

João Jorge Neves Mendes

Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

João Jorge Neves Mendes

Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

João Jorge Neves Mendes

Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar

João Jorge Neves Mendes

Projecto de Graduação
apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção
do grau de licenciatura em
Enfermagem.

Sumário

Este trabalho realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, surge como o culminar de todo um processo pedagógico, que visa a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

O tema do presente estudo é “Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar”.

Foi definida a seguinte questão de partida “Será que os jovens do género masculino aderem à Consulta de Planeamento Familiar?”. Sendo que como objectivos deste estudo avaliar a percentagem de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino, identificar as razões de adesão dos mesmos e os de não adesão.

A população deste estudo foram os alunos do género masculino a frequentar a Licenciatura de Enfermagem e a Licenciatura de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa do Porto, durante os meses de Março e Abril de 2011. Sendo que a amostra foi constituída por 57 alunos dos respectivos cursos.

De forma a responder a questão de investigação e atingir os objectivos proposto para este trabalho, foi realizado um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

Após a discussão de dados, conclui-se que a maioria dos jovens do género masculino não adere à Consulta de Planeamento Familiar, sendo que a principal razão porque os mesmos não aderem à consulta é “Não preciso”, seguido de “Informe-me com outros” e “Não tenho interesse”. Por outro lado, o principal motivo que levariam à adesão à consulta apontado é “Não ter necessidade de agendar consulta”. No entanto 33,3% dos questionados referem “Nunca pensei ou penso frequentar a Consulta de Planeamento Familiar”. Isto leva-nos a concluir que é necessário criar estratégias que cativem e motivem os jovens a aderir à consulta, assim como fornecer informação mais elucidativa e eficaz.

Abstract

This work performed under the Nursing Graduation at the Universidade Fernando Pessoa, appears as the culmination of an educational process aimed at obtaining a Nursing degree.

The theme of this study is "Accession of the young male gender to family planning services."

The starting question defined is "Do young male gender adhere to family planning services?". Since this study aims to assess the percentage of adherence to family planning services for young males, to identify the reasons for the same membership and not membership.

The study population was male gender students attending the Nursing Graduation and Dental Medicine Graduation in Universidade Fernando Pessoa in Porto, during the months of March and April 2011. The sample consisted at 57 students from their courses.

In order to answer the research question and achieve the objectives proposed for this study was a descriptive study, quantitative cross-sectional approach.

After discussion of data, concludes that most young male gender doesn't adhere to family planning services, and the main reason why they don't adhere is "No need," followed by "I informed myself with others "and "I'm not interested." On the other hand, the main reason that led to join the pointed query is "No need to program consultation." However 33.3% of respondents refer that "I never thought or think attending family planning services." This leads us to conclude that it is necessary to create strategies that captivate and motivate young people to join the consultation, as well as provide more effective and elucidative information.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, namorada, irmã, cunhado, amigos de longa data, amigos que conheci durante esta licenciatura e a todas as pessoas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora, neste Projecto de Graduação, Enfermeira Conceição Guimarães, que prontamente se dispôs a ajudar-me.

Aos meus pais, namorada, irmã e cunhado que me apoiaram e contribuíram para a obtenção da Licenciatura em Enfermagem.

Aos docentes da Universidade Fernando Pessoa e aos meus orientadores durante os diversos Ensinos Clínicos que realizei ao longo desta licenciatura, por tudo o quanto me ensinaram e fizeram crescer.

E por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos de longa data que me acompanharam sempre nos bons e maus momentos, Rui, Pedro, Diogo, Ruben e Nuno; e aos amigos criados ao longo da licenciatura.

OBRIGADO A TODOS, OBRIGADO POR TUDO.

Abreviaturas e siglas

APF – Associação para o Planeamento Familiar

CIE/ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros/International Council of Nursing

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DSMIA – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

Fa – Frequência Absoluta

Fr – Frequência Relativa

GAJS – Gabinetes de Apoio Juvenil à Sexualidade

IFF – Inquérito à Fecundidade e Família

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPJ – Instituto Português da Juventude

IPPF – International Planned Parenthood Federation

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization

PDR – Plano de Desenvolvimento Regional

PNSJ – Programa Nacional de Saúde dos Jovens

QCAIII – Quadro Comunitário de Apoio III

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

Índice

0. Introdução.....	16
I. Fase conceptual	20
1.1 Justificação do tema.....	20
1.2 Problema de investigação e Questões de investigação	20
1.3 Objectivos	21
1.4 Enquadramento Teórico.....	22
i. Sexualidade no masculino	22
ii. O jovem adulto.....	27
iii. Planeamento Familiar e Adesão no Masculino	28
iv. Papel do Enfermeiro na Consulta de Planeamento Familiar.....	36
II. Fase metodológica	40
2.1 Desenho de Investigação	40
2.2 Tipo de estudo.....	40
2.3 Meio	41
2.4 População.....	41
2.5 Amostra e Processo de amostragem	41
2.6 Variáveis de estudo	41
2.7 Instrumento de colheita de dados.....	42
2.8 Pré-teste	43
2.9 Considerações Éticas	43
2.10 Método de tratamento e análise de dados	44
III. Fase Empírica	45
3.1 Análise de dados	45
i. Caracterização da amostra	45
ii. Informação sobre hábitos sexuais e Planeamento Familiar	47
3.2 Discussão dos resultados	55
IV. Conclusão	60
V. Referências Bibliográficas.....	63

Anexos

Anexo I (Questionário)

Anexo II (Cronograma)

Índice de quadros

Quadro n1 - Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos) ”

Quadro nº 2: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Curso que frequenta”

Quadro nº 3: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Estado Civil”

Quadro nº 4: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “local de habitação”

Quadro nº 5: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “conhecimento da Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 6: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “conhecimento sobre os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 7: Distribuição numérica e percentual da variável “objectivos da Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 8: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “onde recorre para obter informação ou ajuda na vertente sexual e reprodutiva”

Quadro nº 9: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “sexualmente activos”

Quadro nº 10: Distribuição da amostra segunda a variável “idade de início da actividade sexual”

Quadro nº 11: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “recorrer à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar a sua actividade sexual”

Quadro nº 12: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “frequenta, actualmente, a Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 13: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 14: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Razões de não adesão à Consulta de Planeamento Familiar”

Quadro nº 15: Distribuição numérica percentual da amostra segundo a variável “razões que levariam a aderir à Consulta de Planeamento Familiar”

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Representação gráfica relativa à variável “idade (em anos)”

Gráfico 2 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “local de habitação”

Gráfico 3 – Distribuição percentual da amostra segunda a variável “idade de início da actividade sexual”

Gráfico 4 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “número de parceiras(os) sexuais nos últimos 6 meses”

Gráfico 5 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “onde realizou Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar a actividade sexual”

0 – Introdução

Actualmente, os jovens iniciam a sua actividade sexual cada vez mais cedo devido a vivenciarem a sexualidade de uma forma mais liberal (Nodin 2001). A puberdade é atingida mais cedo e o início da actividade sexual ocorre numa idade cada vez mais precoce e outro dado preocupante revelado pelo IFF (1997) é o de apenas 59% dos homens, com idade compreendida entre os 15 e os 19 anos, terem usado algum método contraceptivo na primeira relação sexual. Isto leva a um aumento dos comportamentos de risco por parte dos jovens que colocam em risco a sua saúde e a dos outros (Antunes 2007).

É necessário incentivar a educação sexual, segundo Collins *et al.* (*cit. in* Projecto SAFE 2010, p. 19) “(...) a educação sexual não promove a actividade sexual precoce, nem a sua maior frequência”. Os mesmos autores referem que a educação sexual leva a um início mais tardio da actividade sexual ou mesmo a redução da sua frequência.

Para Rodrigues (2001) o jovem adulto é alguém com a idade compreendida entre os 18 e os 30 anos e esta fase da vida é caracterizada por acontecimentos e realizações e desenvolvimento em todas as suas dimensões para fazerem escolhas importantes.

O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição Portuguesa, e reforçado pela Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto, que visa garantir a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável e reforçar o acesso ao planeamento familiar. Devem ser desenvolvidos novos modelos para chegar aos grupos especiais, que têm um acesso inadequado à informação e aos serviços de Planeamento Familiar. Nestes grupos estão incluídos os jovens do género masculino (WHO 1997; *cit. in* Manuel, H.I.B 2007).

No 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, faz parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciatura a realização de um Projecto de Investigação.

Desta forma, optou-se por investigar a problemática dos jovens do género masculino no que se relaciona com o viverem a sua sexualidade de uma forma segura e responsável e a sua adesão aos serviços de saúde.

Assim, emergiu o tema desta investigação: “Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar”. Como questão de investigação: “Será que os jovens do género masculino aderem à Consulta de Planeamento Familiar?”.

Esta investigação tem como objectivos determinar a percentagem de adesão dos jovens do género masculino à consulta, as razões pelas quais frequentam ou não a consulta e as razões que os levariam a aderir. Este estudo realizou-se dentro da comunidade académica da Universidade Fernando Pessoa, sendo os questionários aplicados aos alunos do 1º, 2º, 3º e 4º ano Licenciatura em Enfermagem e 1º, 2º, 3º, 4º e 5º ano Licenciatura em Medicina Dentária.

Desta forma, pretende-se compreender as “exigências” dos jovens do género masculino no que toca à Consulta de Planeamento Familiar, no sentido de introduzir novas estratégias tendo em vista a adesão à mesma. Ketting (2000) refere que tanto na Europa como no Mundo, os recursos a nível de saúde sexual, como informação e educação, estão focados mais para as raparigas e mulheres. Prazeres (2003) salienta que a investigação tem-se focado nas atitudes, comportamentos, conhecimentos e percepções do género feminino e que os serviços públicos não estão direccionados para as necessidades em saúde sexual e reprodutiva do género masculino.

As razões pelas quais decidimos investigar esta área basearam-se, em primeiro lugar por constatarmos empiricamente que os jovens do género masculino aderem pouco à Consulta de Planeamento Familiar e, em segundo lugar, pelo próprio investigador ser do género masculino e da área da saúde e considerar importante e actual a temática.

Como objectivos académicos, pretendemos aprofundar os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da licenciatura e aplicar a metodologia científica.

O tipo de estudo é descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado em meio natural.

Nesta investigação consideramos como variáveis em estudo a idade, estado civil, curso, local onde habita, hábitos sexuais, conhecimento da Consulta de Planeamento Familiar, razões de adesão à consulta, razões de não adesão à consulta e motivações para a consulta.

A população deste estudo é constituída por jovens entre os 18 e os 30 anos que frequentavam o Curso de Enfermagem e de Medicina Dentária nos meses de Março e Abril de 2011, na Universidade Fernando Pessoa do Porto. A amostra é constituída por 57 sujeitos do género masculino. O processo de amostragem é o Não Aleatório Acidental ou não probabilístico.

No que concerne ao instrumento de colheita de dados, optou-se por utilizar um questionário com perguntas fechadas, elaborado pelo investigador. Os dados obtidos foram analisados com o programa IBM SPSS Statistics 19 e o Excel 2007.

O suporte escrito desta investigação é composto pela fase conceptual que contém a base teórica definindo o domínio da investigação; fase metodológica composta pelo desenho de investigação; fase empírica que abrange a análise e discussão dos dados; conclusão, bibliografia e em anexo o instrumento de colheita de dados e o Cronograma.

O principal obstáculo confrontado pelo investigador foi a escassez de bibliografia sobre a temática e também dificuldade ao nível de realização da própria investigação, que acabou por se tornar um desafio, proporcionado novos conhecimentos.

Neste estudo e no que respeita à idade, os elementos da amostra variam entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 30 anos de idade. Relativamente ao estado civil a maioria 94,7% são solteiros e a maioria 68,4% habita em casa dos pais.

Concluimos que 87,7% dos elementos da amostra referem ter conhecimento da existência da Consulta de Planeamento Familiar e 70,2% referem saber quais são os objectivos que estão de acordo com as orientações emanadas pela DGS.

Relativamente aos hábitos sexuais, todos os elementos da amostra referiram ser sexualmente activos. A média de idades em que os elementos iniciaram a sua actividade sexual é de 16,84 anos. Conclui-se que apenas 12,3% dos participantes refere ter recorrido à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciarem actividade sexual. No que diz respeito ao número de parceiras sexuais nos 6 meses anteriores à realização do questionário, a grande maioria, 68,4%, referiu que teve uma parceira sexual.

Quanto ao local de realização da consulta antes de iniciarem actividade sexual, dos 12,3% da amostra que a realizarem, 57,1% optaram pelo Centro de Saúde e 42,9% recorreram ao Médico Particular.

No que concerne às razões apresentadas pelos participantes que frequentam a Consulta de Planeamento Familiar (15,8%), o principal motivo referido é o de “Esclarecer dúvidas”, correspondendo a 75%. Os motivos que estão incluídos nos mais assinalados são “Obter métodos contraceptivos gratuitamente”, “Evitar gravidez” e “Evitar contrair DST” cada um com uma frequência de 37,5%.

Em relação às razões para a não adesão à Consulta de Planeamento Familiar, a mais referenciada, por 52,1% dos elementos da amostra é “Não preciso”.

Quanto ao que levariam os participantes que não frequentam a Consulta de Planeamento Familiar a aderir à consulta, 39,6% referem “Não ter necessidade de agendar consulta” como motivo para a adesão, 29,2% salientam “Fornecer métodos contraceptivos gratuitamente”, 16,7% referem “Esclarecer todas as minhas dúvidas sem ser informado de mais nada” e 6,3% assinalam como motivo “Poder realizar a consulta de forma anónima e confidencial”. Salientamos que 33,3% refere nunca ter pensado ou pensa frequentar a Consulta de Planeamento Familiar.

I – Fase Conceptual

Segundo Fortin (2009, p. 49), a fase conceptual consiste “(...) em definir os elementos de um problema”. Nesta fase são elaboradas as ideias e conceitos, assim como é recolhida informação sobre o tema em causa, pelo investigador, tendo como objectivo obter uma compreensão clara do problema. Este processo inicia-se com a escolha de um tema de estudo e de uma questão de investigação para o mesmo, sobre a qual se irá orientar a investigação. O tema desta investigação é a “Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar”.

1.1 – Justificação do tema

O início cada vez mais precoce da actividade sexual e dos riscos inerentes ao mesmo, foi o que nos motivou à realização deste estudo. Pretendemos saber se os jovens do género masculino sabem da existência da consulta de Planeamento Familiar, se aderem à mesma e quais as suas motivações. Considera-se pertinente e actual este estudo para a prática de enfermagem e estamos seguros que os resultados podem fornecer indicadores que influenciem o exercício profissional. A enfermagem tem uma visão holística dos utentes e como a sexualidade é uma necessidade básica do ser humano, torna-se um ponto essencial dos cuidados de enfermagem.

1.2 - Problema de investigação e Questões de investigação

É de grande importância definir um problema de investigação, isto porque é devido a este que o processo de investigação estabelece o seu ponto de partida fornecendo instrumentos úteis à compreensão e ao aperfeiçoamento da situação problemática.

Deste modo, o problema deve ser adequado às questões actuais, pertinente para a prática profissional e produzir novos conhecimentos.

Desta maneira, tendo em conta o tema, foi formulada a seguinte questão de partida: “Será que os jovens do género masculino aderem à Consulta de Planeamento Familiar?”

As questões de investigação mostram o caminho que se deve seguir numa investigação. Estas são perguntas exactas, feitas no presente e que incluem os conceitos em estudo. As questões presentes nesta investigação formuladas para obter resposta ao tema de investigação são:

- Qual é a percentagem de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino?
- Quais as razões de adesão à consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino?
- Quais as razões de não adesão à consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino?

1.3 – Objectivos

Após o desenvolvimento do problema de investigação e da formulação das questões de investigação, o investigador tem de definir os objectivos que pretende atingir com a realização da investigação.

Segundo Fortin (2009, p. 160) o objectivo de uma investigação “(...) deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”. Com isto, foram formulados os seguintes objectivos a alcançar:

- Avaliar a percentagem de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino.
- Identificar as razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino.
- Identificar as razões de não adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino.

Através destes objectivos pretende-se determinar se os jovens do género masculino aderem ou não à Consulta de Planeamento Familiar e quais os motivos pela qual o fazem.

1.4 – Enquadramento Teórico

i – Sexualidade no masculino

Definir Sexualidade é difícil, devido à complexidade de todos os aspectos que a envolvem, até porque a palavra Sexualidade “(...) é recente, datando apenas do século XIX” (Vaz, J.M. 2001, p. 13). A Sexualidade não se reduz a um conceito apenas médico, como “(...) a anticoncepção, os movimentos homossexuais, a cirurgia de reatribuição sexual, a SIDA, os avanços das tecnologias médicas e cirúrgicas aplicadas ao sexo”, que se tornaram em acontecimentos marcantes ocorridos no século XX. Para Kinsey (1948) deveriam constar numa biblioteca básica acerca de Sexualidade diversas disciplinas diferentes, envolvendo tanto: filosofia, como ética, biologia, religião, sociologia, entre muitas mais.

Existem várias razões para que a sexualidade não tenha uma abordagem fácil, pois muitas vezes está envolvida num conjunto de valores morais, comportamentos estabelecidos e factores biopsicoculturais que leva a que a mesma não esteja relacionada apenas com uma pessoa (Nunes 1987).

Isto é reforçado por López e Fuertes (1989), para estes autores, a sexualidade, não pode ser definida a partir de uma só ciência ou de um único ponto de vista, ou mesmo por umas meras palavras. Até porque o conhecimento que se tem hoje em dia sobre a sexualidade é o resultado de múltiplas abordagens realizadas a partir de ciências diferentes.

Na opinião dos mesmos autores López e Fuertes (1989) a sexualidade tanto pode ser satisfeita, reprimida ou adiada. Os mesmos autores referem que a orientação e comportamentos sexuais são diferentes de pessoa para pessoa e de acordo com a cultura.

A Associação para o Planeamento Familiar (APF 2001), define sexualidade como a forma de um indivíduo manifestar os seus afectos e sentimentos, descobrindo a si próprio e aos outros.

A OMS, Organização Mundial de Saúde (1975), define sexualidade como uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade. Estes integram-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, sendo sensual ao mesmo tempo que sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

A Sexualidade pode ser vivida de várias maneiras, podendo ser integrada num relacionamento afectivo, de maneira responsável e em igualdade com o parceiro(a), mas também colaborar para o bem-estar e desenvolvimento psico-afectivo. Contribuí para a identificação da pessoa, fazendo-nos sentir mulheres ou homens a nível biológico, psíquico e social; na reprodução, através das relações sexuais; na relação amorosa, como forma de expressão corporal do amor, reforçando a própria relação; no desejo e no prazer, sendo responsável por grande prazer e intensos desejos. (Miguel, N.S. 1994).

A sexualidade é um aspecto importante na personalidade humana e extremamente imprescindível para a existência. A sexualidade é uma qualidade do ser humano, sendo um poderoso e determinante aspecto da natureza humana e tem uma dimensão importante na nossa humanidade. A sexualidade é mais do que apenas o óbvio comportamento humano, contribuindo para as nossas vidas e para a experiência humana (Miguel, N.S. 1994).

Um saudável e positivo desenvolvimento do sentido da sexualidade: capacita muitas pessoas a estabelecer uma ligação com o futuro; promove um significado à liberdade física e ao prazer sexual; junta as pessoas; permite-nos comunicar subtil, gentil ou intensamente os nossos sentimentos; promove-nos uma sensação de bem-estar, quando as nossas experiências sexuais são positivas; é um dos factores que constrói a nossa identidade pessoal (Miguel, N.S. 1994).

Tudo isto leva à complexidade da sexualidade, onde nem toda a gente tem a mesma forma de pensar, podendo ser uma forma de nos abalar e deteriorar, como também nos pode desenvolver, notabilizar e nos fazer felizes. Portanto, a sexualidade está presente ao longo de toda a vida, ainda que de forma diferente de indivíduo para indivíduo. (Miguel, N.S. 1994).

Quando se fala em sexualidade, esta toma caminhos diferentes em alguns aspectos e atitudes, quando nos referimos ao género masculino e feminino. Isto deve-se, sobretudo, à diferente educação afectiva e sexual que ambos os géneros têm.

O autor Miguel, N.S. (1994), refere que a educação foca-se: na capacidade sexual, sendo este o valor mais importante do homem; na aceitabilidade do desejo e actividade sexual do homem por serem necessidades; incentiva a audácia e a disposição do rapaz no relacionamento com as raparigas, assim como a exclusividade da tomada de iniciativa; na reprovação do desejo e prazer sexual por parte do género feminino.

Segundo Bozon (1954), para o homem a fase de entrada na sexualidade é das mais importantes e mais difíceis no que toca à masculinidade. Em grande parte das culturas, a masculinidade deve ser demonstrada, através do desempenho viril a nível sexual e da rejeição de comportamentos femininos, sendo que os grupos de pares avaliam essas atitudes.

Isto é reforçado por Ketting (2000, *cit. in* APF nº27/28, p.7) que refere que os grupos de pares definem e reforçam os estereótipos do homem e da mulher, sendo os mais comuns no homem o de serem competitivos, independentes, ambiciosos, impacientes, lógicos, “ganha-pão”.

Também Buisse e van Ooste (1997) consideram, que na referência à heterossexualidade, os rapazes e os homens têm o papel de “iniciadores e decisores sexuais”, que lhes é atribuído pela sociedade.

As imagens e estereótipos do que é masculino surgem de três fontes: modelos de papéis dos adultos, em primeiro lugar o próprio pai e mãe, imagens dos *mass media*, troca de

informação e experiência no grupo de pares. Os rapazes tendem a exagerar a sua masculinidade e a sua experiência com raparigas devido à necessidade natural de serem aceites no grupo de pares (Ketting 2000).

Tal como refere McCarthy (1977), os rapazes estão constantemente sobre esta pressão, usando como tática no jogo sexual a invenção e o exagero das suas próprias experiências para se promoverem diante dos colegas.

Na mesma linha de pensamento, Ketting (2000) refere que os *mass media* transmitem imagens incorrectas de masculinidade e feminilidade, especialmente no que toca às relações íntimas e à sexualidade.

Actualmente, os jovens iniciam a sua actividade sexual cada vez mais cedo devido a vivenciarem a sexualidade de uma forma mais liberal (Nodin 2001). Isto leva a um aumento dos comportamentos de risco por parte dos jovens que colocam em risco a sua saúde (Antunes 2007).

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística 2001) a idade da primeira relação sexual tem vindo a diminuir ao longo dos anos em Portugal. De acordo com os resultados do IFF (Inquérito à Fecundidade e Família 1997) a idade média da primeira relação sexual dos homens, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, é de 17,4 anos, enquanto que nas mulheres é de 19,8 anos.

Lemos (*cit. in* APF nº33 2002), refere que o desenvolvimento físico e sexual dos adolescentes mudou, fazendo com que atinjam a puberdade mais cedo, tendo como consequência que os primeiros relacionamentos sexuais aconteçam mais cedo, onde 60% dos jovens, entre os 15 e os 19 anos, são sexualmente activos e 13%, dos mesmos, iniciaram a sua actividade sexual com idade inferior a 15 anos.

Segundo o estudo realizado por Vasconcelos (*cit. in* Marques 2007) a maioria dos homens entrevistados iniciou a sua actividade sexual até aos 16 anos de idade (56,5%) e que 85% tiveram a sua primeira relação sexual antes dos 19 anos. Isto é reforçado pelo estudo realizado, a jovens, por Ferreira (*cit. in* Marques 2007) em que 49% dos jovens

iniciaram a sua actividade sexual entre os 15 e os 17 anos de idade. Estudos divulgados pelo Projecto SAFE em 2007, apresentam resultados em como, nas últimas décadas, a puberdade é atingida mais cedo e o início da actividade sexual ocorre numa idade cada vez mais precoce (IPPF 2007).

Outro problema advém da idade em que se utiliza pela primeira vez um método contraceptivo. Segundo o IFF (1997) a idade média dos homens que usaram pela primeira vez um método contraceptivo é de 18,8 anos, mais de 1 ano em relação à idade da primeira relação sexual. Outro dado preocupante revelado pelo IFF (1997) é o de apenas 59% dos homens, com idade compreendida entre os 15 e os 19 anos, terem usado algum método contraceptivo na primeira relação sexual.

Este é um dos motivos pelo quais a grande maioria dos casos de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) se daram em jovens. Segundo Dehne e Riedner (2005) as percentagens mais altas de DST, em todo o mundo, encontram-se entre os jovens com idades entre os 15 e os 24 anos, sendo que 60% dos novos casos de infecção e metade de todos os indivíduos com VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), no mundo, estão nesta faixa etária.

É necessário incentivar a educação sexual, até porque segundo Collins, Alagiri e Summers (*cit. in* IPPF 2007, p. 19) “(...) a educação sexual não promove a actividade sexual precoce, nem a sua maior frequência”. Os mesmos autores referem que a educação sexual leva a um início mais tardio da actividade sexual ou mesmo a redução da sua frequência.

ii – O jovem adulto

Uma das principais dificuldades desta investigação foi a de definir o conceito de jovem. Isto porque existem diversos autores que atribuem diversas idades, onde começa e acaba a juventude.

Tal como referem Atkinson e Murray (1989), a divisão entre a adolescência e a vida adulta está de acordo com a sociedade em que o indivíduo está inserido, o que torna difícil estabelecer o intervalo de idades para o jovem, o início e o fim.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos, juventude como o período compreendido entre os 15 e os 24 anos de idade e jovem os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos. Este conceito é definido tendo como base a passagem das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, a evolução dos padrões psicológicos, juntamente com a identificação do indivíduo que evolui da fase infantil para a adulta e a passagem do estado de total dependência para o de relativa independência (OMS 1975).

Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde (DGS), adopta a mesma nomenclatura da OMS e considera jovem o indivíduo com idade entre os 10 e os 24 anos.

O primeiro critério que define a vida adulta, de forma evidente para os mesmos, é a idade cronológica. Contudo, os autores também associam o fim da escolarização, a maioridade legal e a independência em relação ao país, como critérios (López e Fuertes 1989).

Para Rodrigues (2001) alguém com a idade compreendida entre os 18 e os 30 anos é considerado um jovem adulto. Esta fase da vida é caracterizada por acontecimentos e realizações mas mesmo assim estes continuam a desenvolver-se em todas as suas dimensões e fazem escolhas importantes. Neste estudo utiliza-se a definição de jovem adulto na perspectiva do autor.

iii - Planeamento Familiar e Adesão no Masculino

De acordo com o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. (*cit. in* Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Orientações Técnicas nº9).

Tanto os homens como as mulheres têm o direito de serem informados e ter acesso a serviços de saúde reprodutivos, adequados e de qualidade.

A saúde sexual é um estado de saúde física, emocional, mental e bem-estar social em relação à sexualidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa, livre de opressão, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada, e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados e protegidos (OMS 2010).

O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição Portuguesa, pela Lei n.º 3/84, de 24 de Março, que estabeleceu o direito de informação e o acesso aos conhecimentos necessários à prática de “métodos salutareos de planeamento familiar” e a gratuidade das consultas de planeamento familiar e dos meios contraceptivos proporcionados pelas entidades públicas. Este direito foi reforçado pela Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto, no Artigo 1º, que visa garantir a promoção de uma

“vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos (...)”.

Para a OMS (*cit. in* Manuel, H.I.B. 2007), o Planeamento Familiar baseia-se na aprovação dos casais de forma voluntária, de uma maneira de pensar e de viver, de forma a promover a saúde e o bem-estar das suas famílias, com conhecimento das decisões tomadas.

De acordo com o estipulado na Carta de Ottawa, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), promoção da saúde é a participação e contribuição da comunidade na melhoria da sua própria qualidade de vida e da sua saúde. Isto veio reforçar a Declaração de Alma-Ata (1978), onde foi estabelecido que a participação individual e colectiva no planeamento e na execução dos cuidados saúde é, ao mesmo tempo, um direito e um dever.

O Planeamento Familiar foi introduzido em Portugal, nos anos de 1966 e 1967, pela Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF), daí surgiu a Associação para o Planeamento Familiar (APF), que tem contribuído de forma fundamental para o desenvolvimento do Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva.

Segundo a DGS (2001, p. 6), o Planeamento Familiar é:

“(…) um conjunto de cuidados de saúde que tem por objectivo apoiar as mulheres e os homens a viverem a sua sexualidade de uma forma gratificante, planeando o nascimento dos seus filhos, e sem receio de uma gravidez indesejada.”

Ainda segundo a DGS (2001), fornecer informação e aconselhamento sexual, prevenir e diagnosticar precocemente as DST, são formas de promoção da saúde que devem ser asseguradas pela consulta de Planeamento Familiar.

Para isto foram definidos objectivos e actividades, a realizar na consulta, para o Planeamento Familiar. Sendo que para a DGS (2001) estas actividades são um elemento essencial para a prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva.

Objectivos:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;

- Reduzir a incidência das DST e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar da família;

Actividades a desenvolver:

- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade;
- Informar sobre as vantagens do espaçamento adequado das gravidezes;
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos;
- Reconhecer e orientar os casais com desajustes sexuais;
- Prestar cuidados pré-concepcionais;
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade;
- Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento de DST;
- Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama;

As actividades de planeamento familiar são parte integrante dos cuidados de saúde primários, no âmbito da medicina geral e familiar e devem organizar-se em cada centro de saúde, de modo a responder às necessidades das populações que lhe estão agregadas. Sendo que as consultas de Planeamento Familiar são isentas de taxas moderadoras (DGS 2001).

Apesar de tudo o que foi referindo anteriormente, ainda falta um longo caminho a percorrer, no que toca aos jovens, especialmente aos jovens do género masculino.

Considerando os adolescentes como um dos alvos prioritários das actividades de planeamento familiar, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo

etário, nomeadamente através de horários flexíveis e de atendimento desburocratizado. É necessário criar condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, a estas consultas (DGS 2001).

Os alvos principais de muitos programas de Planeamento Familiar são as mulheres casadas, que já são mães, pelo que devem ser desenvolvidos novos modelos para chegar aos grupos especiais, que têm um acesso inadequado à informação e aos serviços de Planeamento Familiar. Nestes grupos estão incluídos os jovens do género masculino (WHO 1997; *cit. in* Manuel, H.I.B 2007).

Segundo Ketting (2000), no que toca à informação e à educação sexual, estas têm sido dirigidas principalmente para as raparigas. Os homens são postos à parte. Este mesmo autor refere que:

“O alvo são as raparigas, os rapazes são esquecidos (...) as clínicas de Planeamento Familiar tornaram-se (ou permaneceram) instituições femininas, tanto na sua imagem, atmosfera e clientela, como nas competências e conhecimentos dos seus profissionais. Definitivamente não era um lugar para homens!” (*cit. in* APF n°27/28, p.7).

Para o mesmo autor (Ketting 2000), tanto na Europa como no Mundo a saúde sexual dos rapazes e dos jovens adultos é negligenciada, sendo que os recursos a nível de saúde sexual, como informação e educação, estão focados para as raparigas e para as mulheres. A ajuda para os rapazes compreenderem e lidarem de modo responsável com a sexualidade, apenas começou na última década com algumas iniciativas.

De acordo com Vicente, L.F. (2001), ainda se pensa na saúde reprodutiva como um tema feminino.

Os rapazes referem temer a falta de confidencialidade e ser mal recebidos, quando recorrem ou procuram serviços de saúde reprodutiva e sexual (Hilton 2001, *cit. in* Projecto SAFE 2010).

É necessário desenvolver estratégias para que os jovens adiram à consulta de Planeamento Familiar, até porque as transformações físicas dos jovens começam cada vez mais cedo e acabam mais tarde, fazendo com que enfrentem, actualmente, um maior tempo de exposição aos riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidezes indesejadas (Ghouayel 2001).

É uma preocupação comunitária e nacional, a promoção da igualdade de oportunidades entre as mulheres e os homens. Esta preocupação é um aspecto fundamental quer no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), quer no QCAIII, para quem o princípio da igualdade é um elemento integrador das diversas intervenções operacionais. Onde o objectivo é a “Integração da perspectiva de género nas acções dos vários departamentos e serviços” (DSMIA/Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes; *cit in* DGS 2005, p. 35).

O resultado relevado pelo estudo realizado pela Rede Médicos Sentinela (2000), mostra que os principais motivos de atendimento nas consultas do Centro de Saúde, dos rapazes dos 15 aos 19 anos, relacionavam-se com o aparelho musculoesquelético, realização de exames, requisitos para a faculdade, atestados e mostrar análises. Também, neste estudo, a “taxa de incidência” à consulta no Centro de Saúde foi de 43/10000, nos rapazes (Prazeres *et al.* 2005).

Os jovens, no estudo *Saúde Juvenil – relatório sobre programas e oferta de cuidados no âmbito das instituições do SNS*, realizado nos Centros de Saúde pela DGS em 2004, os dois tipos de obstáculos à prestação de cuidados mais vezes referidos foram o *medo da quebra da confidencialidade* (62%) e o *desconhecimento dos jovens do tipo de oferta dos serviços* (59%). Seguiram-se, em frequência de citações feitas, a *pouca disponibilidade temporal dos profissionais* (44%) e o *desinteresse dos jovens* (40%). De acordo com o mesmo estudo, os Centros de Saúde referem que de forma a melhorar a saúde dos jovens, deve-se ter em conta: a *maior disponibilidade temporal dos profissionais* (62%), seguindo-se a *criação ou melhoria de projectos em saúde dos adolescentes* (54%) e a *melhor preparação em saúde dos adolescentes* (38%) (Prazeres *et al.* 2005).

Segundo o estudo divulgado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (Saúde e Qualidade de Vida em análise 2009), realizado a alunos do 1º ano do Ensino Superior, de todos os participantes, apenas 25,5% dos participantes referiu frequentar ou ter frequentado consultas de Planeamento Familiar, sendo que 71,3% dos inquiridos já havia iniciado a sua actividade sexual.

Segundo o Projecto SAFE (*Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa, 2007*) existem provas de devido aos jovens atingirem a puberdade mais precocemente, mais cedo ou mais tarde vão necessitar dos serviços de saúde para ensino e aconselhamento sexual e reprodutivo. O mesmo refere que os rapazes deparam-se com vários obstáculos para a utilização dos serviços de saúde, como a falta de informação sobre onde e como ter acesso aos serviços de saúde, atitudes negativas de quem presta os serviços e o receio à falta de confidencialidade.

Segundo o Decreto-lei n.º 259/00, de 17 de Outubro, Artigo 9º:

“Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino”.

Uma forma de melhorar a saúde reprodutiva para ambos os géneros é encorajando e incentivando os rapazes a evitarem comportamentos sexuais de risco (Paul Bloom *cit. in* APF nº32, 2001). Mesmo no ambiente familiar os rapazes tem mais carência de educação sexual e afectiva.

Isto vai de encontro ao que afirma a DGS (2001), em que é uma evidência que os jovens do género feminino recebem maior aconselhamento sobre sexualidade por parte das mães, do que os rapazes em relação a ambos os pais, tendo isto sido demonstrado em todos os estudos europeus.

Encontrar alguém com quem se possa conversar e partilhar sentimentos incertezas e experiências, é extremamente difícil para os jovens do género masculino, pois para eles

tem o significado de admitirem que não são homens na realidade, porque estes sentimentos são motivo de vergonha, que não podem ser revelados aos amigos.

Outra razão para que se deva incentivar a adesão dos jovens homens à consulta de Planeamento Familiar é o de estes sentirem insegurança e vergonha na sua própria sexualidade, não aceitam as suas vontades nem os seus sentimentos. Isto deve-se aos meios de comunicação social que exibem, predominantemente, imagens negativas dos homens, criando o estereótipo dos homens quererem dominar as mulheres, serem agressivos, só estão interessados em sexo, não têm emoções ou não querem partilhá-las. Os rapazes sentem que não podem passar esta imagem e que os seus sentimentos são deste tipo, levando a reprimirem os seus próprios sentimentos e a sua sexualidade (Ketting 2000).

Segundo o mesmo autor, Ketting (2000), os jovens do género masculino não têm profissionais para esclarecerem as suas dúvidas, sendo de esperar que aprendam e descubram sozinhos. Para além disto, o autor refere que existe muito pouca investigação relativamente aos rapazes, pois estes “(...) são postos à margem no que respeita à informação, educação, orientação, provisão de segurança emocional e serviços de aconselhamento no campo da sexualidade” (Ketting 2000, *cit. in* APF nº27/28, p.6) temáticas que os rapazes têm grande interesse.

Isto é reforçado por Prazeres (2003), que salienta que a investigação tem-se focado nas atitudes, comportamentos, conhecimentos e percepções do género feminino e que os serviços públicos não estão direccionados para as necessidades em saúde sexual e reprodutiva do género masculino. O próprio autor reforça ainda, que grande parte dos jovens do género masculino não encontram serviços de saúde sexual e reprodutiva que estejam direccionados para as questões específicas do seu próprio sexo e ligadas ao género, sendo que a maior parte destes recursos é dirigida às raparigas e mulheres adultas.

Segundo o ICN/CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), a saúde do homem suscita um interesse crescente e que é crucial delinear um plano para combater as consequências dos vários factores determinantes para a sua saúde, que englobam os

factores biopsicossociais, individuais, sexuais e de comportamento. Contudo, os profissionais de saúde tratam, habitualmente, de forma diferente os homens e as mulheres.

Isto pode ser uma das razões porque os jovens do género masculino recorrem menos que as mulheres aos serviços de saúde e que esperam demasiado tempo para procurar ajuda (ICN 2009).

Contrariamente ao que se pensa, os homens pretendem as mesmas características de que as mulheres dispõem nos serviços de saúde. Tais características como o pouco tempo de espera para a consulta, a gratuidade e a qualidade do serviço, a privacidade e confidencialidade, boa acessibilidade e profissionais de saúde que respondam às suas necessidades (Prazeres 2003).

De forma a estimular os jovens a aderirem às consultas de Planeamento Familiar, foi publicado em Diário da República, que serão promovidas campanhas de divulgação especificamente direccionadas para os jovens, tanto pelo estado como restantes entidades públicas (Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, Artigo 4º). Assim como ficou estabelecido que os jovens, mesmo que o centro de saúde ou serviço hospitalar não seja da área de residência, podem ser atendidos em qualquer consulta de Planeamento familiar (Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, Artigo 5º).

Apesar de tudo, a Associação para o Planeamento Familiar (APF) e o Instituto Português da Juventude (IPJ) têm criado espaços que facilitem o acesso dos jovens às consultas, sendo estes denominados os “Espaços Jovens”. De momento, segundo o IPJ, existem consultas gratuitas para jovens nos Gabinetes de Saúde Juvenil do Instituto Português da Juventude, nas consultas de planeamento familiar nos centros de saúde e nas consultas para adolescentes através de diversas associações não governamentais, das juntas de freguesia e/ou câmaras municipais, entre outros. São espaços confidenciais e existem em vários pontos do país. O principal objectivo para que foram criados estes espaços, foi o de responder às necessidades não resolvidas no que toca à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Para além dos espaços acima referidos, a DGS (2001) acrescenta que, no que está relacionado com programas de juventude, foram criados os GAJS (Gabinetes de Apoio Juvenil à Sexualidade) e a linha telefónica “Sexualidade em Linha”. Esta linha telefónica respondeu a muitas dezenas de milhares de jovens que procuraram informação e conselho e encaminhou milhares para os serviços de saúde, tendo-se revelado como um método atingível e acessível. Para ter uma noção mais precisa do funcionamento desta linha, em “(...) 2007 foram contabilizadas 9471 chamadas telefónicas” (Sampaio 2008, *cit. in* APF nº 50/51, p.52) e durante os primeiros 10 anos desta linha foram recebidas “(...) 127 206 chamadas telefónicas de rapazes e raparigas que procuram resposta a dúvidas sobre a sexualidade” (Vilar 2008, *cit. in* APF nº 50/51, p.54), sendo que apenas 35,2% das chamadas pertenceram a jovens do género masculino.

Isto demonstra que os jovens preferem o anonimato e a ausência do contacto pessoal com os profissionais de saúde, tal como refere Ketting (2000), os jovens do género masculino são os que mais ligam para linhas telefónicas de apoio para jovens, sendo estas anónimas.

iv - Papel do Enfermeiro na Consulta de Planeamento Familiar

De acordo com a DGS (2001), numa consulta de Planeamento Familiar o aconselhamento e a maneira como é feito esse aconselhamento é essencial, principalmente nos jovens, para uma escolha informada, um esclarecimento objectivo, correcto e dirigido às necessidades do indivíduo.

Para realizar aconselhamento, os princípios básicos são:

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

- Evitar informação excessiva. Demasiada informação não permite reter o essencial. Por outro lado, tempo excessivo dedicado a informação pode tornar escasso o necessário para discutir e esclarecer dúvidas.
- Fornecer o método escolhido. É frequente que um/a novo/a utilizador/a manifesta preferência por um método; o aconselhamento deve iniciar-se a propósito desse método, comparando-o, depois, com outros similares. Não havendo razões de carácter médico que o impeçam, o método fornecido deve ser o método escolhido pelo/a utente.
- Assegurar que a informação foi compreendida. Sumarizar os aspectos mais importantes a reter e fornecer material informativo impresso, sempre que possível.

Segundo o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ) 2006/2010, é necessário ter em conta três factores, em que os profissionais de saúde se devem basear:

- A necessidade de interrelacionar as componentes somáticas, psicoafectivas e sociais dos problemas dos indivíduos representa um vector indispensável da intervenção em saúde juvenil.
- Os programas e os projectos que assentam numa perspectiva integradora das diferentes necessidades de saúde permitem desenvolver acções globais e de continuidade mais efectiva, sem prejuízo das especificidades presentes.
- A perspectiva de género - enquanto construção social das diferenças e das relações de poder entre sexos - aplicada às iniciativas de promoção da saúde juvenil afigura-se incontornável. Tal pode permitir: por um lado, entender e ponderar as determinantes de carácter psicossocial e cultural, além das ligadas ao sexo biológico, que contribuem para as especificidades e interacções dos comportamentos dos indivíduos de ambos os sexos que condicionam as dissemelhanças verificadas na morbilidade e na mortalidade; por outro, desencadear mecanismos que permitam minorar as iniquidades nos cuidados de saúde que são geradas pelo entendimento social do que é *ser homem* ou *ser mulher*, com base na diferença biológica.

Também de acordo com o PNSJ 2006/2010 (p. 31), “A qualidade e a boa prática na intervenção em saúde dos jovens são resultantes da conjugação de diversos factores”. Dentro destes factores encontram-se a credibilidade dos serviços de saúde, a sua capacidade de resposta, de estabilidade, flexibilidade e inovação, a garantia de igualdade e imparcialidade no acesso, a preparação técnica e pedagógica dos profissionais, a garantia de privacidade, confidencialidade e gratuidade ou baixo custo monetário e, por último, o exercício do consentimento livre e esclarecido.

De acordo com Martins (2003), a consulta de enfermagem deve ser realizada de forma respeitosa e privada, num espaço confortável, relaxado e privada de maneira a que a pessoa se sinta descontraída e não sinta pressão. Segundo a mesma autora a comunicação verbal e não verbal deverão ser competências a utilizar pelo enfermeiro.

Fogel (1990) refere que os enfermeiros questionam o porquê dos profissionais de saúde se preocuparem com a saúde sexual. A justificação é que a enfermagem, preocupa-se com o indivíduo como um todo. A enfermagem tem uma visão holística dos utentes e como a sexualidade é uma necessidade básica do ser humano, torna-se um ponto essencial nos cuidados de enfermagem. A promoção da saúde sexual é uma legítima função do enfermeiro.

De acordo com o estudo realizado por Laranjeira *et al.* (2008), os profissionais de saúde dão pouca importância ao facto do utente ser do género masculino ou feminino. Outro aspecto é o de a maioria das pessoas presentes nas equipas de enfermagem é do género feminino, o que pode resultar numa diminuição da empatia, abertura e confiança por parte dos jovens do género masculino, apesar de o estudo demonstrar que os enfermeiros dão mais importância ao género do que os médicos.

De acordo com o Projecto SAFE (2010) a escolha do género do profissional de saúde nos serviços de saúde, deveria ser feita pela pessoa que procurou a consulta.

Os homens devem participar activamente nos programas de promoção da saúde. Pelo que o ICN (2009) apresenta sugestões aos enfermeiros para que isso se possa concretizar:

- Criar grupos de consciencialização dos homens acerca da sua saúde.
- Formar enfermeiros para ajudar os homens a manifestarem os seus sentimentos, de uma forma saudável e a procurar ajuda adequada.
- Organizar campanhas que estimulem o contacto dos homens com os serviços de saúde.
- Identificar e orientar as intervenções de enfermagem em grupos de alto risco, como os jovens do género masculino.
- Promover práticas sexuais mais seguras, principalmente entre os jovens do género masculino.

II- Fase Metodológica

Segundo Forin (2009, p. 53) é na fase metodológica que se define “(...) os meios de realizar a investigação”. É também nesta fase que o investigador vai determinar a forma de conseguir respostas às questões de investigação colocadas ou verificar as suas hipóteses.

2.1 - Desenho de Investigação

No início de qualquer investigação é necessário formular um caminho para percorrer, de maneira a que se consiga entender o fenómeno em estudo.

Segundo Fortin (2009, p. 214), desenho de investigação:

“(...) define-se 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. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objectivos sejam atingidos”.

2.2 - Tipo de estudo

O tipo de estudo é um estudo descritivo simples, que segundo Fortin (2009) vai fornecer informação sobre as características de toda ou de uma parte da população, através da descrição completa de um conceito relacionado com a mesma.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem como objectivo contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos e oferece a possibilidade de universalizar os resultados Fortin (2009).

Esta investigação é, também, um estudo transversal que analisa os dados de uma amostra da população num determinado tempo, no que toca ao fenómeno em estudo na investigação (Fortin 2009).

2.3 – Meio

O meio utilizado nesta investigação foi o meio natural, isto porque a colheita de dados foi realizada no local onde os participantes se encontravam, sendo esse local as instalações da Universidade Fernando Pessoa do Porto e não existe um controlo rigoroso (Fortin 2009).

2.4 – População

População na opinião de Fortin (2009, p. 202), “ (...) é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Nesta investigação a população será constituída pelos alunos do género masculino da Universidade Fernando Pessoa do Porto dos cursos de Licenciatura em Enfermagem e da Licenciatura em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

2.5 – Amostra e Processo de Amostragem

A amostra é uma parte da população em estudo, sendo que deve ter as mesmas características da população. A amostra deste estudo é composta por 57 alunos do género masculino da Licenciatura em Enfermagem e da Licenciatura em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa do Porto.

O processo de amostragem utilizado foi o Não Aleatória Acidental que consiste em integrar indivíduos que estão facilmente acessíveis e presentes num determinado local, num momento preciso (Fortin 2009). Os sujeitos são incluídos no estudo que se apresentem e até a amostra atingir o tamanho desejado.

2.6 - Variáveis de estudo

Segundo Fortin (2009 p. 171) variáveis “(...) são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no

tempo”. O mesmo autor também refere que são características de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, à qual se pode atribuir valores.

Nesta investigação consideramos como variáveis em estudo a idade, estado civil, curso, local onde habita, hábitos sexuais, conhecimento da Consulta de Planeamento Familiar, razões de adesão à consulta, razões de não adesão à consulta e motivações para a consulta.

2.7 - Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. Segundo Lakatos e Marconi (1994, p. 201) o questionário “(...) é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito...”, sendo que tanto pode conter perguntas fechadas como abertas (Fortin 2009).

O questionário é de auto-preenchimento, sendo constituído por 18 questões fechadas em que o participante é submetido a escolher as respostas possíveis. O questionário é da autoria do investigador, estando dividido em 3 partes: Caracterização social e económica; Informação sobre hábitos sexuais e Consulta de Planeamento Familiar; Razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar. Contém perguntas de resposta simples e perguntas de resposta múltipla.

Na pergunta para referir os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar, consideram-se correctas as emanadas pela DGS e são: Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis; Informar e aconselhar sobre saúde sexual e reprodutiva; Intervir na prevenção, diagnóstico e tratamento e reduzir a incidência de DST e as suas consequências; Elucidar sobre as consequências de uma gravidez não desejada; Melhorar a saúde individual e o bem-estar da família; Informar sobre a anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da reprodução; Faculta informação sobre os métodos contraceptivos; Fornecer métodos contraceptivos gratuitamente.

A colheita de dados para este estudo foi efectuada através de um questionário aplicado a 57 alunos do género masculino da Licenciatura em Enfermagem e da Licenciatura em

Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa, na Universidade Fernando Pessoa do Porto, nos dias 27, 28, 29 de Março e 1 de Abril de 2011.

2.8 - Pré-teste

O pré-teste tem como finalidade verificar a validade do instrumento de colheita de dados e se é necessário realizar correcções ao mesmo, pelo qual este é aplicado a uma amostra reduzida da população alvo (Fortin 2009).

Na realização do pré-teste, este foi aplicado a 6 alunos do género masculino da Universidade Fernando Pessoa do Porto no dia 23 de Março de 2011, sendo este utilizado para avaliar a compreensão do mesmo pela população em estudo.

Foram realizados 6 questionários de pré-teste e os elementos que o realizaram foram excluídos, não fazendo parte da amostra. Na realização do pré-teste não foram detectadas dificuldades por parte dos participantes, sendo que não foi necessário efectuar alterações ao questionário.

2.9 - Considerações Éticas

Qualquer investigação tem que ter como base diversos princípios éticos, onde dentro desses princípios se encontram o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, o princípio da não maleficência e princípio da beneficência (Fortin 2009).

- O respeito pelo consentimento livre e esclarecido: a pessoa tem direito de decidir por ela mesma se participa na investigação e, caso participe, pode abandonar o estudo quando desejar e sem represálias. O participante tem de ser informado de todos os aspectos da investigação.

- O respeito pelos grupos vulneráveis: envolve uma protecção vigilante, contra o tratamento incorrecto ou discriminação ou atitudes de beneficência por parte do investigador, de pessoas sem capacidade para fazer uma escolha esclarecida.

- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: o indivíduo decide por ele próprio sobre a informação pessoal que ele fornecerá numa investigação, sendo que a pessoa deve ser devidamente totalmente informada para dar o seu consentimento livre. O anonimato e a confidencialidade têm de ser assegurados pelo investigador.

- O respeito pela justiça e pela equidade: antes, durante e após a investigação, todos os participantes têm o direito de ser tratados de forma equitativa e justa.

- O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes: o investigador deve evitar que as pessoas sofram um incómodo exagerado e causar-lhe prejuízo, deve reduzir os riscos ao mínimo e trabalhar para o bem da pessoa.

- O princípio da não maleficência: este princípio exige que se suprima os inconvenientes, ao máximo, dos participantes que possam ser causados pela investigação.

- O princípio da beneficência: consiste em querer o bem das pessoas e procurar o maior número de vantagens possível para as mesmas.

2.10 Método de tratamento e análise de dados

Após a recolha de informação, torna-se necessário tratar os dados obtidos, para isso utilizou-se o programa IBM SPSS *Statistics* 19 e o Excel 2007 e realizou-se análise estatística.

III – Fase Empírica

3.1 – Análise de resultados

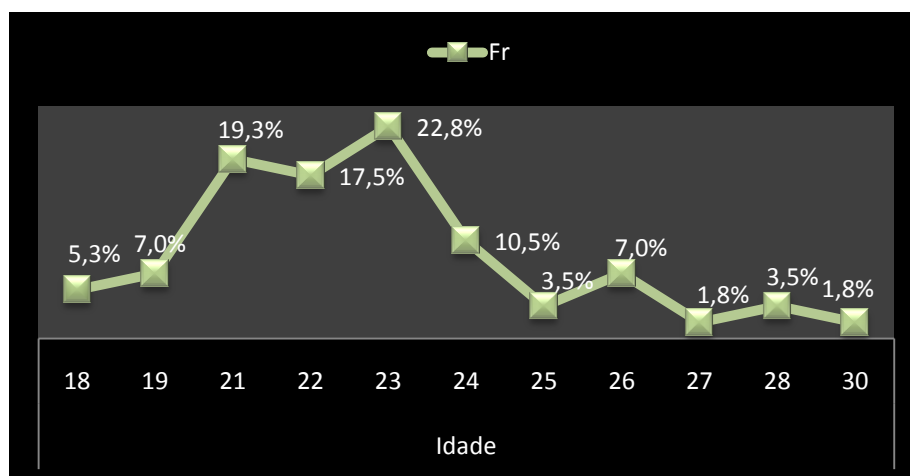
Nesta etapa da investigação estão incluídas a análise e discussão de dados para posterior comunicação dos mesmos.

3.1.1 – Caracterização da amostra

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a variável “idade (em anos)”

Idade					
Moda	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Desvio Padrão
23	22,65	23	18	30	2,504

Gráfico 1 – Representação gráfica relativa à variável “idade (em anos)”



Analisando o quadro 1, relativamente à variável idade, a amostra está compreendida entre os 18 e os 30 anos de idade. A média de idade dos inquiridos é de 22,65 anos, com um desvio padrão de $\pm 2,504$ anos, a mediana é de 23 anos e a moda é de 23 anos de idade, que correspondem a 22,8% (Gráfico 1).

Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Curso que frequenta”

Curso	Fa	Fr
Enfermagem	27	52,6
Medicina Dentária	30	47,4

Pelo Quadro 2, tendo em conta o curso que os elementos da amostra frequentam, 52,6% são da Licenciatura em Medicina Dentária e 47,4% da Licenciatura em Enfermagem.

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Estado Civil”

Estado Civil	Fa	Fr
Solteiro	54	94,7
Casado	2	3,5
Divorciado	1	1,8

Através do Quadro 3, e no que respeita ao estado civil, verifica-se que a maioria dos participantes da amostra é solteira, representando 94,7%, 3,5% são casados e 1,8% são divorciados.

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “local de habitação”

Local de habitação	Fa	Fr
Em casa dos pais	39	68,4
Com parceira(o)	6	10,5
Casa própria	9	15,8
Outro	3	5,3

Gráfico 2 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “local de habitação”



Relativamente ao local de habitação e analisando o Quadro 4 e Gráfico 2, verifica-se que 68,4% dos participantes vivem em casa dos pais, 15,8% possuem casa própria, 10,5% habitam com a parceira(o) e 5,3% referiram habitar em outro local: casa alugada (1,76%), com colega de faculdade (1,76%) e casa dos avós (1,76%).

3.1.2 - Informação sobre hábitos sexuais e Planeamento Familiar

Quadro 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “conhecimento da Consulta de Planeamento Familiar”

Tem conhecimento da existência da Consulta de Planeamento Familiar?	Fa	Fr
Sim	50	87,7
Não	7	12,3

Analisando o Quadro 5, verifica-se que a maioria dos participantes da amostra, 87,7%, referem ter conhecimento da existência da Consulta de Planeamento Familiar e 12,3% referem que não.

Quadro 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “conhecimento sobre os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar”

Tem conhecimento dos objectivos da Consulta de Planeamento Familiar	Fa	Fr
Sim	40	70,2
Não	17	29,8

Pela análise do Quadro 6, podemos constatar que 70,2% dos elementos da amostra referem ter conhecimento dos objectivos da Consulta de Planeamento Familiar e 29,8% referem que não.

Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual da variável “objectivos da Consulta de Planeamento Familiar”

Objectivos da Consulta de Planeamento Familiar	Fa	Fr
Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis	28	70
Informar e aconselhar sobre saúde sexual e reprodutiva	35	87,5
Promover a natalidade	9	22,5
Intervir na prevenção, diagnóstico e tratamento e reduzir a incidência de DST e as suas consequências	33	82,5
Elucidar sobre as consequências de uma gravidez não desejada	31	77,5
Melhorar a saúde individual e o bem-estar da família	25	62,5
Informar sobre a anatomia do aparelho reprodutor e da fisiologia da reprodução	14	35
Fornecer informação sobre o aborto	14	35
Inventivar a actividade sexual	6	15
Facultar informação sobre os métodos contraceptivos	35	87,5
Fornecer métodos contraceptivos gratuitamente	33	82,5
Ensinar como utilizar a pílula do dia seguinte	17	42,5

Relativamente à questão “sabe quais são os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar?”, os participantes do estudo podem seleccionar mais que uma resposta. Pela análise do Quadro 7 podemos verificar que 87,5% referem que os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar são “Informar e aconselhar sobre saúde sexual e

reprodutiva” e “Facultar informação sobre os métodos contraceptivos”; 82,5% mencionam “Fornecer métodos contraceptivos gratuitamente” e “Intervir na prevenção, diagnóstico e tratamento e reduzir a incidência de DST e as suas consequências”; 77,5% referem “Elucidar sobre as consequências de uma gravidez não desejada”; 70% assinalam “Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis”; 62,5% apontam como objectivo “Melhorar a saúde individual e o bem-estar da família”; 42,5% referem “Ensinar como utilizar a pílula do dia seguinte”; 35% mencionam “Fornecer informação sobre o aborto” e “Informar sobre a anatomia do aparelho reprodutor e da fisiologia da reprodução”; 22,5% indicam “Promover a natalidade” e 15% referem “Incentivar a actividade sexual”.

Quadro 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “onde recorre para obter informação ou ajuda na vertente sexual e reprodutiva”

Onde procuram informação ou ajuda na vertente sexual e reprodutiva	Fa	Fr
Centro de Saúde	32	56,1
Hospital	2	3,5
Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil	4	7
Centros de Atendimento a Jovens (CAJ)	3	5,3
Médico Particular	11	19,3
Linha telefónica "Sexualidade em Linha"	0	0
Nenhum	11	19,3
Outro	8	14,1

Relativamente à questão “onde recorre para obter informação ou ajuda na vertente sexual e reprodutiva?”, os participantes do estudo podem seleccionar mais que uma resposta. Analisando o Quadro 8, a maioria dos elementos da amostra, 56,1%, referem recorrer ao Centro de Saúde, 19,3% referem o Médico particular, 7% recorrem aos Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil, 5,3% aos CAJ e 3,5% recorrem ao Hospital. Por outro lado, 19,3% referem não recorrer a nenhuma das instituições assinaladas e 14,1% respondem que utilizam outros meios para obterem informação (recorrem à Internet). Nenhum dos elementos da amostra utiliza a linha telefónica “Sexualidade em Linha”.

Quadro 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “sexualmente activos”

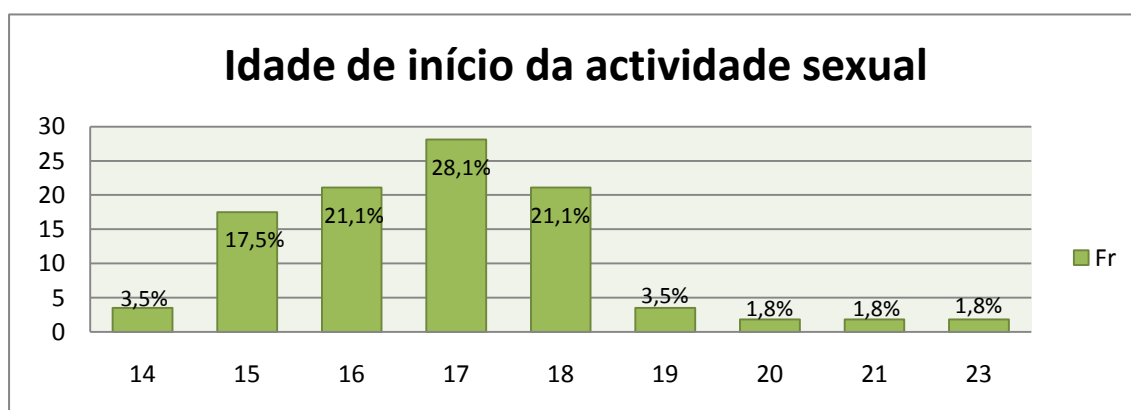
Sexualmente activos	Fa	Fr
Sim	57	100
Não	0	0

Pela análise do Quadro 9, todos os elementos presentes no estudo já iniciaram a sua actividade sexual.

Quadro 10 – Distribuição da amostra segunda a variável “idade de início da actividade sexual”

Idade					
Moda	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Desvio Padrão
17	16,84	17,00	14	23	1,634

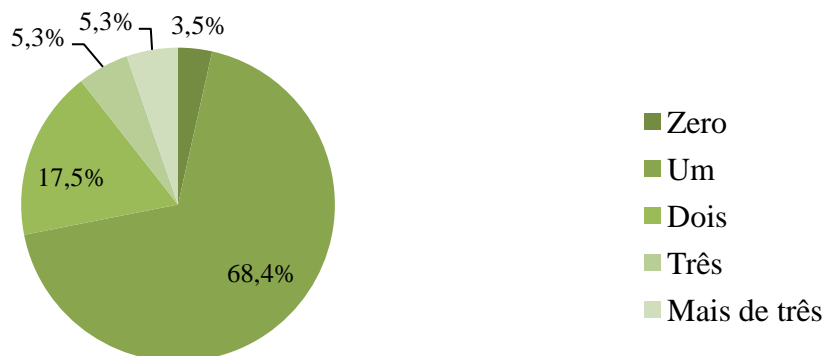
Gráfico 3 – Distribuição percentual da amostra segunda a variável “idade de início da actividade sexual”



Analisando o Quadro 10 e o Gráfico 3, e relativamente à idade de início da actividade sexual da amostra, verificamos que está entre os 14 e os 23 anos. A média é de 16,84 anos com um desvio padrão de $\pm 1,634$, a mediana é de 17 anos e a moda de 17 anos. (28,1%).

Gráfico 4 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “número de parceiras(os) sexuais nos últimos 6 meses”

Número de parceiras nos últimos 6 meses



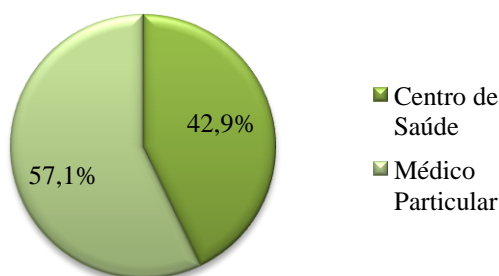
Analisando o Gráfico 4, verificamos que nos últimos 6 meses, 68,4% da amostra referem ter tido uma parceira sexual, 17,5% duas parceiras sexuais, 5,3% três parceiras sexuais, 5,3% mais de três parceiras e 3,5% referem não ter tido parceira sexual.

Quadro 11 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “recorrer à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar a sua actividade sexual”

Recorreu à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar a actividade sexual?		
	Fa	Fr
Sim	7	12,3
Não	50	87,7

Pela análise do Quadro 11, conclui-se que apenas 12,3% dos participantes recorreram à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciarem actividade sexual.

Gráfico 5 – Representação gráfica da amostra segundo a variável “onde realizou Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar a actividade sexual”



Analisando o Gráfico 5 e dos 12,3% da amostra que realizaram Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciarem actividade sexual, 57,1% referem ter realizado no Médico Particular e 42,9% referem no Centro de Saúde.

Quadro 12 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “frequenta, actualmente, a Consulta de Planeamento Familiar”

Frequenta a Consulta de Planeamento Familiar?	Fa	Fr
Sim	9	15,8
Não	48	84,2

Analisando o Quadro 12, podemos concluir que 15,8% da amostra, frequenta actualmente a Consulta de Planeamento Familiar.

Quadro 13 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar”

Motivos de adesão à Consulta de Planeamento Familiar	Fa	Fr
Curiosidade	2	25
Obrigado por familiares	2	25
Esclarecer dúvidas	6	75
Obter métodos contraceptivos gratuitamente	3	37,5
Motivado por amigos(as)	0	0
Obrigado por parceira(o) sexual	1	12,5

Aconselhamento médico	2	25
Aconselhamento de Enfermagem	2	25
Viver a sexualidade de forma segura e responsável	1	12,5
Evitar gravidez	3	37,5
Evitar contrair DST	3	37,5
Outro	1	12,5

Relativamente às razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar, os participantes do estudo podem seleccionar mais que uma resposta. Pela análise do Quadro 13, verifica-se que 75% dos que referem que frequentam a Consulta de Planeamento Familiar (9), mencionam como motivo de adesão “Esclarecer dúvidas”, 37,5% mencionam “Evitar gravidez”, “Evitar contrair DST” e “Obter métodos contraceptivos gratuitamente”; 25% mencionam como razões “Obrigado por familiares”, “Curiosidade”, “Aconselhamento médico” e “Aconselhamento de Enfermagem” e 12,5% referem “Obrigado por parceiro sexual” e “Outro” motivo. Podemos ainda verificar que nenhum assinalou a razão “Motivado por amigos”.

Quadro 14 – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a variável “Razões de não adesão à Consulta de Planeamento Familiar”

Motivos de não adesão à Consulta de Planeamento Familiar	Fa	Fr
Não preciso	25	52,1
Vergonha	1	2,1
Não tenho interesse	13	27,1
Já sei tudo	0	0
Informe-me com outros	15	31,3
Não querer que ninguém saiba	0	0
Só as raparigas é que precisão	2	4,2
Não ter confiança com os profissionais de saúde	0	0
Falta de tempo dos profissionais de saúde	4	8,3
Outro	4	8,3

Relativamente às razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar, os participantes do estudo podem seleccionar mais que uma resposta. Analisando o Quadro 14 verificamos que dos que não frequentam a Consulta de Planeamento Familiar (48) 52,1% referem como razões de não adesão “Não preciso”, 31,3%, referem “Informe-me com outros”, 27,1% referem “Não ter interesse”, 8,3% referem a “Falta de tempo

dos profissionais”, 4,2% “Só as raparigas é que precisam” e 2,1% “Vergonha”. Dos 8,3% que assinalaram “Outra razão”, mencionaram “Não surgir oportunidade”, “Não tenho tempo”, “Não ter conhecimento da sua existência” e “Não ter muita informação sobre como aderir à consulta”. Um aspecto a realçar é o facto de nenhum elemento da amostra referir “Já sei tudo”, “Não querer que ninguém saiba” e “Não ter confiança nos profissionais de saúde” como motivos para a não adesão.

Quadro 15 – Distribuição numérica percentual da amostra segundo a variável “razões que levariam a aderir à Consulta de Planeamento Familiar”

Motivos que levariam à adesão à Consulta de Planeamento Familiar	Fa	Fr
Ser informado por um colega/amigo com formação	6	12,5
O profissional de saúde ser do género feminino	3	6,3
O profissional de saúde ser do género masculino	1	2,1
O profissional de saúde ter até 30 anos de idade	6	12,5
O profissional de saúde ter mais de 30 anos de idade	0	0
Poder realizar a consulta de forma não presencial, mesmo que identificado	5	10,4
Poder realizar a consulta por telefone de forma anónima	2	4,2
Poder realizar consulta presencial de forma anónima e confidencial	3	6,3
Conseguir esclarecer todas as minhas dúvidas sem ser informado de mais nada	8	16,7
Porque fornece métodos contraceptivos gratuitamente	14	29,2
Não ter necessidade de agendar consulta	19	39,6
Nunca pensei ou penso frequentar a Consulta de Planeamento Familiar	16	33,3
Outro	2	4,2

É solicitado aos participantes da amostra que referem não aderir à Consulta de Planeamento Familiar que assinalem os motivos que os levariam a aderir. Pela análise do Quadro 15, verificamos que 39,6% refere como motivo “Não ter necessidade de agendar consulta”, 29,2% “Fornece métodos contraceptivos gratuitamente”, 16,7%

“Conseguir esclarecer todas as minhas dúvidas sem ser informado de mais nada”, 12,5% “Ser informado por um colega/amigo com formação” e “O profissional de saúde ter menos de 30 anos”, 10,4% “ Poder realizar a consulta de forma não presencial, mesmo que identificado”, 6,3% “O profissional de saúde ser do género feminino”, e “Poder realizar consulta presencial de forma anónima e confidencial”. Salienta-se que 33,3% respondeu que “Nunca pensei ou penso frequentar a Consulta de Planeamento Familiar”.

3.2 – Discussão dos resultados

Após o tratamento de dados, é muito importante fazer uma reflexão sobre os resultados obtidos em estudo e confrontá-los com a opinião de diferentes autores.

A adesão ao estudo por parte dos alunos da Licenciatura em Enfermagem e da Licenciatura em Medicina Dentária, da Universidade Fernando Pessoa do Porto, foi de 100%, não havendo nenhum aluno a recusar-se a colaborar na investigação.

No que respeita à idade, os elementos da amostra variam entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 30 anos de idade, que se enquadra inteiramente na definição de jovem adulto para Rodrigues (2001), a qual foi adoptada neste projecto de investigação.

Relativamente ao estado civil a maioria 94,7% são solteiros, pelo que ainda não constituíram em família.

Em relação ao local de habitação, constatamos que a maioria da amostra 68,4% habita em casa dos pais.

Tendo em conta o curso que os elementos da amostra frequentam, 52,6% são da Licenciatura em Medicina Dentária e 47,4% da Licenciatura em Enfermagem.

Com esta investigação pretende-se determinar a adesão dos jovens à Consulta de Planeamento Familiar. Quando questionados sobre se têm conhecimento da existência

da Consulta de Planeamento Familiar, 87,7% dos elementos da amostra referem ter conhecimento da sua existência. Este resultado parece estar de acordo com o estudo *Saúde Juvenil – relatório sobre programas e oferta de cuidados no âmbito das instituições do SNS*, realizado nos Centros de Saúde pela DGS em 2004 que revelam que 59% dos jovens desconhecem este tipo de oferta dos serviços.

Analisando as respostas à questão de resposta múltipla, se têm conhecimento dos objectivos da Consulta de Planeamento Familiar, 70,2% referem saber quais são os objectivos que estão de acordo com as orientações emanadas pela DGS. Apesar da grande percentagem de elementos da amostra que referem saber quais os objectivos da consulta, somente três dos participantes (5,26%) assinalaram todos os objectivos correctamente, destes, apenas um frequenta a Consulta de Planeamento familiar.

Relativamente aos hábitos sexuais, os elementos da amostra em estudo referiram serem todos sexualmente activos. A média de idades em que os elementos iniciaram a sua actividade sexual é de 16,84 anos, com um desvio padrão de 1,634 e a moda de 17 anos de idade, isto é, a idade em que mais elementos da amostra iniciaram a sua actividade sexual. Isto vem de encontro aos estudos levados a cabo por Vasconcelos (*cit. in Marques 2007*), em que a 56,5% dos jovens iniciaram a sua actividade sexual aos 16 anos, e também pelo IFF (1997) em que a média de idade de início da actividade sexual era de 17,4 anos de idade.

Outro aspecto importante a focar nesta discussão, é o facto de que os elementos da amostra que realizaram a Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciarem a sua actividade sexual, possuem uma média de idade de início da actividade sexual superior aos elementos que não realizaram a consulta, 17,43 anos e 16,84 anos, respectivamente. Isto vai de encontro ao referido por Collins *et al.* (*cit. in Projecto SAFE 2010*), que referem que a educação sexual leva a um início mais tardio da actividade sexual.

No que diz respeito ao número de parceiras sexuais que os elementos da amostra tiveram nos 6 meses anteriores à realização do questionário, a grande maioria, 68,4%, referiu que teve uma parceira sexual, 17,5% duas parceiras sexuais, 5,3% três parceiras sexuais e 5,3% mais de três parceiras. Apesar de a maioria ter apenas uma parceira

sexual, é preocupante o comportamento de risco de 28,1% dos participantes, associado ao início cada vez mais precoce da actividade sexual que colocam em risco a saúde dos jovens (Antunes 2007).

Em relação à adesão à consulta antes do início da actividade sexual, 12,3% dos questionados aderiram à consulta, enquanto 87,7% não o fizeram. Isto vem reforçar o estudo divulgado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto em que apenas 25,5% dos inquiridos referiram frequentar ou ter frequentado a Consulta de Planeamento Familiar, sendo que a grande maioria não o fez.

Quanto ao local de realização da consulta antes de iniciarem actividade sexual, dos 12,3% da amostra que a realizarem, 57,1% optaram pelo Centro de Saúde e 42,9% recorreram ao Médico Particular.

Relativamente a frequentarem actualmente a Consulta de Planeamento Familiar, apenas mais dois elementos da amostra aderiram à consulta para além dos 12,3% que a realizaram antes de iniciarem a sua actividade sexual e continuam a frequentar. Podemos concluir que actualmente, a percentagem da amostra que frequenta a Consulta de Planeamento Familiar é constituída por 15,8%. Apesar disto, podemos verificar que 56,1% dos participantes no estudo referem que procuram informação ou ajuda no Centro de Saúde, o que pode significar a falta de conhecimento da Consulta de Planeamento Familiar. O resultado relevado pelo estudo realizado pela Rede Médicos Sentinela (2000), mostra que os principais motivos de atendimento nas consultas do Centro de Saúde, dos rapazes dos 15 aos 19 anos, relacionavam-se com o aparelho musculoesquelético, realização de exames, requisitos para a faculdade, atestados e mostrar análises. Também, neste estudo, a “taxa de incidência” à consulta no Centro de Saúde foi de 43/10000, nos rapazes (*cit. in* Saúde dos jovens em Portugal, DGS 2005).

Quanto aos locais em que procuram informação 14,1% referiram procurar esclarecer as suas dúvidas na Internet, enquanto outra forma de informação com a linha telefónica “Sexualidade em Linha” nenhum dos elementos da amostra procurou informação por este meio, o que não vai de encontro ao afirmado por Sampaio e Vilar (2008) em que referem que 35,2% das chamadas realizadas para esta linha são do género masculino.

Por outro lado, 19,3% da amostra refere não procurar qualquer tipo de informação, o que vai de encontro ao mencionado pelo ICN (2009) em que os homens esperam demasiado tempo para procurar ajuda.

No que toca aos motivos pelos quais os elementos da amostra frequentam a Consulta de Planeamento Familiar, o principal motivo referido é o de “Esclarecer dúvidas, correspondendo a 75% dos 15,8% que frequentam, actualmente a consulta. Os motivos que estão incluídos nos mais assinalados são “Obter métodos contraceptivos gratuitamente”, “Evitar gravidez” e “Evitar contrair DST” cada um com uma frequência de 37,5%. Nenhum dos participantes referiu que foi motivado por amigos para aderirem à consulta, o que não corresponde ao afirmado por Ketting (2000), em que as imagens e estereótipos do que é masculino surgem de três fontes e uma delas é o grupo de pares, onde os rapazes têm a necessidade de ser aceites no grupo de pares.

Em relação às razões para a não adesão à Consulta de Planeamento Familiar, a mais referenciada, por 52,1% dos elementos da amostra é “Não preciso”. O que está em desacordo com o principal motivo apontado pela DGS (*Saúde Juvenil – relatório sobre programas e oferta de cuidados no âmbito das instituições do SNS 2004*) sendo este “o medo da quebra da confidencialidade”, referido por 62% da amostra deste estudo. Os outros motivos mais referenciados foram “Informe-me com outros” (31,3%) e “Não tenho interesse” (27,1%), onde este último vai de encontro ao estudo da DGS em 2004, em que 40% da amostra referiu o “desinteresse dos jovens”. Um motivo pouco referenciado pelos elementos que não aderem à consulta foi o da “falta de tempo dos profissionais de saúde”, onde apenas 8,3% da amostra referiu este motivos, contrastando com o estudo da DGS acima referenciado em que 44% apontam a “pouca disponibilidade temporal dos profissionais de saúde” como um motivo para a não adesão. Outros motivos pouco apontados foram: “Só as raparigas é que precisam” (4,2%) o que contradiz Vicente, L.F. (2001) em que o autor refere que ainda se pensa na saúde reprodutiva como um tema feminino; e “Não ter confiança com os profissionais de saúde” que não foi referenciado por nenhum elemento da amostra, o que também contradiz o ICN/CIE (2009) que considera uma das razões para os jovens do género masculino não aderirem à consulta o facto dos profissionais de saúde tratarem de forma diferente os homens e as mulheres.

Quanto ao que levariam os participantes que não frequentam a Consulta de Planeamento Familiar a aderir à consulta, 39,6% referem “Não ter necessidade de agendar consulta” como motivo para a adesão, 29,2% salientam “Fornece métodos contraceptivos gratuitamente, 16,7% referem “Esclarecer todas as minhas dúvidas sem ser informado de mais nada” e 6,3% assinalam como motivo “Poder realizar a consulta de forma anónima e confidencial”. Isto vem reforçar o que diz Prazeres (2003), em que os homens pretendem as mesmas características de que as mulheres dispõem nos serviços de saúde, como o pouco tempo de espera para a consulta, boa acessibilidade, profissionais de saúde que respondam às suas necessidades, a privacidade e a confidencialidade.

Outro aspecto importante é o da grande maioria da amostra que não frequenta a consulta, não ter preferência pelo género do profissional de saúde, apesar de nenhum referir que o levaria a aderir o profissional de saúde ter mais de 30 anos. Apesar disto, precisamente um terço da amostra (33,3%) refere nunca ter pensado ou pensar frequentar a Consulta de Planeamento Familiar, o que reforça o afirmado pela DGS (2001), em que devem ser implementadas medidas para atrair e fixar os jovens do género masculino para as actividades de planeamento familiar.

IV – Conclusão

Após o final deste trabalho, chegamos à altura de elaborar as respectivas conclusões, assim como as dificuldades encontradas na realização do mesmo.

Tendo em conta que a Enfermagem é uma profissão em contínuo desenvolvimento, a mesma deve colocar questões importantes para serem estudadas. Com isto, a investigação vai elevar a profissão de Enfermagem a um estatuto científico.

Este estudo teve como principais objectivos avaliar a adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino e identificar as razões de adesão ou não adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino.

A realização deste Projecto de Graduação foi muito gratificante na medida em que permitiu um enriquecimento pessoal e profissional, permitindo dar resposta aos objectivos do estudo.

De modo geral, foram atingidos os objectivos proposto, tendo a noção que a investigação constituiu uma ferramenta essencial ao trabalho realizado.

Desta forma, depois da análise efectuada aos resultados obtidos com este trabalho em relação à adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar, chegamos a algumas conclusões que indicam a baixa adesão dos jovens do género masculino à consulta. Contudo, a realização deste estudo possibilitou que tirássemos algumas conclusões relativamente às razões que levam os jovens do género masculino a não aderirem à consulta, assim como às razões que os levariam a aderir, segundo a sua opinião.

Primeiramente, um dos obstáculos à adesão à Consulta de Planeamento Familiar com que nos deparamos foi o de apesar de 70,2% dos questionados referirem saber os objectivos da consulta, apenas 7,5% dos mesmo responderam indicaram correctamente os objectivos. Isto demonstra que existe falta de informação por parte dos jovens do

género masculino acerca do que é realizado na consulta, para que serve e os temas que são abordados.

Para além disto, os resultados demonstraram que apenas 15,8% da amostra deste estudo frequenta actualmente a consulta, sendo que somente 12,3% recorreram à mesma antes de iniciarem a sua actividade sexual. Isto leva-nos a concluir que devem ser criadas novas estratégias, assim como deve ser emitida mais informação acerca da Consulta de Planeamento Familiar, que levem os jovens do género masculino a aderirem à consulta.

Pela análise dos resultados obtidos, conclui-se que as principais razões pelas quais os jovens do género masculino não aderem à consulta é acharem que não precisam, informarem-se com outros e não ter interesse, 52,1%, 31,3% e 27,1%, respectivamente.

Por outro lado, as principais razões que levariam estes jovens a aderir à consulta seriam não ter de agendar consulta, indicado por 39,6%, fornecerem métodos contraceptivos gratuitamente, referido por 29,2%, e esclarecerem todas as suas dúvidas sem serem informados de mais nada (16,7%). Através destes resultados, concluímos que deve-se facilitar o acesso dos jovens à consulta, elucidá-los que podem realizar a consulta do momento que desejarem e criar estratégias mais apelativas para a sua adesão. Quanto ao disponibilizar métodos gratuitamente, já é feito, o que denota o desconhecimento da Consulta de planeamento Familiar.

Apesar deste Projecto de Investigação ser o primeiro trabalho de investigação com um certo grau de complexidade, o que constituiu a principal dificuldade, tem-se plena consciência do esforço e da dedicação despendida para esta investigação. Pensamos que este tema é possível de ser melhor desenvolvido, investigando mais profundamente as razões de não adesão.

Esperamos que este estudo desperte a reflexão sobre a importância da educação sexual e reprodutiva nos jovens do género masculino e quais os seus “desejos” para a Consulta de Planeamento Familiar.

O papel do Enfermeiro é crucial para que hajam mudanças de comportamentos e atitudes, mas mais importante é a consciencialização e responsabilização dos jovens pela sua saúde.

V – Referências Bibliográficas

Antunes, M (2007). *Atitudes e Comportamentos Sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra, Formasau.

Atkinson, L.D. e Murray, M.E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Bozon, Michel (1954). *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro, Família Geração e Cultura.

Buisse e Ooste, Van (1997). Conflicting male and female perceptions of safer sexual behavior, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 27/28 / Julho/Dezembro, 2000.

Carta de Ottawa (1986). Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. [Em linha]. Disponível em <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> [Consultado em 17/11/2010].

Collins, C., Alagiri, P. e Summers, T. (2002). Abstinence only vs. comprehensive sex education: What are the arguments? What is the evidence?. In: IPPF (2007). *O Projecto SAFE – Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa*. APF – Associação para o Planeamento Familiar.

Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. [Em linha]. Disponível em <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> [Consultado em 17/11/2010].

Decreto-lei nº 3/84 de 24 de Março. [Em linha]. Disponível em <www.dre.pt> [Consultado em 09/12/2010].

Decreto-lei nº 120/99 de 11 de Agosto. [Em linha]. Disponível em <www.dre.pt> [Consultado em 09/12/2010].

Decreto-lei n.º 259/00, de 17 de Outubro. [Em linha]. Disponível em <www.dre.pt> [Consultado em 09/12/2010].

Dehne, K. e Riedner, G. (2005). Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The need for adequate health services. Genebra, World Health Organization

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2001). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar (Orientações Técnicas nº 9). Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2001). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar (Orientações Técnicas nº 12). Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

DGS - Direcção-Geral de Saúde (2005). Programas e projectos da Direcção-Geral de Saúde. Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (2009). *Saúde e Qualidade de Vida em Análise*. Porto, ESEP.

Ferreira, Pedro Moura (2003). Comportamentos de risco dos jovens. *In*: Marques, A.C. (2007). A primeira relação sexual: contextos e significados - CIES e-WORKING PAPER Nº 32/2007. Lisboa, CIES e-Working Papers.

Fogel, Lauver (1990). Sexual health promotion. [Em linha]. Disponível em <<http://whqlibdoc.who.int/wpro/1994-99/9290611154.pdf>> [Consultado em 29/09/2010].

Fortin, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência

Fortin, Marie-Fabienne (2009) – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência

Ghouayel, H.B. (2001). Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Reprodutivos. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 32/ Novembro/Dezembro, 2001.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Inquérito à fecundidade e família: resultados definitivos: 1997*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.

Internacional Council of Nursing (2009). El CIE y la salud del hombre. [Em linha]. Disponível em <www.icn.ch/matters_menshealthsp.htm>. [Consultado em 19/01/2011].

Internacional Council of Nursing (2009). La perspectiva del género en los servicios de salud. [Em linha]. Disponível em <www.icn.ch/matters_gendersp.htm>. [Consultado a 19/01/2011].

IPPF (2007). *O Projecto SAFE – Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa*. APF – Associação para o Planeamento Familiar.

Ketting, Evert (2001). A Sexualidade dos rapazes na Europa moderna. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 27/28 / Julho/Dezembro, 2000.

Kinsey (1948). Do sexo à sexualidade. In: Vaz, J.M. (2001). *A Sexualidade na Civilização Ocidental*. Cascais, Câmara Municipal de Cascais, p. 44.

Lakatos, E.M. e Marconi, M.A. (1994) – *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo, Editora ATLAS S.A.

Laranjeira, Ana Rita, *et alii*. (2008). *Saúde, Sexo e Género: Factos, representações e desafios*. Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

Lemos, M.E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 33/ Janeiro/Abril, 2002.

López, F. e Fuertes A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa, Associação para o Planeamento Familiar.

Manuel, H. I. B. (2007). *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre Planeamento Familiar*. Lisboa, Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas.

Martins, Fátima (2004). Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?. [Em linha]. Disponível em <www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf> [Consultado em 20/10/2010].

McCarthy, Barry (1977). *O que você (ainda) não sabe sobre a sexualidade masculina*. São Paulo, Summus.

Miguel, N.S. (1994). *Os jovens e a sexualidade (Colecção Informar as Mulheres nº17)*. Lisboa. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Nodin, Nuno (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa, Associação para o Planeamento familiar.

Nunes, J.S. (1987). A Sexologia Clínica. In: Vaz, J.M. (2001). *A Sexualidade na Civilização Ocidental*. Cascais, Câmara Municipal de Cascais, pp. 35-46.

O.M.S. (1987). *A Carta de Otawa, um novo conceito: a promoção da saúde*. Boletim Panamética

Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Síbaló

Prazeres, Vasco (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

Prazeres, Vasco *et alii.* (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005*. Lisboa, DGS – Direcção-Geral da Saúde.

Rodrigues, L. (2001). *Psicologia 12º Ano*. Lisboa, Plátano Editora.

Sampaio, Manuela (2008). A propósito de um aniversário...Algumas palavras. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 50/51/ Julho/Dezembro, 2008.

Vasconcelos, Pedro (1997). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens Portugueses. *In: Marques, A.C. (2007). A primeira relação sexual: contextos e significados - CIES e-WORKING PAPER Nº 32/2007*. Lisboa, CIES e-Working Papers.

Vaz, J.M. (2001). *A Sexualidade na Civilização Ocidental*. Cascais, Câmara Municipal de Cascais.

Vicente, L.F. (2001). Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 32/ Novembro/Dezembro, 2001.

Vilar, Duarte (2008). A “Sexualidade em Linha” fez 10 anos no dia 1 de Julho de 2008. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 50/51/ Julho/Dezembro, 2008.

Werebe, M.J.G. (1998). *Sexualidade, política e educação*. Campinas, Autores Associados.

World Health Organization (2010). Developing sexual health programmes: A framework for action. [Em linha]. Disponível em <www.who.int/reproductivehealth> [Consultado em 08/02/2011].

Anexos

Anexo I

Questionário

Nota Introdutória

João Jorge Neves Mendes, aluno do curso de Enfermagem, a frequentar o 4ºano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da saúde, da Universidade Fernando Pessoa - Porto, solicita a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, para a elaboração do Projecto de Graduação, intitulado “Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar” que tem por objectivos: “Avaliar a percentagem de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino”, “Identificar as razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino” e “Identificar as razões de não adesão à Consulta de Planeamento Familiar dos jovens do género masculino”.

Informação sobre o preenchimento do questionário:

- Todas as respostas serão anónimas e confidenciais pelo que não deverá escrever o seu nome ou algo que o identifique em nenhuma parte da folha.
- O preenchimento deste questionário demora em média 5 minutos, tendo de colocar uma cruz nos respectivos quadrados, para que se possa validar a sua resposta.

Muito obrigado pela colaboração.

O aluno

Parte I – Caracterização Social e Económica

1.1 – Idade: _____

1.2 – Curso: _____

1.3 – Estado Civil: _____

1.4 – Onde habita:

Em casa dos pais

Com parceira(o)

Casa própria

Outro

Qual? _____

Parte II – Informação sobre hábitos sexuais e Consulta de Planeamento Familiar

2.1 - Tem conhecimento da existência da Consulta de Planeamento Familiar nas unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde?

Sim

Não

2.2 – Sabe quais são os objectivos da Consulta de Planeamento Familiar?

Sim

Não

2.2.1 – Se respondeu sim, assinale-os (pode seleccionar vários)

Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis	
Informar e aconselhar sobre saúde sexual e reprodutiva	
Promover a natalidade	
Intervir na prevenção, diagnóstico e tratamento e reduzir a incidência de DST e as suas consequências	
Elucidar sobre as consequências de uma gravidez não desejada	
Melhorar a saúde individual e o bem-estar da família	
Informar sobre a anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da reprodução	
Fornecer informação sobre o aborto	
Incentivar a actividade sexual	
Faculta informação sobre os métodos contraceptivos	
Fornecer métodos contraceptivos gratuitamente	
Ensinar como utilizar a pílula do dia seguinte	

2.3 - Onde é que, habitualmente, recorre para obter informação ou ajuda na vertente da saúde sexual e reprodutiva? (pode seleccionar mais que uma)

- Centro de Saúde
- Hospital
- Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil
- Centros de Atendimento a Jovens (CAJ)
- Médico Particular
- Linha telefónica “Sexualidade em Linha”
- Nenhum
- Outro

Qual? _____

2.4 – Já iniciou actividade sexual?

Sim Se sim, com que idade? _____ anos

Não

(se respondeu não, avance para a pergunta 2.7)

2.5 – Nos últimos 6 meses quantas parceiras(os) sexuais teve?

Um

Dois

Três

Mais de três

2.6 – Recorreu à Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar actividade sexual?

Sim

Não

2.6.1 – Se respondeu sim, Onde?

Centro de Saúde

Hospital

Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil

Centros de Atendimento a Jovens (CAJ)

Médico Particular

Nenhum

Outro

Qual? _____

2.7– Pretende realizar a Consulta de Planeamento Familiar antes de iniciar actividade sexual?

Sim

Não

Não sei

Parte III – Razões de adesão à Consulta de Planeamento Familiar

3.1 – Frequenta actualmente a Consulta de Planeamento Familiar?

Sim

Não

3.1.1 – Se respondeu sim, refira quais foram as razões que o levaram a aderir à Consulta de Planeamento Familiar. **(pode seleccionar várias opções)**

Curiosidade	
Obrigado por familiares	
Esclarecer dúvidas	
Obter métodos contraceptivos gratuitamente	
Motivado por amigos(as)	
Obrigado por parceira(o) sexual	
Aconselhamento médico	
Aconselhamento de Enfermagem	
Viver a sexualidade de forma segura e saudável	
Evitar gravidez	
Evitar contrair DST	
Outra Qual? _____	

3.1.2 – Se não frequenta a Consulta de Planeamento Familiar, assinale as razões. **(pode seleccionar várias opções)**

Não preciso	
Vergonha	
Não tenho interesse	
Já sei tudo	
Informei-me com outros	
Não querer que ninguém saiba	
Só as raparigas é que precisam	
Não ter confiança com os profissionais de saúde	
Falta de tempo dos profissionais de saúde	
Outra Qual? _____	

3.1.2.1 - Se não frequenta a Consulta de Planeamento Familiar que razões o levaria a aderir? **(pode seleccionar várias opções)**

Ser informado por um colega/amigo com formação	
O profissional de saúde ser do género feminino	
O profissional de saúde ser do género masculino	
O profissional de saúde ter até 30 anos de idade	
O profissional de saúde ter mais de 30 anos de idade	
Poder realizar a consulta de forma não presencial, mesmo que identificado	
Poder realizar a consulta por telefone de forma anónima	
Poder realizar consulta presencial de forma anónima e confidencial	
Conseguir esclarecer todas as minhas dúvidas sem ser informado de mais nada	
Porque fornece métodos contraceptivos gratuitamente	
Não ter necessidade de agendar a consulta	
Nunca pensei ou penso frequentar a Consulta de Planeamento Familiar	
Outra Qual? _____	

Anexo II

Cronograma
 “Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar”

Meses/anos Actividades	2010					2011						
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Escolha do tema	X O	X O										
Revisão bibliográfica		XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	XO	
Definição dos objectivos	XO	XO										
Metodologia – Plano de estudo			XO	XO	XO	XO	XO					
Pré-teste							X	O				
Aplicação do instrumento colheita de dados								XO	XO			
Tratamento de dados								X	XO	XO	XO	
Discussão dos resultados									X	XO	XO	
Conclusão										X	XO	
Últimas correcções											XO	
Entrega do projecto de graduação											XO	

Legendas:

Actividades planeadas: X

Actividades Realizadas: O