro, J. L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores;

Roque. O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora, Associação para o planeamento da família;

Sampaio, D. (2001). *Inventem-se novos pais*. Lisboa, Caminho;

Thorne, B. (1993). *Sexo Play: meninas e meninos na escola*. Rutgers University Press;

Vilar, D. (2005). *A educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança?* Educação sexual em rede, n°1, Julho/ Setembro 2005, pp.8-14;

Vilar, J.M. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Lisboa, Fornasau,Lda;

Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau. 195 p. ISBN 978-989-8269-02-7;

Witter, et al. (1988). *Enfermagem Prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan;

Zapian, J. (2002). *Educação afetivo-sexual. Sexualidade e Planeamento Familiar*, pp. 33-8.

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b>	Questionário	85
<b>Anexo 2</b>	Lista de doenças de notificação obrigatória	90

## **Anexo 1 -Questionário**

### **Grupo I**

#### **Caracterização sociodemográfica**

**1. É do sexo masculino ou feminino?**

- a) Masculino
- b) Feminino

**2. Que idade tem?**

- a) \_\_\_\_\_anos

**3. Qual o ano de escolaridade que frequenta?**

- a) 1. \_\_\_\_\_

**4. Que escolaridade tem os teus pais? (COLOCA A ALÍNEA CORRESPONDENTE, REFERENTE À ESCOLARIDADE DA MÃE E DO PAI, NO QUADRADO AO LADO)**

- a) Não foi à escola
- b) Frequentou a escola, mas não completou o 1º ciclo do ensino básico
- c) 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade)
- d) 2º ciclo do Ensino Básico ou equivalente (5º e 6º ano de escolaridade)
- e) 3º ciclo do Ensino Básico ou equivalente (7º ao 9º ano de escolaridade)
- f) Ensino Secundário ou equivalente (10º ao 12º ano de escolaridade)
- g) Ensino Médio (Bacharelato)
- h) Ensino Superior (licenciatura ou pós-graduação)

Pai	Mãe

**5. Com que facilidade fala com o seu pai (ou a pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais?**

- a) Falo com facilidade sobre todos os assuntos
- b) Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não
- c) Não falamos muito sobre esses assuntos
- d) Quase nunca falamos sobre isso

**6. E em relação à sua mãe (ou a pessoa que a substitui), com que facilidade fala desses assuntos?**

- a) Falo com facilidade sobre todos os assuntos
- b) Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não
- c) Não falamos muito sobre esses assuntos
- d) Quase nunca falamos sobre isso

## **II-PRÁTICAS**

### **7. Já iniciou a atividade sexual?**

- a) Sim
- b) Não

### **Para quem respondeu NÃO à pergunta anterior**

#### **7.1. Nunca teve relações sexuais porquê?**

- 1. Tem /teve vontade mas nunca teve oportunidade
- 2. Não encontrou ainda o parceiro/a ideal/adequado/a
- 3. Pretende casar virgem
- 4. Tem medo de engravidar
- 5. Outra. Especifica \_\_\_\_\_

### **PASSE PARA A QUESTÃO 16**

#### **7.2. Se sim, com que idade teve a primeira relação sexual?**

- a) 12 Anos
- b) 13 Anos
- c) 14 Anos
- d) 15 Anos
- e) 16 Anos
- f) 17 Anos

#### **8. A pessoa com quem teve a sua primeira relação sexual era:**

- 1. O meu namorado
- 2. A minha namorada
- 3. Um amigo que conhecia bem
- 4. Uma amiga que conhecia bem
- 5. Um amigo que conhecia mal
- 6. Uma amiga que conhecia mal
- 7. Uma pessoa do sexo masculino que encontrei ocasionalmente
- 8. Uma pessoa do sexo feminino que encontrei ocasionalmente
- 9. Outra. Especifica: \_\_\_\_\_

#### **9. A quem falou, em primeiro lugar, sobre a sua primeira relação sexual?**

- 1. Pai
- 2. Mãe
- 3. Irmão
- 4. Irmã
- 5. Outro parente
- 6. Amigo
- 7. Amiga
- 8. Vizinho
- 9. Não contei a ninguém
- 10. Outra. Quem? \_\_\_\_\_
- 11. Não sei / não me lembro

**10. Antes da primeira relação sexual ter acontecido, conversou com o seu/sua parceiro/a sobre o modo de evitar a gravidez?**

1. Sim
2. Não
3. Não sei

**11. Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?**

1. Sim
2. Não
3. Não sei

**12. Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez? (Pode escolher mais de uma resposta)**

1. Pílula anticoncetiva
2. Injeção / implante
3. DIU
4. Preservativo
5. Diafragma
6. Coito interrompido / gozar fora
7. Tabela
8. Usaram mais de um método. Especifica: \_\_\_\_\_
9. Outro. Especifica \_\_\_\_\_
10. Não sei / não me lembro

**13. Quem se preocupou em evitar a gravidez?**

1. Eu
2. O/a parceiro/a
3. Os dois
4. Não sei / não me lembro

**14. Discutiu também com o seu parceiro/a a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST)?**

1. Sim
2. Não
3. Não sei

**15. Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a?**

1. Sim, continua até hoje sem interrupções
2. Se separaram, mas estão juntos atualmente
3. Sim, mas acabou
4. Não tive depois qualquer relacionamento com ele(a)

**16. Acha que a maioria dos seus amigos/as já teve relações sexuais?**

- a) Todos ou quase todos
- b) Muitos deles já tiveram
- c) Alguns já tiveram
- d) Não
- e) Não sei

**17. Sentiu-se pressionado/a para ter relações sexuais?**

1. Sim
2. Não
3. Não sei / não me lembro

## **Grupo-III**

### **Conhecimento**

Escolha múltipla e Verdadeiro ou Falso (v) ou (F)

Das seguintes afirmações, seleciona apenas a que considera correta:

#### **1. São consideradas Infecções de Transmissão Sexual:**

- a) Pneumonia, meningite, sífilis e VIH (Sida)
- b) Gonorreia, meningite, VIH (Sida) e hepatite
- c) VIH (Sida), Sífilis, Gonorreia, Clamídiase, Herpes genital e Hepatite B
- d) Todas estão corretas

#### **2. Destes métodos o mais eficaz para prevenção de infeções de transmissão sexual é:**

- a) Pílula
- b) Preservativo
- c) Dispositivo Intra-Uterino e espermicida
- d) Laqueação das trompas de Falópio

#### **3. Atualmente é impossível curar:**

- a) A sífilis
- b) A gonorreia
- c) O vírus do herpes
- d) A vaginite
- e) Todas as respostas anteriores

#### **4. Relativamente à gravidez na adolescência:**

- a) Geralmente só existem casos nos meios rurais
- b) Na maioria das situações, nada muda na vida da mãe adolescente
- c) Se o pai optar pode não assumir a paternidade
- d) É um fenómeno em crescimento, com riscos para a mãe e para o bebé

**5- Das seguintes afirmações considere se é Verdadeiro ou falso (V ou F)**

a) A sexualidade restringe-se ao ato sexual.	
b) A educação para a sexualidade consiste num processo de desenvolvimento contínuo que se vai construindo ao longo da vida.	
c) A utilização de método (s) contraceutivo (s) permite prevenir uma gravidez indesejada.	
d) A sexualidade está ligada às emoções e aos sentimentos.	
e) O preservativo protege das ISTs e da gravidez indesejada.	
f) O implante subcutâneo é um método contraceutivo definitivo, não necessitando de substituição.	
g) O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.	
h) A educação para a sexualidade é um processo formativo que se limita à escola.	
i) Uma relação sexual tem de envolver sempre penetração.	
j) Os jovens podem obter informações sobre sexualidade e/ou métodos contraceutivos gratuitos, nos Centros de Saúde (consulta de planeamento familiar) e nos Centros de Apoio a Jovens.	
k) A pílula contraceutiva permite prevenir a transmissão de IST.	
l) As consultas de Planeamento Familiar e Saúde Juvenil estão sujeitas a sigilo profissional.	
m) A contraceção de emergência pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncecional usado falhar.	
n) A contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens.	

**Obrigado pela sua colaboração**

## **Anexo 2- Lista de doenças de notificação obrigatória**

(Despacho 5681-A-2014 de 29 de Abril)

Botulismo	Giardíase	Raiva
Brucelose	Gonorreia	Rubéola Congénita
Campilobacteriose	Gripe Não Sazonal	Rubéola, excluindo Rubéola Congénita
Cólera	Hepatite A	Salmoneloses não Typhi e não Paratyphi
Criptosporidiose	Hepatite B	Sarampo
Dengue	Hepatite C	Shigelose
Difteria	Hepatite E	Sífilis Congénita
Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)	Infeção por <i>Bacillus anthracis</i>	Sífilis, excluindo Sífilis Congénita
Doença de Creutzfeldt-Jakob variante(DCJ)		
Doença de Hansen (Lepra)	Infeção por <i>Chlamydia trachomatis</i> , excluindo Linfogranuloma Venéreo	Síndrome Respiratória Aguda – SARS
Doença de Lyme (Borreliose)	Infeção por <i>Clamidia trachomatis</i> - Linfogranuloma Venéreo	Tétano, excluindo Tétano Neonatal
Doença dos Legionários	Infeção por <i>Escherichia coli</i> produtora de Toxina Shiga ou Vero (Stec/Vtec)	Tétano Neonatal
Doença Invasiva Meningocócica	Infeção por vírus do Nilo Ocidental	Tosse Convulsa
Doença Invasiva Pneumocócica	Leishmaniose Visceral	Toxoplasmose Congénita
Doença Invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	Leptospirose	Triquinelose
Equinococose/Hidatidose	Listeriose	Tuberculose
Febre Amarela	Malária	Tularémia
Febre Escaro-Nodular (Rickettsiose)	Paralisia Flácida Aguda	
Febre Q	Parotidite Epidémica	Variola
Febre Tifóide e Febre Paratifóide	Peste	VIH (Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana) e SIDA
Febres Hemorrágicas Virais e Febres por Arbovírus	Poliomielite Aguda	Yersiniose