

Helena Isabel Sousa Bóia

O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto 2008

Helena Isabel Sousa Bóia

O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto 2008

Helena Isabel Sousa Bóia

O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos

Siglas e Abreviaturas

Siglas

CSP - Cuidados de saúde primários

DGS - Direcção Geral da Saúde

DST -Doença Sexualmente Transmissível

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HPV - Human Papillomavirus

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Science

Abreviaturas

Freq. - Frequência

Nº - Número

p. - Página

p- Probabilidade de erro

pp. - Páginas

% - Percentagem

Sumário

As doenças sexualmente transmissíveis constituem uma problemática de saúde que apesar do desenvolvimento das ciências de saúde e dos investimentos realizados no seu tratamento e prevenção continua uma preocupação em todo o mundo.

As alterações sociais que se têm verificado nas últimas décadas têm proporcionado um clima propício ao seu desenvolvimento e propagação, de que são exemplo as condutas e comportamento sexuais e os fluxos migratórios.

Este tipo de patologias caracteriza-se pela sua elevada morbi-mortalidade, com custos familiares, sociais e económicos elevados.

Tendo em conta as preocupações que esta problemática levanta, relativas ao aumento da morbimortalidade destas doenças e às suas consequências, achou-se pertinente realizar um estudo no âmbito do respectivo tema.

Este trabalho de investigação tem como objectivo avaliar os conhecimentos dos jovens adultos acerca das doenças sexualmente transmissíveis. Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, descritivo e correlacional, realizado na cidade de Espinho, no período de 1 a 15 de Novembro de 2007. O instrumento utilizado para a colheita de dados foi um questionário e a amostra constituída por trinta jovens com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco anos.

Os resultados deste estudo mostraram-nos que a maioria dos jovens do nosso estudo, 90% já tinha iniciado a sua vida sexual e apresentava um conhecimento razoável sobre as DST. Apesar de revelarem conhecimentos acerca das DST, nem sempre o comportamento dos jovens se revela, em alguns casos, preocupante no que respeita à prevenção. Os profissionais de saúde, sobretudo da área dos cuidados de saúde primários, detêm responsabilidades acrescidas na definição de estratégias de prevenção das DST neste grupo etário.

Dedicatória

Agradecimentos

Manifesto aqui o meu profundo reconhecimento e gratidão a todos aqueles que, directa e indirectamente, contribuíram para que este projecto profissional se realizasse.

Agradeço à Professora Doutora Adriana Pereira pela sua disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

Um agradecimento muito especial para a Enfermeira Lucília Sousa, cuja capacidade crítica e visão pertinente da Enfermagem permitiu uma orientação motivadora, apoiando-me incondicionalmente.

“...quando queremos uma coisa com muita força, conseguimos obtê-la. Pode ser necessário paciência, muito trabalho, uma grande luta e muito tempo; mas pode ser feita. Essa fé imensa é um pré-requisito de qualquer realização”

Margo jones (1913-1955)

Índice

0. Introdução.....	14
CAPITULO I – Fundamentação teórica.....	17
1. A evolução do conceito de saúde	17
2. Jovem Adulto.....	19
2.1. Desenvolvimento Físico	20
2.2. Desenvolvimento Psicossexual	20
2.3. Desenvolvimento Psicossocial	22
2.4. Desenvolvimento moral.....	23
3. O impacto social nas DST	24
3.1. Populações em risco	24
5. Sexualidade.....	29
6. Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	32
6.1. Conceito de Doenças Sexualmente Transmissíveis	32
6.2. Breve Historial das DST	34
6.3. Epidemiologia.....	36
6.4. Etiologia e Fisiopatologia.....	39
6.5. Manifestações Clínicas	39
6.6. Complicações	40
6.7. Tratamento.....	40
6.8. Prevenção e Controlo	41
6.9. Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis	44
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO.....	48
1.1. Questões de investigação.....	48
1.2. Objectivos de estudo.....	50
1.3. Variáveis de estudo.....	50
1.3.1. Variável dependente	50
1.3.2. Variável independente	51
1.4. Tipo de estudo	51
1.5. População	52
1.6. Amostra	52

1.7.	Instrumento de colheita de dados	53
1.8.	Pré-teste	53
1.9.	Colheita de Dados.....	54
1.10.	Tratamento dos dados.....	54
1.11.	Considerações éticas.....	56
2.	Análise de dados.....	58
2.1.	Resultados.....	59
2.2.	Discussão dos resultados	71
3.	Conclusão	74
4.	Bibliografia.....	76

Índice de Quadros

Quadro 1. Caracterização demográfica da amostra (n=30)	59
Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente à vida sexual	60
Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente ao planeamento familiar	61
Quadro 4. Caracterização do conhecimento e da opinião sobre os métodos contraceptivos ...	62
Quadro 5. Caracterização sobre o conhecimento das DST	63
Quadro 6. Pontuação obtida nas diversas perguntas de conhecimento	64
Quadro 7. Conhecimento global.....	66
Quadro 8. Relação entre o género e diversas variáveis sócio-demográficas.....	67
Quadro 9. Relação entre conhecimento e diversas variáveis sócio-demográficas	69

Índice de Figuras

Figura 1. Correlação entre idade e conhecimento global	70
--	----

0. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da disciplina de Projecto de Investigação II e Monografia do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

As doenças sexualmente transmissíveis constituem um grave problema de saúde pública com envolvimento multidisciplinar, estimando-se que nos países desenvolvidos esteja entre as primeiras causas de procura dos serviços de saúde. Apesar de na sua maioria terem cura, o SIDA, veio colocar novos desafios e questionamentos.

Há algumas décadas, com o aparecimento dos antibióticos, surgiu a falsa impressão de uma erradicação próxima dessas importantes enfermidades, porém, o que se vem verificando nos últimos anos é um recrudescimento dessas situações em consequência de alterações sociais, económicas e comportamentais. O aparecimento dos métodos contraceptivos, as mudanças das atitudes individuais e sociais em relação ao sexo, os movimentos migratórios, os deslocamentos militares através do globo e o incremento do turismo promoveram profundas mudanças no comportamento sexual e aumentaram significativamente as possibilidades de contágio. Muitas doenças que foram reconhecidas recentemente tornaram-se epidémicas, isto devido às alterações dos padrões sexuais.

O impacto destas doenças ao nível da saúde individual e comunitária colocam o enfermeiro numa posição estratégica como um dos profissionais com maiores possibilidades de intervenção na prevenção deste tipo de patologias

A formação dos Enfermeiros tem por base uma visão holística do ser humano, o que adquire uma importância vital na prestação de cuidados, bem como, no seu desempenho profissional enquanto transmissores de informação e agentes de influência social. A principal actividade dos enfermeiros é prestar cuidados de enfermagem a pessoas, sãs ou doentes, de forma a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico, o mais rápido possível. Os cuidados que prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes e visam um ou mais dos objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a

reabilitação e a reintegração social. O Enfermeiro actua desde o nascimento até à morte do indivíduo acompanhando todo o seu ciclo vital.

Do exposto resulta a justificação para a realização deste estudo. Tendo em conta a actualidade e dimensão do problema e a sua relevância na prática de enfermagem pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo que nos permitisse identificar os conhecimentos que os jovens possuem acerca das doenças sexualmente transmissíveis.

A realização deste estudo pretendeu atingir os seguintes objectivos:

- Aprofundar os conhecimentos sobre a temática das DST
- Analisar as condutas dos jovens adultos de Espinho face às doenças sexualmente transmissíveis
- Desenvolver pesquisa em Enfermagem.

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo. A amostra foi constituída por trinta jovens com idades compreendidas entre os dezoito (18) e os vinte e cinco (25) anos que frequentam as aulas de ginástica que têm lugar na junta de freguesia de Espinho.

Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos fundamentais: no primeiro capítulo desenvolve-se a fundamentação teórica considerada pertinente para suportar o estudo empírico e que inclui uma abordagem à evolução dos conceitos de saúde, uma caracterização ao jovem adulto, os aspectos relacionados com a sexualidade e comportamentos sexuais, e finalmente uma descrição que procurou reter alguns aspectos relacionados com as doenças sexualmente transmissíveis que por serem vastos não poderíamos desenvolver exaustivamente. Finalmente, incluímos neste capítulo uma abordagem ao contributo dos profissionais de enfermagem na prevenção das DST.

No segundo capítulo – Investigação Empírica – descreve-se a metodologia utilizada neste estudo de investigação. Foram elaboradas hipóteses, operacionalizadas as variáveis dependente e independente, definida e caracterizada a população, amostra e instrumento da recolha de dados utilizado, a forma como foram e quando foram recolhidos. O tratamento estatístico processou-se através do programa SPSS (Statistical Package for The Social Science) versão 13.0 para o Windows[®]. Finalmente apresentaremos a análise dos resultados do estudo e a sua discussão, perspectivando-a num modelo integrativo entre a dimensão real e

a dimensão teórica. As conclusões deste estudo apontam para a necessidade de um maior investimento na educação dos jovens, na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e protectores.

É nosso desejo que este estudo contribua para um melhor conhecimento acerca da temática, reconhecendo que existiram dificuldades em alguns casos difíceis de ultrapassar devido à nossa inexperiência e que existirão outras abordagens que teriam contribuído para melhores resultados.

CAPITULO I – Fundamentação teórica

Como foi referido anteriormente, este capítulo abordaremos algumas das temáticas relacionadas com as doenças sexualmente transmissíveis. Irá ser abordado a evolução do binómio saúde/ doença e como este tem vindo a ser influenciado pelo aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis, a caracterização do jovem adulto e o seu desenvolvimento, o impacto das DST na sociedade, a sexualidade e o comportamento sexual e por fim uma síntese sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

1. A evolução do conceito de saúde

Os conceitos de saúde foram evoluindo ao longo dos séculos no sentido de um enfoque cada vez maior na responsabilização individual e colectiva pelo processo de saúde. Um conceito que prevaleceu durante longos anos esteve associado a relação directa entre a existência de um agente causal (microorganismo) e a alteração do estado de saúde do indivíduo. Foi na época das epidemias de doenças infecciosas em que o fenómeno de contágio era o responsável pela propagação da doença.

No entanto rapidamente se percebeu que outros factores interferiam gerando especificidades em cada indivíduo. A saúde é o resultado da acção multifactorial de varias causas, em que os factores físicos, sociais e psicológicos podem promover ou inibir o processo. (Paul, C.; Fonseca, A. M., 2001)

Neste processo evolutivo do conceito de saúde Faltenmaier citado por Honoré (2002, p.41) refere-se consciência de saúde” como sendo diferentes conteúdos os quais «podemos ter consciência e que podem servir de orientação cognitiva englobando os aspectos emocionais e que podem ser compreensivos para todo o mundo (...) a construção social desta consciência de saúde transmite socialmente ao indivíduo e à história um entrelaçado de referências temáticas sobre as representações da saúde a diferentes níveis».

Numa concepção holística e actual a saúde é vista como um processo dinâmico resultado da interacção Homem e meio, numa contínua adaptação. As pessoas detêm responsabilidades no seu processo de saúde, sendo elementos activos e decisivos nesse processo.

Segundo Honoré (2002, p. 45) cada indivíduo, desde o nascimento à sua morte, tem um «modelo de saúde». O autor refere isto pois para ele cada um «aprende a falar uma linguagem e a adoptar atitudes de saúde adquirindo os comportamentos que lhe permitem inserir-se no sistema (...) As concepções fundam-se, formam-se e transformam-se hoje bastante nas interacções nas intercomunicações com os profissionais de saúde».

A evolução científica e tecnológica estrutura uma forma de intervir nos problemas de saúde-doença. «Ela reforça a ideia de saúde como não doença. (...) O desenvolvimento tecnológico objectiva a saúde e esta objectivação cria a ilusão de um controlo possível da saúde. (...) Uma outra consequência é uma concepção de saúde como vida sem sofrimento, (...) e (...) aumento da longevidade». Honoré (2002)

A saúde é verdadeiramente uma noção complexa, não imediatamente acessível ao pensamento, difícil, senão impossível, de analisar e de explicar.

Gadamer (1976), citado por Honoré (2002) refere que «a experiência por si só não pode nunca ser a ciência, esta é de uma oposição irreductível face ao saber e ao ensino decorrente de um saber geral teórico ou técnico... A dialéctica da experiência encontra abertura à experiência reconhecida pela própria experiência». A saúde é a experiência para o futuro e está determinada pelo tempo. É difícil de dizer e de transmitir, fluida e sempre renovada no tempo e nas relações, a experiência de saúde faz da saúde uma noção complexa.

A saúde e a doença, excepcionalmente nos últimos séculos, têm adquirido importante destaque nas discussões e debates sociais, económicos e políticos, articulados às áreas da psicologia, antropologia, enfermagem, sociologia, filosofia, medicina, entre outras. (Schaurich et al, 2006)

Para Schaurich et al (2006), ao longo do processo histórico e social da humanidade, diferentes definições de saúde e doença foram influenciados pelas relações sociais, económicas, políticas, filosóficas, religiosas, da cultura compartilhada pelo ser humano. Com o aparecimento da Sida, no início dos anos 80 do século passado, esta doença tem imposto inúmeras implicações e desafios à saúde da população, tanto na prevenção quanto na assistência e no processo educativo.

2. Jovem Adulto

Não é fácil estabelecer uma idade que defina o jovem adulto, como referem Atkinson e Murray (1989, p. 176) «a divisão entre a adolescência e a vida adulta varia de acordo com a sociedade».

Para Seeley et al (1997, p.1046) a “idade adulta” é «dividida em três períodos», sendo um deles, o período da juventude que abrange dos vinte aos quarenta anos.

Segundo Emerson (1998, p.260) “o período de jovem adulto começa por volta dos vinte anos e pode continuar até ao início dos trinta (...). O adulto jovem é marcado pelo pressuposto de um estilo de vida com independência financeira e separação da família de origem. Tem um sentido de direcção e responsabilidade, objectivos claramente traçados e está preparado para estabelecer compromissos pessoais com o outro”.

O desenvolvimento adulto envolve mudanças nas atitudes, a par com os processos naturais de maturidade e socialização, (Emerson, 1998).

Para Rodrigues (2001) alguém com a idade compreendida entre os dezoito e os trinta 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.

Para Potter e Perry (1997) a maturidade atinge-se quando se atinge um equilíbrio entre a área fisiológica, psicossocial e cognitiva.

Deste modo, para os autores anteriormente mencionados, a idade adulta jovem é definida como um período compreendido entre o final da adolescência e os trinta anos. De um ponto de vista global, as alterações que o jovem adulto passa reflectem-se no desenvolvimento físico, psicosexual, psicossocial e moral. De seguida apresenta-se as principais alterações presentes no desenvolvimento do jovem adulto.

2.1. Desenvolvimento Físico

No ponto de vista das alterações físicas no adulto jovem atingem o seu tamanho e desenvolvimento esquelético, com exceção do peso e da massa muscular que pode variar ao longo da vida. Assim durante este estágio pode verificar-se que, o tônus e a força muscular atingem o seu ponto máximo entre os vinte e os trinta anos; o pico do sistema cardiovascular atinge-se pelos vinte anos; o cérebro mantém o seu processo de desenvolvimento até aos vinte e cinco anos, a acuidade visual situa-se pelos vinte anos; a acuidade auditiva máxima dá-se na adolescência; a libido máxima no sexo feminino é entre os vinte e seis e os trinta anos, no sexo masculino situa-se entre os quinze e os vinte anos. (Emerson, 1998).

De acordo com Papalia e Olds (2000), os jovens adultos, geralmente, estão no auge de sua força, energia e resistência. A maioria dos sentidos está mais apurada durante o início da idade adulta e as condições de saúde tendem a ser favoráveis. Neste contexto entende-se saúde aqui como definida pela Organização Mundial de Saúde - "um estado de total bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença ou debilidade" (Papalia e Olds, 2000). A saúde, geralmente, reflecte um estilo de vida e uma série de escolhas.

No que se refere ao sistema reprodutor (Emerson, 1998, p.272) realçam um desenvolvimento pleno por volta dos vinte anos. “ Para os adultos jovens, ter uma criança pode ser a primeira confrontação com o papel e responsabilidades de adulto”.

2.2. Desenvolvimento Psicosssexual

No desenvolvimento psicosssexual do jovem adulto constata-se uma série de manifestações, que compreendem, o início de uma ocupação, estabelecimento de uma relação íntima, formação de uma nova família, criar um filho e gerir uma casa. É neste período etário que se reflectem as responsabilidades emocionais e financeiras. (Emerson, 1998).

Habitualmente a escolha do parceiro amoroso é feita nesta fase da vida. Segundo Erikson (*cit. in* Papalia e Olds, 2000), desenvolver relacionamentos íntimos é a tarefa crucial do adulto jovem. É nesse período que as pessoas formam relacionamentos que se pode estender pela maior parte de suas vidas adultas - relacionamentos baseados em amizade, amor e sexualidade. A intimidade inclui a ideia de pertencer a alguém - formar relacionamentos fortes, estáveis, íntimos e amorosos - é um poderoso motivador do comportamento humano, o qual afecta a mente, o corpo e o estado de espírito.

Quando se fala de desenvolvimento psicosexual não podemos deixar de referir Freud. Segundo Freud o prazer sexual não se reduz ao prazer genital; o impulso sexual e a procura do prazer erótico determinam de forma poderosa o desenvolvimento afectivo do ser humano. (Rodrigues, 2001).

Freud distinguiu cinco estádios de desenvolvimento psicosexual: estágio oral, anal, fálico, de latência e genital. Este último acontece após a puberdade. Desta forma o estágio genital é um período em que conflitos de estádios anteriores podem ser revividos. A passagem da sexualidade infantil à sexualidade madura exige que as escolhas sexuais se façam, de forma realista e segundo a norma cultural, fora do universo familiar, sendo os pais suprimidos enquanto objectos da libido ou do impulso sexual. (Rodrigues, 2001).

Potter e Perry (1997, p.505) salientam que, o aspecto psicodinâmico da actividade sexual é tão importante quanto ao tipo ou frequência da relação sexual. «As crenças e as expectativas psicológicas dão a sensação de prazer e satisfação aos adultos».

Os mesmos autores referem também que, à medida que a iniciação precoce da relação sexual aumenta, os adultos jovens correm cada vez mais o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Por tal facto é necessário educar em relação ao modo de transmissão, prevenção e reconhecimento dos sintomas dessas doenças.

2.3. Desenvolvimento Psicossocial

As alterações psicossociais encontram-se ao nível do desenvolvimento do auto-conceito, auto-imagem, desenvolvimento cognitivo e intelectual, e também no assumir de papéis e relações interpessoais.

Erikson, (*cit. in* Emerson 1998), descreve que, a teoria do desenvolvimento psicossocial vê a “intimidade” como a manifestação de desenvolvimento do jovem adulto, que se segue a do adolescente no desenvolvimento da identidade. Quer a intimidade quer a identidade continuam a desenvolver-se e atingem a maturação durante este estágio. O jovem adulto não vê a intimidade exclusivamente como relação sexual mas encara como um compromisso pessoal com a outra pessoa. Esta intimidade engloba as componentes cognitiva, afectiva e comportamental.

Potter e Perry (1997) salientam que, durante os anos de vida adulta jovem as pessoas dão geralmente mais atenção às actividades ocupacionais e sociais. A ascensão social é procurada através das escolhas na carreira. Este é um período em que os adultos jovens precisam de tomar decisões sobre a carreira, casamento e paternidade.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo Potter e Perry (1997, p.504) referem que, “os hábitos de reflexão racional aumentam firmemente através dos anos de vida adulta jovem.”

No mesmo contexto os mesmos autores salientam o facto do adulto jovem combinar a capacidade cognitiva com a obtenção de motivação ao determinar programas de educação formal e objectivos de carreira. Relativamente ao desempenho dos seus papéis, o adulto jovem demonstra que quanto mais seguros forem, mais flexíveis e abertos estão às mudanças. As pessoas inseguras tendem a ser mais rígidas nas posições tomadas.

Emerson (1998) expressa que, de um modo geral as relações interpessoais que o jovem adulto estabelece também contribuem para o seu desenvolvimento psicossocial. Essas relações expressam-se na criação de um compromisso, na paternidade, nos papéis comunitários, na própria carreira e no tempo social e de lazer.

2.4. Desenvolvimento moral

A maioria dos adultos raciocinam ao nível convencional, ou seja, implica fazer aquilo que é esperado e manter a ordem social na comunidade. Contudo alguns jovens adultos atingem estádios mais elevados de raciocínio moral, em que se realça os dilemas éticos, pessoais e morais, (Emerson, 1998).

O autor defende que, quando os jovens adultos saem de casa dos pais os hábitos religiosos são tipicamente alterados. Depois do indivíduo ter afirmado a sua independência e estabelecido uma rotina, verifica-se um renovado interesse pela religião.

De um modo geral Emerson (1998) conclui relativamente aos aspectos que mais marcam a idade adulta compreendem a maturidade física, capacidade para se reproduzir, relações íntimas, responsabilidades, produtividade, criatividade, aquisição de papéis comunitários, escolha de uma carreira e elevação do raciocínio moral.

3. O impacto social nas DST

Nos últimos anos, as DST readquiriram importância como problemas de saúde pública. As doenças sexualmente transmissíveis têm sido associadas à promiscuidade sexual, provocando estigma moral e social nas pessoas que as contraem, levando à deterioração de seus relacionamentos e desvalorização social. Até agora, grande parte dos esforços em relação à prevenção das DST tem sido dirigida a mudar o comportamento sexual, estimulando a abstinência e o uso do preservativo masculino (Badiani et al., 1997). Grande parte das dificuldades associadas às DST resulta do seu fácil contágio.

As doenças sexualmente transmissíveis têm sido associadas à promiscuidade sexual, provocando estigma moral e social nas pessoas que as contraem, levando à deterioração de seus relacionamentos e desvalorização social.

3.1. Populações em risco

Para Handsfield (2002, p.2) a maior parte das pessoas está em risco substancial de contrair doenças sexualmente transmissíveis durante os anos da adolescência e da fase de jovem adulto.

Os adultos jovens estão expostos ao risco de adquirir HIV, pois envolvem-se com múltiplos parceiros e muitos não adotam o uso do preservativo em todas as relações sexuais. Além disso, a maioria dos jovens estão a iniciar actividade sexual mais precocemente, expondo-se ao risco de doenças sexualmente transmissíveis também em idade mais precoce. (Dessunti, 2007). A volatilidade dos afectos e das relações, a sensação de invulnerabilidade que caracteriza os jovens bem como a iniciação do processo de autonomia deste grupo torna-o particularmente sensível às DST.

Ferreira (2003) afirma que o aumento da SIDA, na faixa etária dos vinte aos vinte e cinco anos, aponta para a urgência de programas de prevenção efectivos, destinados aos

adolescentes. A vulnerabilidade dos adolescentes de contrair uma DST explica-se pela soma de factores situacionais, pessoais e sociais: maior exposição a situações de risco, como relações sexuais desprotegidas, a partilha de agulhas e seringas contaminadas, tendência a explorar o novo, susceptibilidade a pressões dos grupos, pobreza, violência, pouca formação académica, deficiência de serviços e programas de saúde e educação. Os adolescentes constituem um grupo prioritário às acções preventivas para controlo de DST/SIDA.

Para Souza et al (2002, p.206) os jovens iniciam o seu comportamento sexual, na faixa etária dos quinze aos dezassete anos, no sexo feminino e dos treze aos quinze anos, no sexo masculino.

Segundo Gispert (1997, p. 526) a maioria da população afectada pelas doenças sexualmente transmissíveis tem menos de trinta anos.

Segundo um estudo da Duke University Medical Center, University of Washington-Seattle e o Group Health Cooperative of Puget Sound, realça a necessidade dos profissionais de saúde dedicarem mais tempo às jovens mulheres, identificando factores de risco, explicando as consequências do sexo sem protecção, e promovendo o uso de preservativo. As doenças sexualmente transmissíveis são um problema significativo para as jovens mulheres, estando as taxas nacionais do Vírus do Papiloma Humano (HPV), do herpes genital e da clamídia, particularmente altas entre as mulheres com idades entre os quinze e os vinte e quatro. As DST podem causar sérias complicações para a saúde, e a investigação recente indica que o HPV é, virtualmente, a causa de todos os cancros do colo do útero. (Women's Health Weekly, 2003).

Alguns estudos demonstram existir variações de género nas doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com dados do CDC, referido por Wingood, 2004, o número de mulheres infectadas triplicou entre 1993 e 2002, quando comparativamente com o número de homens, que não chegou a duplicar.

Para tal facto conjugam-se algumas características da própria mucosa vaginal que é menos espessa e mais extensa e factores como violência sexual, violação, subjugação sexual ou porque aceita submeter-se aos desejos dos parceiros. Para algumas o sexo a prática seguro ou não, faz parte da sua sobrevivência como é o caso das profissionais do sexo. (Lisboa, 2003)

A falta de informação acerca do assunto e o desconhecimento dos sintomas contribui para que a mulher desconhecendo que está infectada continue a ter relações sem protecção transmitindo a doença aos seus parceiros sexuais.

4. Condutas e Comportamentos

Para Costa (2000, p. 80) conceitos como o comportamento, conduta, prática social ou acção social são muito utilizadas pelos sociólogos como querendo dizer mais ou menos a mesma coisa. Porém, os significados conceptuais não são estritamente equivalentes.

Então o “comportamento” «pressupõe, mais do que os outros termos, automatismo de respostas a estímulos externos por parte dos seres humanos». “Conduta” «já dá mais importância à elaboração mental que acompanha as actividades sociais, e aos padrões culturais que as organizam» (Costa, 2000).

Segundo Feller (1984) o termo “conduta” «deve ser relacionado com o de comportamento, do qual difere pelo ângulo sob que o encaramos». A conduta «seria, de certo modo, um comportamento orientado».

Miguel (1986) refere que a cultura incutida ao longo de largas décadas influencia a forma como cada adolescente, rapaz e rapariga, vive a sua sexualidade. Os papéis sexuais exprimem-se de modo diferente nos rapazes e nas raparigas.

O contexto e a valorização das actividades sexuais dependem das condições sócio-económicas e sócio-culturais, divergindo entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Nos adolescentes masculinos, frequentemente, aceita-se que eles tenham um forte instinto sexual e a necessidade de fazer experiências na área sexual. Quase não existem restrições, pelo facto de que as consequências não desejadas só aparecem nas mulheres.

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

Segundo Caetano (2001, p. 143) a miséria socioeconómica e cultural e o desemprego, são ingredientes preferidos para se manifestarem as doenças da comunidade, designadamente as

dependências – alcoolismo, tabagismo e toxicodependência – a violência, o vandalismo, a criminalidade, a gravidez na adolescência e finalmente a prostituição.

Actualmente vivemos numa sociedade em que os jovens não resistem à imitação dos comportamentos dos outros, parece que, os jovens, não têm uma conduta própria, acabando sempre por imitar os outros, quando são iguais ou até melhores que os outros.

5. Sexualidade

A sexualidade, é algo indissoluvelmente ligado à natureza humana e tão primitivo como ela, mas ao mesmo tempo evoluiu tal como o Homem e adaptou-se à complexa realidade da condição humana.

Devido ao facto de a sexualidade, no geral, se praticar na intimidade, os pontos de referência são escassos e muitas vezes distorcidos. O comportamento sexual é então um terreno fértil para a existência de *tabus*. Nos nossos dias ainda é um assunto de difícil abordagem, uma vez que parece existir condicionantes que inibem a expressão dos pensamentos, condutas e práticas.

A OMS define que sexualidade é «uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental». (Caetano, 2003).

Durante séculos, a sexualidade foi considerada, na nossa cultura, como algo degradante e desprezível. Ainda hoje em muitas culturas o sexo continua a estar associado a algo moralmente incorrecto dificultando a prevenção. No Quénia, por exemplo, líderes religiosos queimaram preservativos masculinos e a circuncisão continua a ser aceite e praticada sem as condições mínimas de higiene, constituindo um risco de propagação.

Segundo Piñero et al (1997, p.402) a sexualidade “é um conjunto de condições anatómicas e fisiológicas que caracterizam cada sexo. Apetite sexual, propensão ao prazer carnal.”

Segundo Filho e Castro (2000, p.19), a “sexualidade” é o «conjunto dos fenómenos da vida sexual. É um conjunto de sentimentos, ligados a sensações e comportamentos que une as pessoas, envolvendo a emoção, o afecto e a energia. Envolve fenómenos biológicos, psicológicos, sociais e antropológicos».

Para Potter e Perry (1997, p.377) a sexualidade é difícil de definir devido ao facto de compreender muitos aspectos das nossas vidas, sendo expressa através de uma série de comportamentos. «A intimidade e o contacto físico são necessidades biológicas e sociais vitalícias, é expressa por meio das interações e relacionamentos com pessoas do sexo oposto e/ou do mesmo sexo e inclui os pensamentos, as experiências, as aprendizagens, as ideias, os valores, as fantasias e as emoções da pessoa.

De acordo com o mesmo autor a sexualidade «influência e é influenciada pelas experiências da vida. Assim o exame da sexualidade e da saúde sexual, exige uma perspectiva holística, esta tem dimensões socioculturais, éticas, psicológicas e biológicas».

A vivência da sexualidade é influenciada pelos conhecimentos acerca do tema, mas também pelos contextos socioeconómicos e culturais dos actores. A sexualidade é um tema complexo que deve ser compreendida segundo o sistema de valores de cada pessoa.

Almeida (1996) afirma que a generalidade das religiões transmite aos seus praticantes um código de restrições sexuais. Qualquer que seja a religião, ela exerce forte influência sobre a sexualidade e o comportamento das pessoas. No Catolicismo, a sexualidade começa com a história de Adão e Eva.

A Igreja Católica é contra ao sexo antes do casamento e ao uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos. O sexo deve limitar-se à procriação da espécie e não deveria ser feito apenas por prazer. Quando perante uma doença sexualmente transmissível, esta “prega” à abstinência sexual para combater a doença.

No Islamismo, ao contrário do Catolicismo, a poligamia já é permitida. O homem pode se casar com até quatro mulheres, com a condição de que dê atenção igual a cada uma delas. Os muçulmanos consideram mais honesto ser casado com várias esposas do que ter amantes, e que é da natureza do homem ser poligâmico e da mulher ser monogâmico. O Islão não permite o contacto sexual antes do casamento e proíbe também o sexo extraconjugal.

Prazeres (1998), diz-nos que as políticas de promoção reprodutiva devem reflectir e estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana. Para incrementar a expressão de sexualidade de forma responsável não significa estigmatizar as condutas das pessoas.

A educação para a sexualidade impõe-se desde idades precoces, adaptando-se ao grau de desenvolvimento e ao grupo etário. A informação deve ser orientada para conhecimento dos mecanismos de transmissão, medidas preventivas realçando os comportamentos de risco no sentido da responsabilização dos jovens (Vidigueira, 2005).

O ser humano deveria vivenciar ao longo de toda a sua vida a sexualidade como um complexo integrado de sentimentos, atitudes e comportamentos considerando-a e assumindo-a como uma componente positiva, e não, negativa da vida e do desenvolvimento pessoal.

Comportamento sexual não é universal e como tal é ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido, portanto, os comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes e não têm necessariamente a finalidade de procriar.

A sexualidade tem alguns transtornos, uns evitáveis e outros não, residindo estes na complexidade dos afectos, das expectativas e das frustrações vivenciais por cada um. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, por isso, influencia a nossa saúde física e mental, sendo então uma necessidade humana básica.

«É pois indispensável, que a população, particularmente os jovens, sejam informados sobre a sua existência, sintomatologia, modo de transmissão, gravidade potencial, instituições de apoio e meios terapêuticos das doenças sexualmente transmissíveis». (Prazeres, 1998).

6. Doenças Sexualmente Transmissíveis

As Doenças Sexualmente Transmissíveis adquiriram uma grande importância como problema de saúde pública. Apesar de para algumas patologias existir tratamento, o número de pessoas que padecem deste tipo de doença têm vindo a aumentar devido à mudança dos hábitos sexuais. (Carret, et al, 2004)

Para melhor apreender a importância e a dimensão do contexto desta temática, é fundamental que a definição de conceitos se faça de forma clara e concisa, como referem Marconi e Lakatos (1999, p.29 e 30) “o objectivo principal da definição de termos é torna-los claros, compreensivos, objectivos e adequados (...). O uso de termos apropriados, de definições correctas, contribui para a melhor compreensão da realidade observada”.

6.1. Conceito de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Segundo a Gispert (1997, p.524) as doenças de transmissão sexual são doenças do tipo infeccioso ou parasitário nas quais a transmissão sexual tem uma importância epidemiológica, se bem que algumas delas este não seja o mecanismo de transmissão primário ou exclusivo.

De acordo com Handsfield (2002, p.2), durante as três últimas décadas, no campo das DST as alterações da epidemiologia e da nossa compreensão das manifestações clínicas foram muito profundas, em comparação com outras áreas da infecciologia.

As doenças sexualmente transmissíveis bacterianas sofreram um declínio nos anos 90, nos EUA e na Europa Ocidental, mas em contrapartida estas permanecem epidémicas em grande parte do mundo. As DST em certos países industrializados apresentam uma grande taxa de incidência devido à influência dos factores demográficos sociais e comportamentais na doenças infecciosas, apesar de estes países disporem de um diagnóstico e tratamento eficaz. (Handsfield, 2002)

Segundo o mesmo autor as doenças sexualmente transmissíveis «incorporam todos os elementos das infecções “ emergentes”, incluindo o reconhecimento de novos ou aparentemente novos patogénicos, síndromas e complicações, emergência da resistência antimicrobiana em agentes patogénicos anteriormente susceptíveis, aumento da importância das infecções virais e rápida disseminação internacional incrementada pela revolução nas viagens e comércio internacionais.

Segundo Andrade (1997, p.69), «são doenças transmitidas por contacto sexual íntimo, quer seja genital, anal ou oral. Também conhecidas sob a designação de doenças venéreas, as DST, apesar dos progressos da medicina moderna, ainda se encontram longe da extinção. Devido à liberalização dos comportamentos sexuais e ao aumento vertiginoso das grandes viagens pelo mundo, tem-se verificado um crescimento exponencial das DST que, frequentemente, atingem os jovens».

De acordo com Gispert (1997) as DST são «doenças do tipo infeccioso ou parasitário nas quais a transmissão sexual tem uma importância epidemiológica». O conceito de doença sexualmente transmissível substitui o de «doenças venéreas», que se usou até aos finais dos anos 70, e não se refere unicamente às clássicas doenças, como a sífilis, a gonorreia, entre outras mas também inclui outras que costumam classificar-se segundo o agente que as causa: bactérias, vírus, protozoários, fungos ou artrópodes. As instituições de saúde pública dão muita importância às DST por causa da sua «elevada incidência – que, mesmo com os programas preventivos, estão a aumentar – e das suas graves consequências económicas, sanitárias e sociais.»

6.2. Breve Historial das DST

Segundo Mckeown (1990) no período da caça e da colheita, o Homem era capaz de dominar eficazmente o seu ambiente ou limitar a sua reprodução. A brevidade da vida dos caçadores – colectores resultava, da insuficiência alimentar, que agia directamente na forma de fome ou de subalimentação, ou indirectamente na forma de riscos ambientais e de reacção às doenças infecciosas. No período agrícola, o aumento dos recursos alimentares causou o declínio da mortalidade e o aumento da população, estas cresceram de tal modo que os recursos alimentares, voltaram a ser marginais. As doenças não transmissíveis continuaram a ser raras, mas, vivendo em grandes concentrações e em condições exactamente necessárias à propagação e transmissão de muitos microorganismos infecciosos.

À luz desta análise histórica, a origem das doenças foram examinadas dividindo as doenças em três categorias: doenças pré-natais; pós-natais devidas a deficiências e a riscos fortuitos e as doenças pós-natais devidas a inadaptação e a perigos diversos. Certas causas que actuam antes e depois do nascimento (por exemplo, o hábito de fumar e a subalimentação) são as mesmas, e algumas doenças que são determinadas antes do nascimento só se manifestam depois dele. Para uma compreensão das origens das doenças que seja capaz de sugerir meios para combater-las, por um lado, os males que são determinados no momento da fecundação ou logo a seguir a ele e, por outro, todas as demais formas de enfermidade, determinadas quer antes que depois do nascimento. As doenças determinadas no momento da fecundação distinguem-se das demais porque não podem ser evitadas por meio de modificações do meio ambiente, havendo portanto que enfrenta-las evitando a concepção, eliminando os fetos anómalos durante a gravidez, aplicando os tratamentos já disponíveis ou tentando substituir os genes defeituosos. Todas as demais doenças têm a sua etiologia, componentes ambientais e componentes genéticos, portanto todas elas são potencialmente evitáveis. (Mckeown, 1990)

Segundo Kawamoto (1995) as doenças sexualmente transmissíveis ou venéreas (de Vénus – a deusa do amor) são as doenças mais antigas, e existem provavelmente desde o início da humanidade.

Para Alberto (1999) as doenças sexualmente transmissíveis, remontam há muitos séculos atrás. Foi considerada como uma maldição bíblica. A vulva era atacada por iracundos vírus; povoada por agressivas floras exógenas, deformada por excrescências, comida pela putrefacção de células enlouquecidas. Havia irritações vulvares contagiadas através do contacto sexual, que eram causadas por agentes externos, que colonizam a flora vaginal aninhando-se nas suas mucosas (cândidas, tricomonas, neisseria e gonorreia).

De acordo com Mckeown (1990, p.280) as doenças infecciosas passaram a constituir causas predominantes de enfermidades e morte. A industrialização veio ampliar o nosso domínio do meio ambiente, a diminuição dos perigos resultantes da insalubridade das condições de vida vieram provocar o declínio das doenças infecciosas, porem o progresso da saúde humana não se inverteu em consequência do aumento da população, pois as melhorias da alimentação e higiene foram acompanhadas de uma acentuada redução de fertilidade. Neste período as doenças não transmissíveis vieram substituir as doenças infecciosas como causas correntes de enfermidade e morte.

Para Alberto (1999) todas as doenças venéreas históricas, como a sífilis são o mal de mais terrível memória, pela sua grande mortalidade. A promiscuidade sexual fez com que a infecção se expandisse rapidamente. Para muitos era o pecado da luxúria, mas cada país atribuiu o princípio da peste a outros; assim, foi chamada em Espanha mal gálico, em França mal napolitano e em Itália mal espanhol. Na actualidade sabe-se que a origem pode ter estado em África ou na América do Sul, de onde, através dos marinheiros das rotas colonizadoras, se transmitiu ao Ocidente. Nos nossos dias para além da sífilis existem outras doenças tais como: Hepatite; Mononucleose; Herpes Genital; Candidíase; Blenorragia; Sida. Esta ultima considerada o flagelo do século XX.

6.3. Epidemiologia

De acordo com Laugier (2005, p. 131) entende-se por epidemiologia o estudo dos factores que favorecem a dispersão e a propagação de doenças contagiosas. Estes factores podem ser vários: o género de vida, os costumes, e a higiene geral. São factores sociológicos que desempenham um grande papel, entre os quais destacam-se: a falta de cuidados de higiénicos; o “consumo sexual” facultando aos jovens pela pílula anticoncepcional; o “turismo”, as deslocações cada vez mais frequentes e distantes que afastam os jovens do seu ambiente familiar.

Segundo Nelson (1997, p.642) «os adolescentes apresentam a taxa mais alta de doenças sexualmente transmissíveis entre todas as faixas etárias». Isto resulta da experimentação sexual que caracteriza o desenvolvimento psicossocial da época». Durante a puberdade, «os níveis de estrogénio promovem o espessamento e a cornificação do epitélio vaginal e elevação do conteúdo celular de glicogénio» o que vai causar uma redução do pH vaginal. Estas alterações aumentam a resistência do epitélio vaginal à penetração por certos microorganismos e a sua susceptibilidade à infecção por outros.

Laugier (2005) e Nelson (1997) partilham da mesma opinião, de que os métodos contraceptivos orais usados pelos jovens contribuem para o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis.

Para Morse et al (1997, p. 299), a actividade sexual «aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas» e «muitas características comportamentais e fisiológicas colocam o adolescente em alto risco para muitas consequências adversas das doenças sexualmente transmissíveis. «Os índices etários específicos de muitas DST são mais altos nos adolescentes com experiência sexual» quando separados segundo a actividade sexual.

Nos EUA a incidência da sífilis (primária e secundária) e gonorreia tem vindo a aumentar em populações adolescentes. «...a infecção por *C.tracomatis* tende a ser a doença sexualmente transmissível com maior frequência em adolescentes do sexo Feminino» (Morse et al, 1997)

Segundo a OMS, em 2000, a taxa de propagação das doenças sexualmente transmissíveis era de duzentos e cinquenta (250) milhões de casos por ano, que se dividiam em:

- Tricomonas: 120 milhões;
- Infecções por Chlamydia: 50 milhões;
- Verrugas genitais: 30 milhões;
- Gonococcicas: 25 milhões
- Herpes genitais: 20 milhões
- Sífilis: 3,5 milhões
- Vírus de Hepatite B: 2,5 milhões
- Cancro mole: 2 milhões
- Sida: 1 milhão

(Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates World Health Organization)

As últimas estimativas da Organização Mundial de Saúde, em 2003, estimam que ocorram, no mundo, cerca de 340 milhões de casos de DST por ano. Nessa estimativa não estão incluídos a herpes genital e o HPV.

Em números, só no Brasil, as estimativas de infecções de transmissão sexual na população sexualmente activa são:

- Sífilis: 937.000
- Gonorreia: 1.541.800
- Clamídia: 1.967.200
- Herpes genital: 640.900
- HPV: 685.400

(PN-DST/AIDS, 2003)

De acordo com os dados do Centro Europeu de Vigilância Epidemiológica da SIDA relativos aos casos de SIDA e infecção VIH declarados até 31 de Dezembro de 2000,

a situação epidemiológica em Portugal é preocupante a taxa de incidência de SIDA foi de 104,2 casos por milhão de habitantes. (Correia, 2001)

Segundo Kawamoto (1995, p.166) vários factores são responsáveis pelo ressurgimento das DST. Entre eles, destacam-se: o desenvolvimento capitalista; as alterações demográficas; o fenómeno da urbanização; a alteração de condutas; a redução do medo da gravidez e a resistência de algumas cepas microbianas aos antibióticos.

Phipps et al (2003, p. 1868) referem que ocorreram três alterações a partir dos anos 60 que explicam o desenvolvimento e aumento das doenças sexualmente transmissíveis. A primeira explicação está relacionada com o uso de antibióticos e alteração da susceptibilidade dos microorganismos patogénicos aos antibióticos. A penicilina e outros antibióticos estão a ser utilizados de forma alargada e talvez indiscriminada. Os microorganismos tornaram-se assim mais resistentes devido à perda de eficácia dos antibióticos.

Uma segunda explicação da ocorrência da ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis refere que esta tende a aumentar com a permissividade do sistema social; que «por ocasião de guerras ou outras catástrofes é mais fácil os governos controlarem os comportamentos interpessoais, enquanto que em tempos de paz e na ausência de crises nacionais as liberdades civis tendem a florescer» (Phipps et al, 2003).

A terceira explicação centra-se nos padrões de comportamento sexual e inclui a permissividade. A promiscuidade sexual implica o reconhecimento dos avanços na técnica da contraceção, especialmente “a pílula”. Estas alterações sociais são referidas como os três “Ps” (Permissividade; Promiscuidade; Pílula) (Phipps et al, 2003).

Witter (1988, p.493) enuncia a religião como um dos factores que pode influenciar o processo das doenças sexualmente transmissíveis. As religiões judeu-cristãs só aceitam relações sexuais dentro do contexto de casamento sendo o principal objectivo do casamento a reprodução.

6.4. Etiologia e Fisiopatologia

Para Andrade (1997), as DST podem ser provocadas por uma bactéria (sífilis, gonorreia, clamídia), por vírus (sida, hepatite B, verrugas, herpes) ou por pequenos micróbios (vaginítes, tricomoníase).

De acordo com Laugier (2005, p.10) um aspecto importante das doenças sexualmente transmissíveis é o seu desenrolar, que por norma é sempre o mesmo, das manifestações cutâneas, mucosas ou viscerais. De início há uma contaminação, que é a passagem do germe patogénico da pessoa doente para a pessoa sã. Segue-se o período de latente, assintomático, o “período de incubação”. Esta pode ser breve (dois a três dias) ou longa (três semanas ou mais). Um indivíduo contaminado, na fase de latência, pode transmitir a doença ao novo parceiro, nos exames médicos e laboratoriais não detectam o diagnóstico, o que explica por um lado a enorme difusão das DST. Numa fase posterior, terminada a incubação aparecem os primeiros sintomas.

6.5. Manifestações Clínicas

Para Laugier (2005, p. 9), a característica comum das doenças sexualmente transmissíveis é atingir inicialmente, na maioria das vezes os órgãos genitais externos. Também podem atingir, e em primeiro lugar, as mucosas bucais, anais e a pele.

As DST atingem órgãos externos, e por vezes são negligenciados pelos portadores. Também o facto de a anatomia dos órgãos sexuais feminino e masculino ser diferente, as manifestações patológicas tem consequentemente aspectos diferentes, por vezes impossíveis de descobrir pelo doente. Os órgãos sexuais masculinos são externos e bem visíveis, enquanto que os órgãos sexuais da mulher são pouco acessíveis ou até mesmo ocultos à vista do doente (Laugier, 2005).

Perante tais desigualdades das condições masculinas e femininas, o mesmo autor refere que «é sempre prejudicial para a mulher, que, na maioria dos casos, não verá a manifestação da doença e será assim penalizada pela sua descoberta mais tardia». Para além disto a mulher não é tratada no início da doença, permanecendo por mais tempo contagiosa, podendo tornar-se assim uma fonte de um grande número de contaminações (Laugier, 2005, p. 9)

Segundo Morse et al (1997, p.301) as manifestações das doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes do sexo feminino são «dor abdominal baixa, vaginite, corrimento vaginal e cervicite», enquanto que nos homens aparece «a uretrite e a epididimite aguda». Também podem ocorrer «verrugas e vesículas genitais».

6.6. Complicações

Segundo Laugier (2005, p.21) «a gravidade das DST depende da precocidade do diagnóstico e do tratamento». Geralmente se o tratamento começar aquando dos primeiros sintomas, a cura é definitiva, sem sequelas e sem nenhuma consequência para o doente.

Se o diagnóstico e o tratamento forem tardios, mesmo assim se obtém a cura, mas mais lentamente, exigindo um tratamento mais prolongado.

6.7. Tratamento

O tratamento tem como principal objectivo interromper a cadeia de transmissão da doença. Segundo Andrade (1997), o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis deve ser feito à menor suspeita, devido à facilidade com que se transmite e à gravidade sobre a função reprodutora.

Para Handsfield (2002, p.7) a parte integrante dos cuidados de saúde das DST é o tratamento dos parceiros sexuais dos doentes. Geralmente os parceiros de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis bacterianas tratáveis devem ser tratados de forma empírica, sem esperar pelo resultado de testes diagnóstico específico. «Não tratar o parceiro do doente é com

frequência equivalente a não tratar o caso indicado, podendo este ser reinfectado e estender a disseminação por ainda mais pessoas».

De acordo com Laugier (2005, p.132) se um dia quisermos chegar à supressão das doenças sexualmente transmissíveis «teremos não só de tratar o doente, mas também os contaminadores e os contaminados». Trata-se de uma luta difícil que deve ser travada por médicos, enfermeiros e também pelos doentes. Uma epidemiologia eficaz só pode ser realizada através da informação e da educação do público. O público deve saber o que é uma DST, saber que se trata de uma afecção contagiosa em que há pelo menos duas pessoas em causa: o próprio e o seu contaminador.

6.8. Prevenção e Controlo

Na opinião de Handsfield (2002) os cuidados de prevenção e controlo das doenças sexualmente transmissíveis é principalmente uma característica da mulher. O autor refere isto pelo facto de muitas DST parecerem ser transmissíveis de um modo mais eficiente do homem para a mulher do que de modo inverso, provavelmente porque a área exposta é superior em mulheres, a vagina funciona como reservatório que prolonga a exposição às secreções infectadas e o risco de lesões traumáticas microscópicas ou evidentes durante o acto sexual pode ser superior nas mulheres, do que nos homens.

As mulheres, face aos homens, têm uma maior probabilidade de apresentar infecções sub clínicas ou completamente assintomáticas e o diagnóstico de DST torna-se mais difícil em mulheres pelo facto de os sinais clínicos serem menos específicos e alguns exames microbiológicos serem menos sensíveis na detecção da doença. As mulheres e seus filhos estão em maior risco do que os homens de virem a apresentar sequelas permanentes ou de longa duração (Handsfield, 2002)

Com o aparecimento do VIH e da SIDA, o controlo das DST passou a ser observado com mais atenção, uma vez que existe uma forte relação entre a disseminação das DST convencionais e a transmissão do VIH. A disseminação da infecção por VIH e Sida veio

complicar o manuseamento e controlo de outras DST, como é exemplo o tratamento do cancroide cada vez mais difícil em zonas de alta prevalência por VIH, devido à imunodeficiência relacionada com o próprio vírus. A resistência antimicrobiana de vários agentes patogénicos transmitidos sexualmente está a aumentar, tornando alguns tratamentos não eficazes. Apesar de se dispor de novos agentes como as cefalosporinas e fluoroquinolonas de terceira geração para o tratamento de infecções com cepas resistentes, o seu custo continua alto. Contudo deve-se comparar o alto custo inicial, com os custos de um tratamento inadequado, a reincidência e a continuação da transmissão (OMS, 2005).

Andrade (1997) refere que para evitar as doenças sexualmente transmissíveis, a primeira regra consiste em manter relações sexuais com um parceiro seguro. No caso de existirem dúvidas quando aos seus hábitos sexuais, é indispensável a utilização do preservativo, independentemente de se tomar pílula contraceptiva. Existem ainda cuidados de higiénicos que tendem a diminuir o risco de se contrair uma DST: antes e depois do contacto sexual, os órgãos genitais devem ser lavados com água e sabão.

Para Phipps et al. (1995, p. 1741), «não só aumentou a incidência de muitas doenças sexualmente transmissíveis, como também aumentou para agentes com múltiplos modos de transmissão, a proporção de infecções que são transmitidas por via sexual».

Segundo Caetano (2001, p.115) a primeira prevenção é feita pela educação global, pelo autor formar integralmente a pessoa humana, através da assimilação sistemática e crítica da cultura. Ser educado não consiste em repetir aquilo que o meu pai fez mas sim criticar e agarrar alguns elementos que servem para hoje. A educação global implica o ser humano no seu todo, o bio, o psico, o cultural, a todos os elementos da vida.

A educação sexual é um processo através do qual o indivíduo aprende a compreender e a aceitar-se como pessoa com sentimentos sexuais e capacidades reprodutivas, as resistências à educação sexual dos jovens têm como pressuposto que a informação promoverá a actividade sexual, o que se verifica é que a falta de informação não evita a sua actividade sexual. No final da adolescência o indivíduo encontra-se pronto para a processar autonomamente a informação sobre a sexualidade, há que considerar sobre o desenvolvimento do adolescente e avaliar o tipo de informação a fornecer e também o modo mais adequado de proporcionar a compreensão dessa informação. Esta pode ser obtida por fontes informais, tais como: através

dos pares; da leitura; dos media; dos pais. E por fontes formais, tais como: programas de educação sexual, que podem decorrer no âmbito comunitário (escola, igreja, centro de juventude, ...). Brazil, L.; et al, (2000)

Segundo Gendron (1972, p.13) a primeira coisa importante a fazer é não apontar que as relações sexuais de um jovem adulto são um crime, mas em vez disso ensiná-lo a prevenir o aparecimento das doenças venéreas, e conhecer as consequências de uma infecção não tratada.

Segundo Carvalho (2002) é importante a aderência aos tratamentos, completando-os e permitindo o seu controle, o problema agrava-se pelo facto de haver anonimato e assim sendo de difícil identificar a fonte de contágio. Hoje em dia, a sexualidade é começada muito mais cedo, assim a família não pode dissociar-se do processo de educação dos jovens.

Para Gendron (1972) é preciso desenraizar o velho tabu sexual profundamente incrustado no nosso subconsciente, para o substituir pela aceitação realista daquilo de que pode acontecer, para poder oferecer um tratamento adequado a todo o indivíduo que tenha contraído uma doença venérea. As medidas adicionais devem: limitar o número de parceiros sexuais; evitar o contacto sexual com o uso de drogas endovenosas; usar preservativo adequadamente uma vez que este proporciona uma barreira entre os fluidos corporais.

Para Potter (1997, p.392) um aspecto controverso relacionado com o sexo seguro para adolescentes é a instalação de caixas de preservativos em quartos de banho públicos, sobretudo nas escolas, os jovens não podem ser impedidos de fazer sexo, assim os adultos devem promover a saúde, assegurando meios de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Gendron (1972) assistimos actualmente, a uma vasta revolução sexual e a um aumento de promiscuidade, assim uma actividade não planificada expõe ainda mais às doenças venéreas. O preservativo é um meio eficaz de protecção, contra as doenças venéreas. Certos médicos dizem mesmo que ele não é tão profiláctico como se supunha, pois só protege parcialmente o homem, e muito menos a mulher, mas é melhor usá-lo do que não usar nada. Este preservativo genital remonta aos tempos mais recuados, foram descobertos sobre as paredes de certas cavernas, pinturas ou grafitti, que evoca a utilização de preservativos

masculinos, os Romanos serviam-se de bexigas de animais como preservativos, os chineses fabricaram-nos com papel de seda impregnado de óleo, o preservativo foi utilizado durante muito tempo como método profilático das doenças venéreas, deveria continuar a sê-lo, numa época de recrudescimento destas doenças. As doenças venéreas pouco abrandaram com as campanhas de informação.

Segundo Phipps et al (2003, p. 1873) as medidas de prevenção e controlo das doenças sexualmente transmissíveis incluem três níveis. «A prevenção primária destina-se à prevenção da doença. (...) inclui o ensino de pessoas não infectadas de forma a que assumam responsabilidades pela saúde própria e não se exponham a pessoas infectadas.» No que diz respeito à prevenção secundária esta é «dirigida para o rastreio, diagnóstico precoce e tratamento». Relativamente à prevenção terciária esta tem como objectivo «a prevenção das complicações, o apoio e aconselhamento de pessoas infectadas com vista ao tratamento e pedir às pessoas infectadas que informem os parceiros».

6.9. Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis

Para Hesbeen (1997), as grandes transformações ocorridas com o progresso da ciência e da tecnologia, as modificações dos conceitos de saúde e doença, o aumento da população mundial e o desenvolvimento dos meios de comunicação entre outros factores, naturalmente vieram influenciar o conceito de doenças transmissíveis, pois essas doenças e, conseqüentemente, o papel dos profissionais de Enfermagem, na assistência ao doente foram modificando.

De acordo com Martin (1958) *cit. in* Gir e Moriya (1991, p.273), «a enfermeira desempenha dois papéis terapêuticos na assistência prestada ao doente, ou seja, o papel expressivo ou básico e o papel instrumental ou técnico».

Segundo Perry e Potter (1997, p.380) pelo facto dos profissionais de saúde representarem a sociedade, inclusive as suas condutas e comportamentos sexuais, a diversidade é

compreensível e esperada entre os profissionais de saúde. «O comportamento profissional não tem que comprometer a ética sexual pessoal dos enfermeiros ou dos utentes. O comportamento profissional deve garantir que os utentes recebam o melhor cuidado de saúde possível sem diminuir o seu autovalor.» A tentativa de se modificar os comportamentos sexuais das pessoas ignora as diferenças fundamentais nas atitudes entre as pessoas. «A promoção de educação sexual e do exame honesto sobre os valores e as crenças sexuais podem ajudar na redução dos preconceitos sexuais». As acções educativas sobre as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as realizadas pelo enfermeiro, consistem em orientar, retirar as dúvidas e consciencializar o indivíduo para atitudes seguras, que diminuam ou anulem os riscos de contaminação, promovendo, desse modo, hábitos comportamentais mais saudáveis, sendo essa meta conquistada por meio do diálogo e de críticas sobre acções de risco, mostrando que a educação ainda é o melhor meio de prevenção das doenças.

Segundo Kawamoto (1995, p. 173) as acções de enfermagem situam-se a três níveis, eles são:

- A nível primário através da informação, esta deve ser dirigida à população alvo (jovens adultos) através de mensagens simples, para que esclareçam dúvidas e combatam os preconceitos. Qualquer pessoa independentemente da sua idade, sexo, raça, religião pode contrair uma DST. Através de estratégias que motivem a elaboração de técnicas com dinâmica de grupo, demonstrações que permitam a manipulação de instrumentos como o preservativo, explicar a anatomia e fisiologia dos órgãos genitais. Não existem vacinas e qualquer pessoa as pode contrair.
- A nível secundário, no sentido de incentivar os profissionais de saúde e comunidade à notificação dos casos existentes, a fim de se processar uma vigilância epidemiológica. Utilizar os recursos para o pronto diagnóstico e tratamento da doença;
- A nível terciário através do tratamento psicológico em mulheres inférteis; encaminhamento dos deficientes físicos nos casos de sequelas por uma DST; e uma reintegração à família de um paciente portador de uma DST, por exemplo, a sida.

A prevenção para o controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, tem que ser realizado através de actividades educativas que visem: a percepção de risco, as mudanças

no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo. As actividades de aconselhamento das pessoas com DST e os seus parceiros durante o atendimento são fundamentais, no sentido que os indivíduos percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e a seus parceiros, prevenindo assim a ocorrência de novos episódios. Deve-se, ainda, estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos susceptíveis a graves complicações.

Quando falamos de prevenção da doença, não pudemos deixar de referenciar a promoção da saúde. O conceito de promoção da saúde vem se desenvolvendo desde a década de 70, época em que passou a ser debatido e disseminado em discussões internacionais. Com Leavell e Clarck (1976), ele foi considerado como parte dos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença, incluindo-se no nível de atenção primário. Em 1974, Lalonde, refere-se pela primeira vez ao conceito de promoção de saúde. Este referia quatro determinantes de saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde mas este só se destacou posteriormente, como pilar para o desdobramento da estratégia da promoção da saúde com a Declaração de Alma-Ata, para os Cuidados Primários em Saúde, em que a proposta para uma saúde na sua concepção positiva começava a surgir (OMS, 1978). A Conferência de Ottawa, no Canadá, em 1986, foi a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Esta Carta teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários.

A promoção da saúde foi então definida como o processo de capacitar as pessoas a aumentar o seu auto controlo e a promover a sua saúde. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e de realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, mudar e adaptar-se ao seu meio. A saúde é, portanto, vista como um recurso para o dia-a-dia da vida, e não como um objectivo de vida. A saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas vai para além de estilos de vida saudáveis até atingir um bem-estar. A Conferência de Adelaide vem reforçar e dar continuidade às orientações anteriores e discutir as estratégias para implementar as políticas saudáveis.

A perspectiva de saúde e os comportamentos de risco e/ou preventivos assumidos pelos utentes, sobretudo ao nível da saúde sexual, poderão permitir-nos identificar e perspectivar as abordagens dos modelos utilizados de promoção da saúde.

No dizer de Santos (2000), a Educação em Enfermagem deverá facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e as competências requeridas para uma prática de qualidade, ao que nós acrescentamos, o desenvolvimento de atitudes e valores, que permitam a excelência no cuidar. A competência envolve a prestação de cuidados no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento, uma adequada utilização das tecnologias, aliada a uma forte componente relacional de valorização da pessoa.

A Enfermagem terá que ser capaz de responder a este desafio, desenvolvendo o seu próprio corpo de conhecimentos, a sua linguagem própria e a sua autonomia, sobretudo através da investigação aplicada em parceria com os contextos da prática de cuidados. É urgente definir as funções específicas do enfermeiro. A reflexão e a prática reflexiva parecem ser a direcção correcta, tanto para a prática de cuidados como para a Educação em Enfermagem, pois oferece a possibilidade de desenvolver o corpo de conhecimentos próprio e permite uma maior articulação entre a teoria e a prática. (Carvalho, 2007)

O enfermeiro, pode desenvolver, através das educações para a saúde, da educação sexual e das consultas de planeamento familiar à alteração de comportamentos e de atitudes de risco nos jovens adultos. Segundo a Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2001), a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controlo da fertilidade e à prevenção das doenças transmitidas sexualmente, com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças. A consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo iremos desenvolver o estudo empírico. Começaremos por descrever a metodologia escolhida e de seguida apresentaremos os resultados e as conclusões.

1. Metodologia

A fase metodológica é uma parte fundamental de um projecto de investigação pois consiste num “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, M., 1999).

Na fase metodológica “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas.” (Fortin, 1999).

As decisões metodológicas tomadas nesta fase possuem grande importância “(...) para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (Fortin, 1999).

Nesta fase definiu-se o tipo de estudo, definiu-se a população e a amostra, as variáveis do estudo e os métodos de colheita e de dados.

1.1. Questões de investigação

Escolhido um tema de investigação, o passo seguinte é enunciar um problema de investigação, um problema de pesquisa que delimite o campo de estudo.

Polit e Hungler citados por Fortin (1999), relativamente à formulação de um problema de investigação, referem que:

“O primeiro passo no processo científico é a elaboração de um problema de pesquisa. Uma boa pesquisa depende, em grande parte, de boas indagações (...) Uma pesquisa inicia-se com uma questão que um pesquisador gostaria de responder, ou com um problema que um pesquisador gostaria de solucionar”.

As mesmas autoras referem que, ao elaborar um problema de investigação, é necessário ter em conta todas as dimensões que ela abrange:

- Dimensões reais: ter em conta se a pesquisa tem ou não significado teórico ou clínico;
- Dimensões metodológicas: analisar de que forma o problema será estudado;
- Dimensões práticas: identificar quais os recursos necessários para a realização do estudo;
- Dimensões éticas: averiguar se a investigação é compatível com as orientações que visam a protecção dos sujeitos.

Fortin (1999) refere que para formular um problema de investigação é essencial escolher previamente um tema de investigação que esteja relacionado com uma situação problemática e estruturar uma questão que encaminhará o tipo de investigação a realizar.

Existem, assim, alguns passos prévios à formulação de um problema de investigação (Fortin, 1999):

- Escolher um domínio ou um tema que suscite interesse da parte do investigador;
- Enunciar uma questão de investigação preliminar que representa a interrogação face ao domínio em estudo;
- Considerar os tipos de questões orientadoras;
- Determinar o tipo de questão de investigação em relação ao estado dos conhecimentos no domínio escolhido;
- Proceder a uma análise crítica da questão, que conduzirá ao seu enunciado final;

A formulação de uma questão de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender. Esta questão terá obviamente de ser clara, exequível e pertinente, para deste modo ser entendida por todos.

As questões de investigação levantadas para o presente estudo, são:

- Quais os conhecimentos dos jovens adultos acerca dos métodos contraceptivos?
- Quais os conhecimentos dos jovens adultos acerca das doenças sexualmente transmissíveis?

1.2. Objectivos de estudo

Com a realização deste trabalho de investigação pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Conhecer quais as informações que os jovens adultos possuem sobre as doenças sexualmente transmissíveis.
- Identificar os comportamentos de prevenção nos jovens adultos.
- Conhecer quais as fontes de informação sobre o tema.

1.3. Variáveis de estudo

Uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional que contém ou apresenta valores; aspectos, propriedade ou factor, discernível num objecto de estudo e passível de mensuração.

1.3.1. Variável dependente

Para Fortin (1999); a variável dependente consiste naqueles valores a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente.

Neste estudo a variável dependente é o conhecimento dos jovens adultos acerca dos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

1.3.2. Variável independente

A variável independente é aquela que influencia, determina ou afecta outra variável (Fortin, 1999).

As variáveis independentes identificadas neste estudo são:

- Idade
- Género
- Início da vida Sexual
- Utilização de métodos contraceptivos
- Frequência de consulta de Planeamento Familiar

1.4. Tipo de estudo

O presente estudo enquadra-se numa metodologia quantitativa do tipo descritivo-correlacional, baseado em dados recolhidos através de um questionário, visando identificar as variáveis intervenientes, a relação existente entre as mesmas, bem como a natureza desta relação.

Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

“A investigação quantitativa é a investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente (...)”.(Fortin, 1999).

O estudo do tipo descritivo-correlacional “ (...) visa denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação.” (Fortin, 1999).

Este tipo de estudo é utilizado quando os conhecimentos sobre um fenómeno são poucos. Desse modo, o investigador procura obter a maior quantidade de informação possível, de modo a abranger os diversos aspectos do fenómeno (Fortin, 1999).

1.5. População

A população, segundo Fortin (1999), (...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.”

Segundo Polit e Hungler (1995, p.268) população é (...) o conjunto de indivíduos que possuem características comuns (...).”

Fortin (1999, p. 202) também refere população “ (...) é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios.”

A população que serviu de base ao estudo foram jovens com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco residentes na cidade e freguesia de Espinho.

1.6. Amostra

A recolha de informação de todos os sujeitos que fazem parte da população não é um processo fácil; por isso, a escolha de uma amostra é justificável desde que esta seja representativa da população em estudo.

Deste modo, “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, M., 1999 p.202). Isto significa que os elementos que constituem a amostra têm que possuir as características da população.

Sendo assim, nesta investigação, a amostra é constituída por um grupo de trinta jovens com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco anos residentes na cidade e freguesia de Espinho.

1.7. Instrumento de colheita de dados

“ Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas” (Fortin, 1999).

Na escolha do método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta se a informação que vai colher corresponde aos objectivos do que se vai investigar. Neste estudo que é descritivo-correlacional, o objectivo é tentar recolher uma grande parte da informação com o objectivo estudar relações entre variáveis.

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é o questionário, que segundo Fortin (1999), é um dos métodos que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.

O questionário utilizado (Anexo I) é constituído por apenas duas partes e foi elaborado de forma a ter em conta os objectivos do trabalho. É constituído por duas partes, a primeira apenas refere a idade e o sexo do indivíduo; na segunda parte do questionário são 9 as perguntas que abordam a vida sexual do inquirido, a temática dos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis e ainda a fonte das informações sobre estes temas.

1.8. Pré-teste

Realizou-se um pré-teste, para verificar se todos os termos eram facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos (verificação de compreensão semântica). Para Fortin (1999), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a

diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.

O pré-teste “ (...) é sempre aplicado para uma amostra reduzida, cujo processo de selecção é idêntico ao previsto para a execução da pesquisa, mas os elementos entrevistados não poderão figurar na amostra final.” (Fortin, 1999)

A realização do pré-teste foi realizada na última semana de Setembro de 2007, junto de cinco jovens com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco anos residentes na cidade e freguesia de Espinho, não havendo necessidade de se efectuarem quaisquer alterações na estrutura do questionário.

1.9. Colheita de Dados

Para Polit e Hungler (1995) um instrumento de colheita de dados deve ser constituído por um conjunto de questões que tornem possível a colheita da informação necessária, válida e pertinente à sua realização.

Para a colheita de dados, o investigador deve escolher o método que melhor se adequa aos objectivos do estudo e às questões de investigação.

A colheita de dados foi realizada nas duas primeiras semanas de Novembro de 2007 e foram efectuados trinta questionários.

1.10. Tratamento dos dados

Para tornar possível o tratamento dos dados foi necessário transformar em unidades de medida toda a informação recolhida, ou seja, operacionalizar as variáveis, isto significa definir as variáveis de maneira a que possam ser medidas, significa também atribuir um significado às variáveis, especificando as operações necessárias para as medir.

As escalas de medida nominais reflectem diferenças qualitativas em vez de diferenças quantitativas, assim as palavras podem ser substituídas por números. Para Fortin (1999), a escala de medida nominal representa o grau mais elementar das escalas de medida. O investigador com este tipo de escala está limitado no que diz respeito à utilização das estatísticas, porque os números utilizados na escala nominal não podem ser tratados de forma aritmética. A escala nominal permite a utilização de estatísticas descritivas.

Depois da colheita dos dados é necessária a sua organização e interpretação. Os dados, numa forma não processada, podem não ter sentido e as grandes quantidades de números tendem a confundir em vez de esclarecer.

Para o tratamento estatístico, procedeu-se ao processamento de dados utilizando o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0 para ambiente Windows. Os valores dispuseram-se em quadros, que, nos casos que se consideram pertinentes, foram complementados por gráficos apropriados, com o objectivo de possibilitar uma visualização mais precisa dos dados.

De acordo com Fortin (1999), a análise dos dados, refere-se ao conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, bem como clarificar, descrever e interpretar os dados colhidos próximo dos sujeitos. Os resultados que provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados, devem ser analisados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema sobre o qual a investigação incide.

Para este estudo foi considerado aplicar procedimentos estatísticos de natureza descritiva, com o intuito de resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas na amostra, permitindo através de testes estatísticos determinar se as relações observadas entre certas variáveis são generalizáveis à população-alvo, ou não.

1.11. Considerações éticas

Em investigação é importante tomar-se disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos inquiridos. Portanto, para a aplicação do questionário, tiveram-se em consideração todas as providências formais e éticas.

Segundo Fortin (1999, p. 116) “a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética”.

No presente estudo, pretendeu-se respeitar de forma incondicional direitos estabelecidos pelo Código de Ética de Nuremberga, desenvolvendo em relação a cada um deles as respectivas premissas, da seguinte forma:

- Direito à autodeterminação – foi explicado aos jovens adultos que participam no estudo o seu direito de decidir sobre a sua participação ou não na investigação.
- Direito à intimidade – o estudo pretende ser o menos invasivo possível. O jovem adulto teve liberdade de decidir sobre o preenchimento ou não do questionário.
- Direito à confidencialidade – os resultados foram apresentados de forma a que nenhum jovem adulto tenha a possibilidade de ser identificado.
- Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo – este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. Não se correram quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.
- Direito a um tratamento justo e equitativo – este direito refere-se à informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual foi solicitada a participação do aluno, bem como os métodos utilizados no estudo.

Antes de iniciar a colheita de dados foi elaborado um requerimento dirigido à Direcção da Universidade Fernando Pessoa pretendendo-se obter o consentimento favorável e assumir,

conforme consta do pedido de autorização, o compromisso de disponibilizar os dados do trabalho, assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas.

2. Análise de dados

O estudo estatístico foi efectuado utilizando o software de estatística S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0 para ambiente Windows.

No tratamento estatístico dos dados aplicou-se os procedimentos da estatística descritiva e indutiva.

Relativamente à primeira, utilizou-se:

- Frequências absolutas e relativas
- Medidas de tendência (Média)
- Medidas de dispersão (Desvio Padrão)

Relativamente à estatística indutiva, foram utilizados, teste exacto de Fisher, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

Para avaliação do resultado foi considerado como estatisticamente significativo valores de $p < 0,05$, sendo todos os testes bilaterais.

Para avaliação sobre os conhecimentos, foi atribuído 1 ponto a cada resposta assinalada de forma correcta, relativamente aos itens 3, 6, 7 e 8, sendo em seguida a pontuação transformada para uma escala centesimal.

2.1. Resultados

Neste subcapítulo podemos verificar quais os resultados que foram obtidos através da realização do questionário.

Quadro 1. Caracterização demográfica da amostra (n=30)

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Género		
<i>Masculino</i>	10	33,33%
<i>Feminino</i>	20	66,67%
<i>Total</i>	30	100,00%
Idade		
<i>18 Anos</i>	6	20,00%
<i>19 Anos</i>	3	10,00%
<i>20 Anos</i>	2	6,67%
<i>21 Anos</i>	4	13,33%
<i>22 Anos</i>	3	10,00%
<i>23 Anos</i>	3	10,00%
<i>24 Anos</i>	5	16,67%
<i>25 Anos</i>	4	13,33%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>	21,47 Anos	

A amostra (Quadro1) foi constituída por trinta jovens, com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco anos (média = $21,47 \pm 2,629$), sendo 20 (66,67%) pertencentes ao género feminino

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente à vida sexual

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Iniciou vida sexual		
<i>Sim</i>	27	90,00%
<i>Não</i>	3	10,00%
<i>Total</i>	30	
Idade de início da vida sexual (n=27)		
<i>≤13 Anos</i>	1	3,70%
<i>14 Anos</i>	4	14,81%
<i>15 Anos</i>	7	25,93%
<i>16 Anos</i>	5	18,52%
<i>≥17 Anos</i>	10	37,04%
<i>Total</i>	27	100,00%
Frequência de relações sexuais (n=27)		
<i>Ocasionalmente</i>	12	44,44%
<i>1 Vez/semana</i>	6	22,22%
<i>2 Vezes/semana</i>	7	25,93%
<i>≥3 Vezes/semana</i>	2	7,41%
<i>Total</i>	27	100,00%
Número de companheiros (n=27)		
<i>1 Companheiro</i>	16	59,26%
<i>2 Companheiros</i>	8	29,63%
<i>3 Companheiros</i>	1	3,70%
<i>≥4 Companheiros</i>	2	7,41%
<i>Total</i>	27	100,00%
Hábito de uso de preservativo (n=27)		
<i>Sempre</i>	8	29,63%
<i>Quase sempre</i>	11	40,74%
<i>Raramente</i>	6	22,22%
<i>Nunca</i>	2	7,41%
<i>Total</i>	27	100,00%

Vinte e sete (90%) jovens (Quadro 2), já se iniciaram sexualmente, sendo que para 11 jovens, a actividade sexual ocorreu entre os 14 e os 15 anos. Para 44% da amostra as relações sexuais ocorrem ocasionalmente, enquanto 9 (33,34%) relatam que mantêm relações sexuais 2 ou mais vezes por semana. Ao considerar-se o número de companheiros sexuais, verifica-se que 59,26% dos jovens referem ter tido um único parceiro, entretanto a existência de 4 ou mais parceiros é relatada por 2 jovens.

O uso de preservativos em todas as relações é relatado por apenas 29,63% dos jovens, havendo entretanto 7,41% que indicam nunca utilizarem.

Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente ao planeamento familiar

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Frequente consulta de Planeamento Familiar		
<i>Sim</i>	12	40,00%
<i>Não</i>	18	60,00%
<i>Total</i>	30	100,00%
Local de consulta (n=12)		
<i>Centro de Saúde</i>	9	75,00%
<i>Médico Particular</i>	5	41,67%
<i>CAJ</i>	1	8,33%
Utiliza métodos contraceptivos		
<i>Sim</i>	25	83,33%
<i>Não</i>	5	16,67%
<i>Total</i>	30	100,00%
Quem indicou método contraceptivo (n=25)		
Indicação Médica	14	56,00%
Iniciativa própria	11	44,00%
Conselho familiar	4	16,00%

A frequência em consultas de Planeamento familiar é referida por 12 (40%) jovens, dos quais 9 (75%) a realizam no Centro de Saúde e 5 (41,67%) através de médico particular.

Quando questionados sobre a utilização de métodos contraceptivos, 83,33% afirmam utilizá-los, sendo a sua utilização devido a indicação médica referida por 56% dos usuários.

Quadro 4. Caracterização do conhecimento e da opinião sobre os métodos contraceptivos

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Métodos contraceptivos que conhece		
<i>Preservativo masculino</i>	30	100,00%
<i>Pílula</i>	28	93,33%
<i>Coito interrompido</i>	16	53,33%
<i>Abstinência periódica</i>	10	33,33%
<i>Dispositivo intra-uterino</i>	9	30,00%
<i>Diafragma</i>	8	26,67%
<i>Espermicida</i>	7	23,33%
<i>Preservativo feminino</i>	4	13,33%
<i>Outros</i>	4	13,33%
Método que considera mais seguro		
<i>Preservativo masculino</i>	28	93,33%
<i>Pílula</i>	19	63,33%
<i>Abstinência periódica</i>	4	13,33%
<i>Dispositivo intra-uterino</i>	3	10,00%
<i>Diafragma</i>	2	6,67%
<i>Preservativo feminino</i>	2	6,67%
<i>Coito interrompido</i>	1	3,33%

O preservativo masculino é o método contraceptivo mais conhecido da amostra (Quadro4), sendo referido pela sua totalidade, sendo seguido pela pílula (93,33%) e coito interrompido (53,33%). Por outro lado, os menos conhecidos são os espermicidas em gel (23,33%) e o preservativo feminino (13,33%).

Quando solicitados a opinarem sobre qual método consideravam mais seguros, 93,33% da amostra indicou o preservativo masculino, e 63,33% a pílula. Entre os métodos menos seguros, verifica-se que os jovens consideram o diafragma e o preservativo feminino (6,67%) e o coito interrompido (3,33%).

Quadro 5. Caracterização sobre o conhecimento das DST

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
DST conhecidas		
<i>SIDA</i>	30	100,00%
<i>Sífilis</i>	23	76,67%
<i>Hepatite B</i>	16	53,33%
<i>Gonorreia</i>	15	50,00%
<i>Herpes Genital</i>	12	40,00%
<i>Papiloma</i>	10	33,33%
<i>Clamídia</i>	6	20,00%
<i>Verrugas Genitais</i>	6	20,00%
Formas de contágio das DST		
<i>Relações Heterossexuais</i>	27	90,00%
<i>Relações Homossexuais</i>	22	73,33%
<i>Partilhar lâminas</i>	16	53,33%
<i>Partilhar escovas de dentes</i>	8	26,67%
<i>Tatuagens</i>	5	16,67%
<i>Picadas de insectos</i>	3	10,00%
<i>Partilhar copos e talheres</i>	3	10,00%
<i>Beijar</i>	3	10,00%
<i>WC</i>	1	3,33%
<i>Duche e piscinas</i>	1	3,33%
Métodos mais eficazes na protecção das DST		
<i>Preservativo masculino</i>	28	93,33%
<i>Abstinência Periódica</i>	8	26,67%
<i>Pílula</i>	5	16,67%
<i>Coito interrompido</i>	3	10,00%
<i>Preservativo masculino</i>	3	10,00%
<i>Diafragma</i>	2	6,67%
<i>Outros</i>	1	3,33%
<i>Espermicida</i>	1	3,33%
<i>Dispositivo intra-uterino</i>	1	3,33%
Fonte de informação sobre as DST		
<i>Escola</i>	23	76,67%
<i>Amigos</i>	22	73,33%
<i>Internet</i>	20	66,67%
<i>Livros/revistas</i>	9	30,00%
<i>Televisão</i>	5	16,67%
<i>Família</i>	5	16,67%
<i>Centro de Saúde</i>	3	10,00%
<i>Médico Particular</i>	3	10,00%

Entre as DST's (Quadro 5), a SIDA (100%), Sífilis (76,67%) e a Hepatite B (53,33%), são as mais conhecidas. Por outro lado, na opinião dos jovens as DST's são transmitidas através de reacções heterossexuais (90%), relações homossexuais (73,33%) e por partilhar lâminas

(53,33%). Os métodos mais eficazes de protecção são os preservativos masculinos (93,33%), a abstinência periódica (26,67%) e a pílula (16,67%).

Entre as fontes citadas que fornecem informação sobre as DST's, verifica-se que a escola (76,67%), os amigos (73,33%) e a Internet (66,67%) são as mais referidas, sendo o Centro de Saúde e o médico particular os menos referidos (10%).

Quadro 6. Pontuação obtida nas diversas perguntas de conhecimento

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Conhecimentos Métodos Contraceptivos		
<i>0-25%</i>	10	33,33%
<i>26%-50%</i>	14	46,67%
<i>51%-60%</i>	0	0,00%
<i>61%-70%</i>	1	3,33%
<i>71%-80%</i>	1	3,33%
<i>81%-90%</i>	0	0,00%
<i>91%-100%</i>	4	13,33%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>		46,66%
<i>Desvio Padrão</i>		24,769
<i>Mínimo</i>		25,00%
<i>Máximo</i>		100%
Conhecimento sobre DST		
<i>0-25%</i>	10	33,33%
<i>26%-50%</i>	9	30,00%
<i>51%-60%</i>	0	0,00%
<i>61%-70%</i>	4	13,33%
<i>71%-80%</i>	3	10,00%
<i>81%-90%</i>	0	0,00%
<i>91%-100%</i>	4	13,33%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>		49,16%
<i>Desvio Padrão</i>		27,056
<i>Mínimo</i>		12,50%
<i>Máximo</i>		100%

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Conhecimento sobre as formas de contágio		
<i>0-25%</i>	0	0,00%
<i>26%-50%</i>	2	6,67%
<i>51%-60%</i>	2	6,67%
<i>61%-70%</i>	7	23,33%
<i>71%-80%</i>	8	26,67%
<i>81%-90%</i>	7	23,33%
<i>91%-100%</i>	4	13,33%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>	79,00%	
<i>Desvio Padrão</i>	14,703	
<i>Mínimo</i>	40,00%	
<i>Máximo</i>	100%	
Conhecimento sobre os métodos de protecção contra DST		
<i>0-25%</i>	1	3,33%
<i>26%-50%</i>	0	0,00%
<i>51%-60%</i>	0	0,00%
<i>61%-70%</i>	1	3,33%
<i>71%-80%</i>	3	10,00%
<i>81%-90%</i>	8	26,67%
<i>91%-100%</i>	17	56,67%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>	89,58%	
<i>Desvio Padrão</i>	19,71	
<i>Mínimo</i>	0,00%	
<i>Máximo</i>	100%	

Como pode ser observado no quadro 6, o maior conhecimento dos jovens relaciona-se com os métodos de protecção contra as DST (média=89,58±19,71), seguido sobre as formas de contágio (média=79,00±14,703).

Quadro 7. Conhecimento global

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Conhecimento Global		
<i>0-25%</i>	0	0,00%
<i>26%-50%</i>	1	3,33%
<i>51%-60%</i>	11	36,67%
<i>61%-70%</i>	11	36,67%
<i>71%-80%</i>	3	10,00%
<i>81%-90%</i>	1	3,33%
<i>91%-100%</i>	3	10,00%
<i>Total</i>	30	100,00%
<i>Média</i>		66,86%
<i>Desvio Padrão</i>		14,008
<i>Mínimo</i>		35,29%
<i>Máximo</i>		100%

Ao considerar-se os métodos contraceptivos e DST, verifica-se que os jovens da amostra apresentam um razoável conhecimento (média=66,86±14,008), entretanto observa-se também um jovem (3,33%) com uma pontuação mínima preocupante (35,29).

Quadro 8. Relação entre o género e diversas variáveis sócio-demográficas

	Género				p
	Masculino		Feminino		
	Freq	%	Freq	%	
Idade					
Média		21,4		21,5	0,921
Desvio Padrão		2,716		2,503	
Frequenta consulta de PF					
Sim	1	10,00%	11	55,00%	0,024
Não	9	90,00%	9	45,00%	
Iniciou vida sexual					
Sim	9	90,00%	18	90,00%	1,000
Não	1	10,00%	2	10,00%	
Idade que iniciou vida sexual (n=27)					
≤13 Anos	0	0,00%	1	5,56%	0,507
14 Anos	1	11,11%	3	16,67%	
15 Anos	4	44,44%	3	16,67%	
16 Anos	2	22,22%	3	16,67%	
≥17 Anos	2	22,22%	8	44,44%	
Frequência de relações sexuais (n=27)					
Ocasionalmente	3	33,33%	9	50,00%	0,703
1 Vez/semana	3	33,33%	3	16,67%	
2 Vezes/semana	2	22,22%	5	27,78%	
3 Vezes/semana	0	0,00%	0	0,00%	
≥4 Vezes por semana	1	11,11%	1	5,56%	
Utiliza método contracepção					
Sim	7	70,00%	18	90,00%	0,191
Não	3	30,00%	2	10,00%	
Indicação médica					
Sim	0	0,00%	14	82,35%	0,000
Não	7	100,00%	3	17,65%	
Iniciativa própria					
Sim	6	85,71%	5	29,41%	0,023
Não	1	14,29%	12	70,59%	
Conselho familiar					
Sim	3	42,86%	1	5,88%	0,059
Não	4	57,14%	16	94,12%	
Utiliza preservativo nas relações					
Sempre	5	55,56%	3	16,67%	0,052
Quase sempre	1	11,11%	10	55,56%	
Raramente	3	33,33%	3	16,67%	
Nunca	0	0,00%	2	11,11%	

A fim de verificarmos a existência de diferenças entre os géneros, aplicou-se diversos testes estatísticos. Assim após a aplicação do teste do qui-quadrado, observou-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,024$) nos jovens que frequentam as consultas de planeamento familiar verificando-se um maior predomínio no género feminino. O mesmo verificou-se ($p=0,000$) na utilização de anticoncepcional por indicação médica, verificando-se também um predomínio do género feminino. Por outro lado, a utilização de anticoncepcional por iniciativa própria encontra maior adesão entre os jovens do género masculino ($p=0,023$)

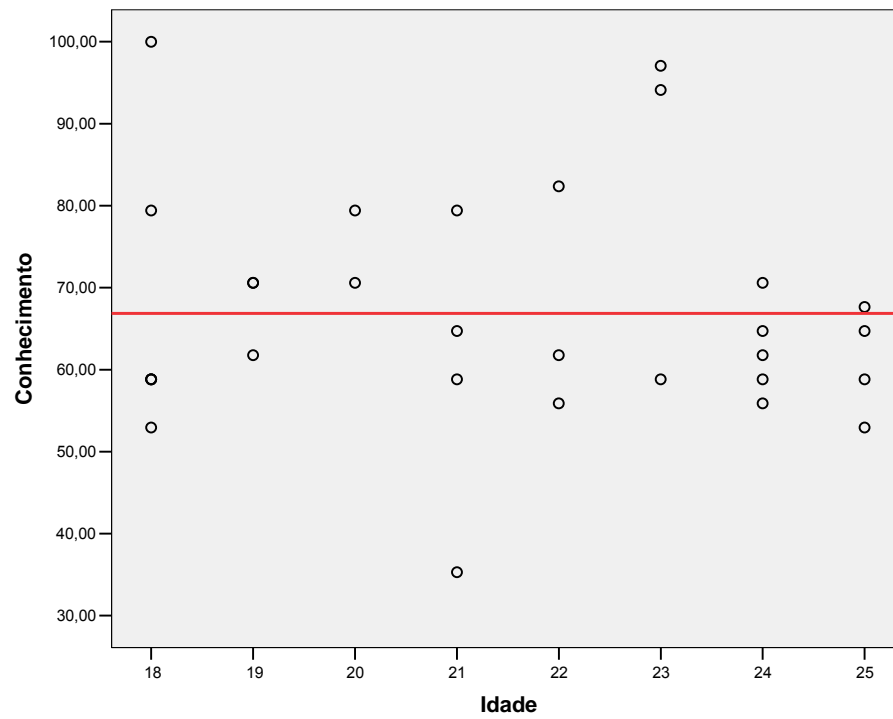
Quadro 9. Relação entre conhecimento e diversas variáveis sócio-demográficas

	Conhecimento Global		p
	Média	Desvio Padrão	
Género			
Masculino	63,82	17,040	0,231
Feminino	68,38	12,437	
Frequente consulta de PF			
Sim	72,54	14,426	0,050
Não	63,07	12,729	
Iniciou vida sexual			
Sim	67,97	14,323	0,070
Não	56,86	3,396	
Idade que iniciou vida sexual (n=27)			
≤13 Anos	64,71	0,000	0,905
14 Anos	63,97	10,570	
15 Anos	66,38	19,200	
16 Anos	67,05	9,620	
≥17 Anos	71,47	15,627	
Frequência de relações sexuais (n=27)			
Ocasionalmente	65,19	14,399	0,363
1 Vez/semana	69,11	16,082	
2 Vezes/semana	74,36	13,765	
≥3 Vezes por semana	58,82	8,318	
Utiliza método contraceção			
Sim	68,94	14,435	0,011
Não	56,47	3,221	
Utiliza preservativo nas relações			
Sempre	70,95	17,747	0,223
Quase sempre	63,63	7,355	
Raramente	67,15	17,090	
Nunca	82,35	20,797	

Ao considerar-se o conhecimento global, verifica-se também que os jovens que frequentam as consultas de planeamento familiar apresentam uma média de conhecimento mais elevada do que os que não frequentam ($p=0,05$), verificando-se o mesmo com aqueles indivíduos que utilizam algum método anticoncepcional ($p=0,011$).

Entretanto, ao considerar-se a idade, verifica-se que a mesma não interfere com o grau de conhecimento global apresentado pela amostra ($p=0,576$).

Figura 1. Correlação entre idade e conhecimento global



Correlations

			Idade	Conhecimento
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,106
		Sig. (2-tailed)	.	,576
		N	30	30
	Conhecimento	Correlation Coefficient	-,106	1,000
		Sig. (2-tailed)	,576	.
		N	30	30

2.2. Discussão dos resultados

Este estudo foi composto por uma amostra de 30 elementos de ambos os géneros, sendo maioritariamente constituídos por elementos do sexo feminino (66, 67%). Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos apresentando uma idade média de 21,47 anos.

Relativamente à vida sexual dos jovens sujeitos ao questionário, 90% da amostra referem que já iniciaram a vida sexual, sendo que um número significativo o fez antes dos 15 anos. Estes dados vão de encontro a outros trabalhos, segundo os quais os jovens iniciam cada vez mais precocemente a sua vida sexual, em grande parte, na adolescência. (Borges, A.L., et al, 2002). Segundo o nosso estudo o número de parceiros. Segundo o mesmo autor a multiplicidade de parceiros e as relações sexuais desprotegidas são responsáveis pelo aumento de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidezes na adolescência que têm vindo a aumentar. No nosso estudo onze (11) dos jovens afirmaram ter dois ou mais parceiros e 70,37% não usarem habitualmente o preservativo durante as relações sexuais.

As consultas de planeamento familiar têm como objectivos garantir o direito ao acesso e à informação acerca dos métodos de planeamento familiar que assegurem uma saúde reprodutiva responsável e segura, garantias indispensáveis a uma saúde sexual “potenciadora da vida e das relações interpessoais. Uma educação sexual adequada conduziu à prevenção das DST, com efeitos positivos na vivência da sexualidade. (DGS, 2001)

De acordo com os nossos resultados 60% dos jovens afirmaram que nunca frequentam as consultas de planeamento familiar. O Centro de Saúde foi o local escolhido por 40% daqueles que tinham realizado consultas de Planeamento Familiar. De salientar que apenas um dos jovens era do sexo masculino, o que pode ser justificado pelo facto de muitos jovens considerarem que esta é uma responsabilidade das mulheres. Uma parte significativa de jovens (83,3%) utiliza algum método contraceptivo, que na maioria dos casos resultou de uma escolha individual ou por conselho de familiar (15). Estes resultados deixam clara a necessidade de apostar nos cuidados de saúde primários e numa definição de estratégias que promovam comportamento assertivos através das educações para a saúde, da educação sexual e das consultas de planeamento familiar. (Vidigueira, P., 2005)

Quanto aos métodos contraceptivos mais conhecidos pelos jovens, os questionários revelaram que todos (100%) os jovens conhecem e consideram o preservativo masculino como o mais seguro. Relativamente às DST mais conhecidas, todos os jovens afirmam conhecer a SIDA seguindo-se a Sífilis e a Hepatite B. a Gonorreia e o HPV, que são das doenças que mais têm surgido nos últimos anos (Vidigueira, 2005), e que apenas são conhecidas por metade da amostra

Para a maioria dos jovens as DST são transmitidas através de relações heterossexuais, das relações homossexuais e partilha lâminas; mesmo assim houve indivíduos que referiram as picadas de insectos, o partilhar de copos e talheres, beijar, WC públicos e piscinas como forma de contágio. O método contraceptivo que assinalaram ser o mais eficaz na protecção das doenças sexualmente transmitidas foi o preservativo masculino (93,33%) e o segundo método mais seguro indicado pelos inquiridos foi a abstinência periódica, sendo que este resultado deve merecer a nossa reflexão. Estes resultados, podem estar relacionados com a falta ou com a má transmissão de informação que possuem sobre os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. (Brazil, L.; et al, 2000)

As principais fontes de informação sobre estes temas, para os jovens do nosso estudo foram a escola, os amigos e a Internet. A educação sexual é actualmente parte integrante dos conteúdos escolares. “ O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao estado a garantia da educação sexual dos meios de comunicação social”,(Lei 3/84 de 24 de Março). Por outro lado o fácil acesso dos jovens às tecnologias informáticas transformou a Internet no espaço privilegiado para procura de informações e esclarecimento de dúvidas. Os profissionais de saúde revelam-se de pouco relevância como fonte de conhecimentos para estes jovens, o que pode ser justificado pela baixa procura dos serviços de saúde por parte dos jovens Apenas 3 jovens referem o centro de saúde e médico particular a fonte de conhecimento. Estes valores, reflectem a necessidade de os profissionais de saúde definirem estratégias de intervenção mais activas que conquistem a confiança e a aproximem os jovens dos espaços de saúde, no sentido de promover a saúde sexual do jovem.(Brazil, L.; et al, 2000)

Na avaliação do conhecimento global dos jovens as perguntas acerca do conhecimento sobre os métodos contraceptivos e das doenças sexualmente transmissíveis, apenas 4 jovens obtiveram o resultado entre os 91% e os 100%. A média de conhecimento destas duas

perguntas foi de 46,66% e 49,16%, respectivamente. Nas questões relacionadas com o conhecimento acerca aos métodos de protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis e as formas de contágio, os jovens obtiveram melhores resultados. Em ambas as perguntas, a maioria dos jovens obtiveram uma cotação superior a 60%. A média respectiva para cada pergunta foi de 89,58% e 79,00%.

Se analisarmos os resultados relativos ao conhecimento global, das quatro perguntas em conjunto a média é de 66,86% e apenas 4 jovens obtiveram uma pontuação acima dos 91%, onde um destes quatro obteve a pontuação máxima de 100%.

Ao considerar-se o conhecimento global, verifica-se que os jovens possuem um razoável nível de conhecimento apesar de existirem ainda alguns aspectos pouco esclarecidos. Os jovens adultos que foram sujeitos ao questionário que frequentam as consultas de planeamento familiar, apresentam uma média de conhecimento mais elevada do que os que não frequentam.

3. Conclusão

A Enfermagem como profissão reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais, não só para a sua prática, como também, para a tomada de decisões inteligentes adequadas para a prestação de cuidados de Enfermagem.

As doenças sexualmente transmissíveis são um desafio para a sociedade actual e para os profissionais de um modo particular, pelas suas responsabilidades na promoção da saúde e na prevenção da doença e da sua propagação. A educação para uma sexualidade responsável está a cargo de todos, pais, escola, saúde e sociedade em geral e só com a colaboração de todos será possível obter resultados positivos. A educação é um processo que ocorre num continuum (não há momentos, nem espaços ideais para acontecer), cujo objectivo principal é preparar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis. A educação deve ajustar-se ás transformações rápidas da sociedade actual e integrar-se nos contextos em que desenvolve.

Tendo em conta os objectivos do nosso estudo: identificar os conhecimentos dos jovens acerca das DST e métodos contraceptivos podemos concluir que os jovens adultos iniciam a actividade sexual precocemente, nem sempre se acompanhada de conhecimentos adequados que lhes permita reduzir os riscos que a elas se associam, revelando insuficiência ao nível das DST e métodos contraceptivos. Os seus comportamentos preventivos ficam por isso comprometidos.

Atendendo a que a escola e a Internet representam as fontes informativas mais relevantes parece-nos importante investir na preparação adequada dos professores e na criação de equipas multidisciplinares que integrem profissionais de saúde como forma de assegurar uma formação mais completa e ajustada. A Internet apesar da sua indiscutível utilidade pode em casos de buscas menos adequadas transmitir informações menos correctas. Nas camadas mais jovens, a orientação e supervisão dos pais e professores poderá reduzir esse risco.

Parece-nos importante que os profissionais de saúde orientem as suas práticas no sentido de uma maior aproximação dos jovens. Atitudes estigmatizantes e críticas afastam os jovens dos serviços de saúde. Mais do que a criação de espaços catalogados para o efeito, onde na maioria dos casos os jovens não encontram o acolhimento e a privacidade que pretendem

pensamos que a integração dos profissionais de saúde em equipas multidisciplinares com abordagem comunitária poderão ter uma actuação mais eficaz na promoção de estilos de vida saudáveis. O conhecimento acerca das DST e dos seus riscos sobretudo ao nível da transmissão pode ser um contributo importante para a mudança de atitudes e comportamentos no sentido da segurança.

Apesar de termos enfrentado algumas dificuldades, conseguimos atingir os objectivos que nos propusemos no início deste trabalho.

Sabemos que este tema é demasiado vasto para se esgotar num estudo de tão pequena dimensão. Pensamos que este estudo realizado com uma amostra mais significativa e comparando com amostras de outras populações ou com outros níveis etários poderiam enriquecer este estudo.

4. Bibliografia

Alberto, Hernando. (1999). *Repressão e Submissões do Sexo Feminino*. Lisboa, Grunnus.

Almeida, F.A.C. (1996). *Atitudes e comportamentos Sexuais*. Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Andrade, Maria Isabel. (1997). *Labirintos da Sexualidade*, Porto, Porto Editora.

Atkinson, L.; Murray, M.E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.

Badiani, R. et al. (1997). *DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma Análise do Nível de Conhecimento e Comportamentos de Vulnerabilização*. Rio de Janeiro, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and Health Surveys, Macro Internacional.

Borges, A.L., et al. (2002). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. In *Vida Sexual na Adolescência*, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Brazil, L.; et al. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*, 4, pp. 465-483.

Caetano, J. (2001). *Doenças e Flagelos do próximo século*. Volume 4. Cascais.

Caetano, M. (2003). Educação da sexualidade: na prevenção da SIDA in Sá, E.(org). *Quero--te: Psicologia da Sexualidade*. Coimbra, Quarteto.

Correia, A.M. (2001). Situação Epidemiológica da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e da SIDA, na Região Norte. HIV Relatório 2001. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/> [Consultado em 12/01/2008].

Carret, M., et al. (2004) Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e factores de risco. Rev. Saúde Pública. [Em linha]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000100011&lng=pt&nrm=iso. [Consultado em 27/11/2007].

Carvalho, A. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Universidade do Minho, Braga.

Carvalho, David. (2002). Doenças Sexualmente Transmissíveis: Mudar comportamentos sexuais é a melhor arma. *In Medicina & Saúde*, numero 53, Lisboa.

Costa, António Firmino. (2000). *O que é a Sociologia*. Lisboa, Stória Editores.

Dessunti, E, Reis A. (2007). Factores Psicossociais e Comportamentais. Rev Latino-am Enfermagem. [Em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a12.pdf. [Consultado em 10/12/2007].

DGS – Direcção Geral da Saúde (2001). Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar / Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. (Orientações Técnicas; 9)

Emerson, Ralph Waldo. (1998). Adolescência e Adulto Jovem. *In Bolander, V., et al. Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiologica*. Volume 2. 3ª Edição. Lisboa, Lusodidacta, p. 260, 272, 504, 505.

Feller, J. (1984). Dicionário de psicologia do adolescente Lisboa, Editora Verbo.

Filho, Carlos Boechat; Castro, Heloísa. (2000). *Falando de Sexo com Amor*. Petrópolis, Editora Vozes.

Ferreira, J. (2003). DST/AIDS na adolescência: educar para prevenir. Boletim Da Saúde. [Em Linha]. Disponível em http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_20resumos.pdf. [Consultado em 17/12/2007]

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realidade*. Lisboa, Lusociência.

Gendron, Lionel. (1972). *Doenças transmitidas pelas relações sexuais*. Lisboa, Editora Europa América.

Gir, E.; Moriya, T.M. (1991). O papel da Enfermeira e da auxiliar de Enfermagem na assistência prestada ao paciente em isolamento de doenças transmissíveis. *In Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo. Volume 25, número 3, Janeiro, p.14 – 20.

Gispert, C. (1997). *Enciclopédia da sexualidade*. Volume 4 (Sociedade e Sexo). Lisboa, oceano- liarte.

Global Prevalence And Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates World Health Organization. [Em linha] Disponível em <http://www.who.int/emc/>. [Consultado em 24/9/2007].

Handsfield, H. (2002). *Atlas das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2ª Edição, Algés, Euromédice.

Hesbeen, Walter. (1997). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência.

Honoré, Bernard. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures, Lusociência.

Kawamoto, Emília Emi et al. (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária.

Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians, pp. 3-5. In OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington.

Laugier, Prof. Paul. (2005). *As Doenças Venéreas*. Coleção Saúde. Mem Martins: Gráfica Europam (publicações Europa América).

Leavell, H.; Clark E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 744 pp.

Lisboa, M. E. S. (2003). Vulnerabilidade da mulher frente às DST/HIV/AIDS. [Em linha]. Disponível em http://www.aidscongress.com/article.php?id_comunicacao=184 [Consultado em 21/01/2008]

Marconi, Marina de Andrade; Lakatos, Eva Maria. (1999). *Técnicas de Pesquisa*. 4ª Edição, São Paulo, Editora Atlas.

Mckeown, Thomas. (1990). *As origens das Doenças Humanas*. Lisboa, Editorial Caminho.

Miguel, Nuno; Vilar, Duarte. (1986). *Afectividade e Sexualidade no Novo Contexto Social e Cultural*. Lisboa, Desenvolvimento.

Morse, Stephen A.; et al. (1997). *Atlas das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas.

Nelson, Waldo E. (1997). *Tratado de Pediatria*. 15ª Edição, Volume 1. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde, [Em linha]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>.

[Consultado em 30/10/2007]

OMS – Organização Mundial de Saúde (2005). Guiás para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual. [Em linha]. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mngt_stis/index.html. [Consultado em 30/10/2007]

Papalia, D.; Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Trad. Daniel Bueno. 7ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Paul, C.; Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Phipps, Wilma et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2ª Edição. Lisboa, Lusociência.

Piñero, et al. (1997) *Dicionário Ciências da Saúde*. Portugal, McGraw-Hill.

PN-DST/AIDS. (2003). Ministério da Saúde Brasil. [Em linha]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD1F318A3PTBRIE.htm>. [Consultado em 06/11/2007].

Polit, D. F.; Hungler, B. P. 1995 *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Potter, Patrícia A.; Perry, Anne Griffin. (1997). *Fundamentos de Enfermagem*. Volume 3. 4ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Prazeres, Vasco. (1998) *Saúde dos Adolescentes. Princípios Orientadores*. Direcção Geral da Saúde.

Rodrigues, L. (2001). *Psicologia 12º Ano*. 1ª Edição. Lisboa, Plátano Editora.

Sabatina. (1999). *Guia de Formação Escolar*. Setúbal, Marina.

Santos, E. (2000). Prefácio. In A. Queirós, L. Silva, & E. Santos, *Educação em Enfermagem* (pp. 7-8). Coimbra: Quarteto Editora.

Schaurich, D.; et al. (2006). A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. [Em linha] Disponível em http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010435522006000300020&lng=pt&nrm=iso. [Consultado em 11/10/2007].

Seeley, R.; et al. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. 3ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.

Souza, Ronald, et al. (2002). *Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. Porto Alegre.

Vidigueira, P. (2005). Os Estudantes de Enfermagem e as Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA. [Em linha]. Disponível em <http://www.aidscongress.net/pdf/322.pdf> [Consultado em 03/01/2008].

WHO/UNICEF 1978. *Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978*. WHO, Genebra. Health-for-All Series nº 1

Wingood GM, DiClemente RJ, Mikhail I, et al. (2004) A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: the WiLLOW Program. *J Acquir Immune Defic Syndr.*;37(suppl 2):S58-S67.

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

Women's Health Weekly. [Em linha]. Disponível em <http://www.aidsportugal.com/articloe.php?sid=3052> [Consultado em 21/01/2008].

Anexos

Anexo 1: Instrumento de Colheita de Dados

Questionário

Helena Isabel Sousa Bóia, aluna do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem na Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa.

Para a elaboração do trabalho final do curso, intitulado “O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos”, que tem por objectivos identificar os conhecimentos dos alunos de Enfermagem sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e identificar quais os Métodos Contraceptivos e DSTs mais conhecidas, solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Neste questionário todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte.

A duração média para responder a este questionário é de 5 minutos.

Muito obrigada pela sua colaboração

A aluna

(Helena Bóia)

I Parte

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: M _____ F _____

II Parte

1. Já iniciou a sua vida sexual? Sim ___ Não ___

Se respondeu não à pergunta anterior, avance para a pergunta 1.4.

- 1.1. Se sim com que idade?

<13 ___ 14 ___ 15 ___ 16 ___ > 17 ___

- 1.2. Com que frequência tem relações sexuais?

Ocasionalmente _____ 1 x/ semana _____
2 x/ semana _____ > 3 x / semana _____

- 1.3. Número de companheiros: 1 _____ 2 _____ 3 _____ > 3 _____

- 1.4. Frequenta alguma consulta de planeamento familiar?

Sim ___ Não ___

Se sim:

- 1.4.1. Onde?

Centro de Saúde _____ CAJ _____
Médico Particular _____ Outros _____

2. Utiliza algum Método Contraceptivo? Sim _____ Não _____

2.1. Se sim, faz por:

Indicação médica ____ Indicação de outro profissional de saúde ____
Iniciativa própria ____ Conselho de amigo ____
Conselho familiar ____

3. Quais os métodos contraceptivos que conhece? (Assinale com um X)

Coito Interrompido ____ Abstinência periódica ____
Pílula ____ Espermicidas ____
Preservativo Masculino ____ Preservativo Feminino ____
Diafragma ____ Dispositivo Intra-Uterino (DIU) ____
Outros ____

4. Qual(ais) o(s) método(s) que considera mais seguro?

Coito Interrompido ____ Abstinência periódica ____
Pílula ____ Espermicidas ____
Preservativo Masculino ____ Preservativo Feminino ____
Diafragma ____ Dispositivo Intra-Uterino (DIU) ____
Outros ____

5. Costuma usar preservativo nas suas relações sexuais?

Sempre ____ Quase Sempre ____ Raramente ____ Nunca ____

6. Quais as Doenças Sexualmente Transmissíveis conhece?

Hepatite B ____ Clamídia ____
Sida ____ Verrugas genitais ____
Herpes genitais ____ Gonorreia ____
Sífilis ____ Papiloma ____

7. Qual (ais) a (s) forma (s) de contágio?

Partilhar lâminas _____

Picadas de insectos _____

W.C. _____

Partilhar copos e talheres _____

Relações heterossexuais _____

Beijar _____

Relações homossexuais _____

Partilhar escovas de dentes _____

Tatuagens _____

Duche, piscinas... _____

8. Quais os métodos contraceptivos mais eficazes na protecção das DSTs?

Coito Interrompido _____

Abstinência periódica _____

Pílula _____

Espermicidas _____

Preservativo Masculino _____

Preservativo Feminino _____

Diafragma _____

Dispositivo Intra-Uterino (DIU) _____

Outros _____

9. Onde/Como obteve informações sobre as DST?

Centro de Saúde _____

CAJ _____

Médico Particular _____

Televisão _____

Escola _____

Livros/ Revistas _____

Internet _____

Família _____

Amigos _____