

Rita Mafalda Rodrigues de Matos

Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP – FCS, ano lectivo 2010/2011

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2011

Rita Mafalda Rodrigues de Matos

Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP – FCS, ano lectivo 2010/2011

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2011

Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP – FCS, ano lectivo 2010/2011

Rita Mafalda Rodrigues de Matos

Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa

Como parte dos requisitos para obtenção do grau

de Licenciatura em Enfermagem.

Dedicatórias

Dedico este trabalho em primeiro lugar, à minha família: Mãe, Pai e Irmã, sem vocês seria impossível!

Aos meus verdadeiros amigos!

Ao Zé, pela paciência!

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Alice Martins, por ter aceitado ser minha orientadora, pela paciência e ajuda;

À Marta pela grande ajuda na elaboração deste trabalho;

À Catarina, Cláudia, pelo apoio e amizade.

A todas o meu **Muito Obrigada!**

“Caminhante, não há caminho.

O caminho faz-se ao caminhar.”

António Machado

SUMÁRIO

Este trabalho de investigação foi realizado no âmbito da unidade curricular Projecto de Graduação e Integração Profissional, do 4ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP, no ano lectivo 2010/2011.

Enquanto aluna de Enfermagem, durante os ensinamentos clínicos e através da sua vida pessoal e dos meios de comunicação social apercebe-se cada vez mais do aumento de consequências graves provenientes de comportamentos sexuais de risco entre os jovens, surgindo assim a questão de partida para este projecto: Quais os conhecimentos e comportamentos que os alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, do ano lectivo 2010/2011 possuem sobre sexualidade?

E assim surge o tema deste estudo: “ Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo, 2010/2011.

Para abordar os temas mais relevantes face à sexualidade foi realizado um estudo/pesquisa sobre algumas definições como sexualidade, educação sexual e planeamento familiar, entre outras.

Este projecto de investigação foi realizado em meio natural através da metodologia exploratória e descritiva, de carácter quantitativo com a finalidade de identificar os conhecimentos e os comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, face à sexualidade.

Foi aplicado um questionário, como instrumento de colheita de dados, a uma amostra de 30 estudantes do 2º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, que corresponde à população em estudo. A colheita de dados foi efectuada em Junho de 2011.

Após a análise dos resultados, verificou-se que a amostra em estudo tem bons conhecimentos sobre sexualidade, nomeadamente sobre o uso de métodos contraceptivos e sobre infecções sexualmente transmissíveis, e que colocam esses conhecimentos em prática diminuindo assim os comportamentos de risco, como por exemplo a prática de sexo sem protecção, o que vai de encontro aos resultados obtidos após a análise dos dados, relativamente à questão que cuidado tem para evitar a transmissão de uma IST, a opção preservativo obteve 80% das respostas; e relativamente à questão que cuidado tem para evitar uma gravidez indesejada, o somatório das opções preservativo e métodos contraceptivos obteve 76,6%.

ABSTRACT

This research was conducted within the course of Project Graduation and Professional Integration of the 4th year of the Degree in Nursing of the UFP in the academic year 2010/2011.

As a nursing student during the clinical teaching, and personal life through the media realizes an increasingly serious consequences from increased sexual risk behaviors among young people, giving rise to the point of departure for this project: What knowledge and behaviors that students 2nd year of Degree Course Nursing at the UFP-FCS, academic year 2010/2011 have on sexuality?

Thus, the student decided to study what knowledge of young people and their behavior towards sexuality in order to understand what risk behaviors, thus resulting in the theme of this study, "Sexuality: knowledge and behavior of students in 2nd year of Degree Course Nursing UFP-FCS, academic year 2010/2011. "

To address the most important issues towards sexuality was a study / survey of some definitions of sexuality, sex education and family planning, among others.

This research project was conducted in the natural environment through exploratory and descriptive methodology, any quantitative in order to identify the knowledge and behavior of students in 2nd year of Degree Course in Nursing, towards sexuality.

A questionnaire was applied as a tool for collecting data, a sample of 30 students from 2nd year of the Bachelor's Degree in Nursing, which corresponds to the population under study. Data collection was conducted in June 2011.

After analyzing the results, it was found that the sample under study has good knowledge about sexuality, particularly regarding the use of contraceptive methods and about sexually transmitted infections, and put that knowledge into practice thereby reducing risk behaviors, such as the practice of sex without protection, which goes

Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em
Enfermagem, da UFP – FCS, ano lectivo 2010/2011

against the results obtained after analysis of data relating to the matter is careful to avoid the transmission of an STI, condom option got 80% of the answers, and relating to the matter is careful to avoid an unwanted pregnancy, option pill received 43.3% of responses.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 17 |
| I. Fase Conceptual | 20 |
| 1. Definição do Tema | 20 |
| 2. Problema de Investigação..... | 21 |
| 3. Questões e Objectivos de Investigação | 21 |
| 4. Revisão Bibliográfica | 22 |
| i. Definição de Conhecimento e Comportamento..... | 23 |
| 5. Sexualidade..... | 23 |
| i. Sexualidade nos Jovens..... | 26 |
| 6. Educação Sexual..... | 27 |
| 7. Complicações na Sexualidade | 31 |
| i. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) | 31 |
| ii. Gravidez Indesejada..... | 35 |
| 8. Planeamento Familiar | 37 |
| i. Métodos Contraceptivos | 38 |
| II. Fase metodológica..... | 42 |
| 1. Desenho de Investigação | 42 |
| 2. Meio..... | 42 |

Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em
Enfermagem, da UFP – FCS, ano lectivo 2010/2011

| | | |
|------|--|----|
| 3. | Tipo de Estudo..... | 43 |
| 4. | Variáveis..... | 43 |
| 5. | Princípios Éticos..... | 44 |
| 6. | População e amostra..... | 45 |
| 7. | Instrumento de Recolha de dados..... | 47 |
| 8. | Tratamento e Apresentação dos Dados..... | 47 |
| III. | Fase empírica..... | 48 |
| 1. | Apresentação e Análise de Dados..... | 48 |
| 2. | Discussão dos Resultados..... | 62 |
| | Conclusão..... | 68 |
| | Anexo..... | |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com a Idade. | 49 |
| Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o Sexo. | 49 |
| Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil. | 49 |
| Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com o Agregado Familiar. | 50 |
| Tabela 5 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Com que facilidade fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais”. | 50 |
| Tabela 6 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Em relação à sua mãe (ou pessoa que a substitui), com que facilidade fala sobre assuntos sexuais”. | 51 |
| Tabela 7 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “A sexualidade”. | 51 |
| Tabela 8 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Considera que a informação que possui sobre sexualidade é”. | 52 |
| Tabela 9 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Onde adquiriu conhecimentos sobre sexualidade”. | 52 |
| Tabela 10 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Com quem esclarece as suas dúvidas sobre sexualidade”. | 53 |
| Tabela 11 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Quanto às necessidades sexuais”. | 54 |
| Tabela 12 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Das afirmações abaixo referidas indique aquela(s) que considere ser infecção | 54 |

sexualmente transmissível”.

Tabela 13 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “O tratamento para infecções sexualmente transmissíveis é melhor se”. 55

Tabela 14 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Actualmente é impossível curar”. 55

Tabela 15 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma doença sexualmente transmissível, quando usam”. 56

Tabela 16 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes indesejadas é”. 56

Tabela 17 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Para usar um preservativo correctamente deve-se”. 57

Tabela 18 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “ A pílula”. 57

Tabela 19 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “No seu percurso escolar, até ao ensino secundário, alguma vez teve aulas de educação sexual”. 58

Tabela 20 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “No ensino superior alguma vez foi abordada a temática da educação sexual”. 58

Tabela 21 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Como considera o papel do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade”. 58

Tabela 22 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Já iniciou a sua vida sexual”. 59

Tabela 23 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Já teve 59

alguma consulta de planeamento familiar”.

Tabela 24 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Nas suas relações sexuais, conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez”. 59

Tabela 25 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Quando tem relações sexuais toma algum cuidado para evitar a gravidez”. 60

Tabela 26 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Qual o cuidado que tem para evitar a gravidez”. 60

Tabela 27 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Conversou também com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis”. 61

Tabela 28 – Distribuição das respostas da amostra de acordo com a questão “Qual o cuidado que teve para evitar infecção sexualmente transmissível”. 61

Índice de Quadro

| | |
|--|---------|
| Quadro 1 - Questões e objectivos de investigação..... | pág. 21 |
|--|---------|

Índice de Siglas e Abreviaturas

APF - Associação para o Planeamento da Família

DGS - Direcção Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

ES – Educação Sexual

FCS - Faculdade Ciências da Saúde

HPV – Papiloma Vírus Humano

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UFP - Universidade Fernando Pessoa

VHI – Vírus imunodeficiência Humana

Introdução

Este projecto de investigação surge, no âmbito do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde, como parte do plano curricular de Projecto de Graduação.

Hoje em dia a investigação assume um papel fundamental para o desenvolvimento de qualquer profissão. A atitude científica é necessária para aprofundar os conhecimentos das várias áreas, em enfermagem, e assim fundamentar cientificamente o trabalho da profissão.

O tema escolhido para este projecto de investigação é: “Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011”.

A escolha deste tema baseou-se na observação de complicações inerentes a uma sexualidade desprotegida através das situações em estágio, por constatação no quotidiano, através dos meios de comunicação social e também por não existirem muitos estudos sobre os conhecimentos e comportamentos sexuais dos jovens.

O sexo existe e os jovens praticam-no, mas quando falamos em Educação Sexual, os jovens parecem não achar um tema fácil, pois as consequências do sexo desprotegido continuam a surgir. Os jovens devem ser ajudados a compreender e a viver a sua sexualidade, para isso é importante que assimilem a informação disponível e adoptam comportamentos saudáveis, para que tenham, dessa forma, uma vida sexual saudável. Ao longo do ciclo de vida, a nossa sexualidade ou o modo como a vivemos vai sendo diferente. Segundo a definição de sexualidade da OMS, a sexualidade integra os conhecimentos, as atitudes, os valores e comportamentos sexuais dos indivíduos. É influenciada por pensamentos, sentimentos, por factores de natureza ética, cultural, moral e espiritual.

Assim surge a seguinte pergunta de partida: Quais os conhecimentos e comportamentos dos alunos do 2º ano da licenciatura de enfermagem da UFP. Para dar resposta a esta pergunta foram delineados os objectivos deste estudo:

1. Identificar os conhecimentos dos alunos do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011, possuem sobre sexualidade.
2. Identificar os comportamentos dos alunos do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011, face à sexualidade.

O método de colheita de dados utilizado é o questionário aplicado aos alunos do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, de ambos os sexos.

A colheita de dados decorreu no mês de Junho de 2011, na Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde. Tendo por base uma metodologia exploratória e descritiva, de carácter quantitativo com a finalidade de identificar os conhecimentos e os comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, face à sexualidade.

Os dados obtidos, através do questionário, foram sujeitos a tratamento e análise através do programa SPSS, versão 17.0 para o Windows.

Após a análise dos resultados, verifica-se que os alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, UFP-FCS, demonstram conhecimentos sobre sexualidade, nomeadamente infecções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, e que esses conhecimentos se reflectem nos comportamentos sexuais saudáveis.

Este Projecto de Graduação é constituído pela fase conceptual onde é explicitado o desenho da investigação, o enquadramento teórico onde serão abordadas as temática

sobre a sexualidade, conhecimentos e comportamentos, complicações na sexualidade; a fase metodológica O segundo momento refere-se à fase metodológica onde são descritos os procedimentos do estudo. Por último, serão apresentados os resultados, efectuando-se a respectiva análise e consequente discussão. Serão ainda tecidas algumas considerações finais assim como sugestões, dando ênfase aos resultados obtidos e considerados mais pertinentes, decorrentes do desenrolar desta investigação.

I. Fase Conceptual

A fase conceptual é a primeira fase do processo de investigação. Nesta fase define-se o tema, o problema de investigação, elabora-se as questões de investigação e os objectivos subjacentes, e faz-se uma revisão bibliográfica sobre a temática, a fim de o investigador reunir informação sucinta, mas pertinente, que serve também de base para a construção do instrumento de recolha de dados.

Assim:

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo. (...) Esta fase de conceptualização reveste-se, portanto, duma grande importância visto que ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força (Fortin, 2003, p. 39).”

1. Definição do Tema

Para definir o tema de investigação é necessário em primeiro lugar “...domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina (Fortin, 2003, p. 39).”

“ (...) a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um “Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Este campo de interesse é habitualmente associado aos estudos empreendidos, a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias ou sociais (Fortin, 2003, p. 49).”

Para este Projecto de Graduação, inserido no 4.º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, o tema escolhido é “Sexualidade: Conhecimentos e Comportamentos dos alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011”.

2. Problema de Investigação

Quando iniciamos uma investigação esta tem,

“...por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (Adebo, 1974. *Cit. in* Fortin, 2003), ou ainda, é um desvio entre a situação actual e a situação tal como deveria ser. (Diers, 1979. *Cit. in* Fortin 2003, p.48).”

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos por que passou, de acordo com as experiências adquiridas principalmente no contacto com os jovens no seu dia-a-dia, com a informação difundida nos meios de comunicação social sobre o aumento do número de infecções sexualmente transmitidas e das gravidezes não planeadas, principalmente na faixa etária dos jovens, surge a preocupação de identificar quais os conhecimentos e quais os comportamentos dos jovens face à sexualidade.

3. Questões e Objectivos de Investigação

Para o presente estudo foram definidas as seguintes questões de investigação e respectivos objectivos representados no Quadro 1:

| Questão de Investigação | Objectivo de Investigação |
|---|---|
| Quais os conhecimentos dos alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre sexualidade? | Identificar os conhecimentos dos alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre sexualidade? |
| Quais os comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP face à sexualidade? | Identificar os comportamentos dos alunos do 2ºano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP face à sexualidade? |

Quadro 1: Questões e objectivos de investigação

De acordo com Fortin (2003, p. 100):

“(…) o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica-se as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo.”

A questão de partida para esta investigação é: Quais os conhecimentos e comportamentos que os alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, do ano lectivo 2010/2011 possuem sobre sexualidade?

Segundo Fortin (2003, p. 51):

“Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”.

4. Revisão Bibliográfica

Rever a bibliografia consiste numa pesquisa, sobre o tema em estudo, com a finalidade de dominar o tema.

Segundo Fortin (2003, p.73):

“(…) rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio de investigação escolhido. (...) A consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio de investigação a estudar, como este exercício lhe permite, também, alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o seu problema de investigação e estabelecer ligações entre o seu projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores. Assim, ao situar-se no conjunto dos estudos anteriores sobre um dado assunto, o investigador não só chegará a uma melhor

delimitação do seu problema de investigação como a uma melhor definição dos conceitos em estudo. (...) Faz ressaltar certos aspectos da questão que necessitarão de um estudo mais profundo.”

i. Definição de Conhecimento e Comportamento

Conhecimento:

“Acto ou efeito de (se) conhecer. O que se conhece. Contacto social entre pessoas”.
(Editores, 2011, p. 184)

Conhecimentos:

“Conjunto de saber sobre uma matéria = cultura, sabedoria (Editores, 2011, p. 184)”.

Comportamento:

“Acto ou efeito de (se) comportar. Conjunto de atitudes ou reacções de alguém ou de algum grupo ou espécie a certos estímulos. Reacção de algo a certas circunstâncias (Editores, 2011, p. 173)”.

5. Sexualidade

O conceito de sexualidade, que existe desde o início da civilização, sofreu grandes alterações até ao conceito de hoje (Antunes, 2007).

O conceito de sexualidade existe desde o início da civilização, no entanto é usado no século XIX, pela primeira vez, no sentido idêntico ao de hoje tendo a “qualidade de ser sexual ou de ter sexo (Foucault, 1994; Giddens, 1996, *Cit. In* Antunes 2007, p.21) ” e começa a ser estudada no campo científico.

Até ao século XIX o conceito de sexualidade encontrava-se inerente à reprodução biológica e:

“...só a partir do século XIX surgem novas abordagens da sexualidade, ligadas a áreas científicas (psicanálise e antropologia) (...) de que resulta o reconhecimento da sexualidade como uma componente importante do desenvolvimento do indivíduo durante toda a vida” (Antunes, 2007, p. 23).

A partir da segunda metade do século XIX dá-se origem à sexologia contemporânea, onde o prazer passa a fazer parte da sexualidade e as relações sexuais deixaram de ser encaradas de intra-conjugais, o que vem permitir uma separação clara entre a sexualidade natural com vista à reprodução e a sexualidade reprodução/prazer (Antunes, 2007).”

Apesar de podermos relacionar sexualidade com reprodução, este não é o único objectivo da sexualidade já que esta “...é motivada pelo comportamento e necessidade de relacionamento íntimo” (...) já que com as várias “...tecnologias reprodutivas essa diferenciação está concluída, dado que a reprodução pode ocorrer sem actividade sexual (Antunes, 2007, p. 22).”

(Giddens 1996, *Cit. In* Antunes, 2007, p.22) refere que:

“a sexualidade é uma construção social operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos que podem ou não encontrar satisfação directa”.

Ou seja, para além da componente biológica da sexualidade, esta passou também a ter uma componente social e psicológica que reflecte as diferentes culturas e as diferentes épocas (Antunes, 2007).

Vários autores defendem que “...as frustrações afectivas e sexuais têm implicações e consequências a vários níveis.” Por exemplo (Giddens 1996, *Cit. In* Vilelas, 2009, p.11) afirma que as frustrações são afectivas e sexuais.

“...aumentam a dependência das telenovelas e de outras histórias românticas e aumentam também a passividade, o desinteresse pelos assuntos públicos e a redução do espírito crítico. Saramago (2000) refere ainda o aumento do consumo acrítico, como mecanismo de compensação e de substituição das frustrações afectivas e sexuais. (Fernandes 2001, *Cit In* Vilelas, 2009) reforça também a importância da sexualidade na vida dos seres humanos, afirmando que esta, quando mal resolvida, aumenta a debilidade orgânica e imunitária ao stress, à depressão e a outras patologias do foro psicológico, e contribui para a alteração dos hábitos alimentares, nomeadamente, o aumento da ingestão de doces (Vilelas, 2009, p. 11,12).”

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

Os agentes de socialização referidos acima, como os grupos de pares, a família e os contextos sociais, intervêm de forma mais invasiva e intencional no processo de desenvolvimento, designadamente na definição de sexualidade. A sexualidade como componente de intimidade será sempre um conjunto de experiências e aprendizagens de vida, positivas e negativas. (Antunes, 2007).

Assim a sexualidade tem vários enfoques (social, psicológico e sócio-cultural) e por esse motivo pode ser definida

“...como a necessidade do Homem, quer para se multiplicar, quer para a realização do corpo e do espírito. O prazer, o sentimento e a procriação são essenciais para descrever a esfera da sexualidade. Isto, implica pensar a sexualidade enquanto constelação de sensações, de emoções e de cognições que, conjuntamente com os estímulos fisiológicos, dão lugar ao desejo e/ou ao comportamento sexual (Rodrigues, 1999; Diamond, 2001, *Cit. In* Vilelas, 2009, p.11).”

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta ainda uma definição de sexualidade que engloba todas as componentes já faladas anteriormente, dizendo que esta é “uma energia que nos leva a procurar afecto, contacto, prazer, ternura e intimidade”. A

sexualidade transmite-se nos nossos pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, como tal, domina a nossa saúde física e mental (Vilelas, 2009, p. 12).”

i. Sexualidade nos Jovens

As diferenças de género continuam a marcar a sexualidade juvenil. Os jovens cada vez mais iniciam a sua actividade sexual mais cedo. Actualmente a sociedade é cada vez mais permissiva, mas o sistema educativo e o sistema de saúde, não aceitam que os jovens possam ser sexualmente activos. (Roque, 2001).

O facto do precoce comportamento sexual dos jovens não ser aceite pela sociedade faz com que o mesmo seja considerado como clandestino e como tal os jovens estão mais sujeitos a adquirirem comportamentos de risco face à sua sexualidade (Roque, 2001).

López e Oroz (*Cit. In* Roque, 2001) consideram que a adolescência e a juventude se convertem em grupos de risco, em dois grandes sentidos: pela possibilidade de terem experiências inadequadas sexual e relacionalmente; pelos riscos de uma gravidez não desejada e pelo risco de contágio de infecções sexualmente transmissíveis.

“o resultado é que os jovens constituem hoje um grupo de alto risco no que se refere aos comportamentos sexuais mas “se o sexo traz consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio (Foucaul 1994, *Cit. In*: Roque, 2001. P.27).”

A sexualidade tem aspectos bons e aspectos maus, uns são inevitáveis e outros não. Os primeiros dizem respeito aos afectos e àquilo que se espera do outro, às relações que correm menos bem. Depois, temos os aspectos evitáveis tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Frade et al., 2001, p. 12 e 13).

6. Educação Sexual

A Educação Sexual (ES) é o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objectivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções. (Sampaio et al, 2005)

A ES para os jovens tem como objectivo conseguir uma melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais, ao mesmo tempo que pretende reduzir as possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis. Deve contribuir para a tomada de decisões na área da sexualidade ao longo do ciclo de vida.

Inicialmente a Educação Sexual surge como uma “...reação ao conservadorismo moral e ao silêncio a que as questões sexuais estavam votadas neste modelo moral...” e era “... desnecessário...” e até “...indesejável...” que os profissionais se debruçassem sobre esta área. Entendia-se que a Sexualidade devia ser aprendida “...na própria vida e nas interacções amorosas” (Vilar, 2005, p. 8).

A informação sobre a sexualidade é uma vertente importante, mas não é suficiente.

Para que os programas sejam eficazes é necessário que os jovens possam adquirir competências idênticas às que necessitam ao longo da sua vida, a capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões, de discutir e compreender as diversas perspectivas morais e sociais da sexualidade, numa posição de respeito pelas diferenças culturais.

“A educação sexual explícita foi esquecida ou dos jovens tem sido silenciada. A maioria é preparada para a vida sexual adulta, pela ignorância, pela auto-formação

através de leituras da Crónica Feminina em voga na sua época ou pela permuta de experiencias no seu grupo de pares, igualmente não formados” (Roque, 2001, p. 22).

Mais tarde a Educação Sexual é vista numa “...perspectiva de saúde, como um factor de prevenção das doenças” (Vilar, 2005, p. 8).

Hoje em dia podemos verificar que existem múltiplas fontes de informação, sobre sexualidade, tais como os *mass media*. Estes

“...são uma fonte importante de informação para os jovens, mas bombardeiam os rapazes e raparigas com imagens de corpos perfeitos, com sucesso económico, social e sexual, passando mensagens pouco realistas que podem provocar angústias enquanto que negligenciam a comunicação e o apego (Roque, 2001, p. 22).”

O impacto da informação difundida nos *mass media* tem vindo a crescer, nomeadamente através da televisão, das revistas de grande circulação e mais recentemente através da *internet* e da comunicação digital. Os *mass media* divulgam de forma extraordinariamente veloz novas ideias, mensagens e valores e, aqueles que se destinam a públicos jovens, integraram crescentemente temas de natureza sexual (Vilar, 2009).

Verifica-se também, um processo de mudança e reflexividade social e as próprias famílias passaram a falar de temas de natureza sexual, pois são confrontadas com mensagens sobre sexualidade que outros agentes (*mass media*, amigos) transportam para este contexto de comunicação. Assim sendo, podemos supor que se alteraram também os contextos de socialização familiar.

Assim sendo a Educação Sexual deixa de ser encarada como um tabu, vivendo hoje

“...uma época de permissividade em matéria de normas de moral sexual e, portanto, a Educação Sexual informal e espontânea é actualmente mais fácil e fluente” (Reiss, 1990, *Cit. In* Vilar, 2005, p. 9).

Em simultâneo, o Estado integrou a sexualidade nas suas políticas de saúde, de educação e de juventude pressionado por problemas emergentes relacionados com esta esfera, dos quais o que teve mais impacto foi a SIDA (mais do que a gravidez na adolescência). Os jovens puderam aceder a acções de informação/educação realizadas por profissionais, seja em contexto de sala de aula, seja noutros contextos de aprendizagem formal.

“O meio escolar é teoricamente um espaço privilegiado para a educação e formação científica, técnica e sociocultural dos jovens. Por esse motivo deve-se integrar a Educação Sexual nos planos curriculares e dar importância “...às relações afectivo-sexuais, promover o conhecimento do corpo, uma auto-imagem positiva, o conhecimento da correcta utilização dos métodos contraceptivos e a corresponsabilidade dos parceiros (Roque, 2001, p. 27).”

Para um melhor esclarecimento do que deverá ser a Educação Sexual nas escolas podemos citar o Artigo 2.º relativo à Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, o qual define as finalidades da Educação Sexual como:

- a) A valorização da sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis;
- e) A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexual;

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

Posteriormente, foi regulamentada a Educação Sexual, pela Portaria 196/A 2010.

“No entanto, e porque a educação sexual é ainda uma área de inovação, continua ainda muitas vezes a ser difícil dar o primeiro passo. E assim, continuamos a achar actual, e por isso retomamos, o que dissemos há nove anos, sobre o fácil e o difícil da educação sexual.” (...) (Frade et al., 2001, p.31)

Assim, os profissionais de saúde, no campo de acção das actividades de Educação para a Saúde e da Saúde Escolar estão também compreendidos na Educação Sexual e serão crescentemente solicitados a colaborar com as escolas na realização de acções sobre Educação e Saúde Sexual (Frade et al., 2001).

Sendo o tema da Educação Sexual um aspecto importante na vida dos jovens cada educador não se pode reger pelas suas linhas orientadoras daquilo que pensa que deve ser, tal como refere Frade et al. (2001, p.31)

“a Educação Sexual não pode ser nem uma área onde cada educador se limita às suas opiniões, nem uma área em que o professor transmite aos alunos os seus conhecimentos «livrescos» sobre a sexualidade”.

7. Complicações na Sexualidade

A promoção da saúde sexual deve reflectir e estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana. (Prazeres, 1998; Sampaio, 2006).No entanto comportamentos de risco podem levar a complicações na sexualidade, algumas delas irreversíveis. De seguida serão explanadas algumas das complicações da sexualidade.

i. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

Podemos definir Infecções Sexualmente Transmissíveis como

“Infecções que se transmitem através de algum tipo de contacto sexual. Estas infecções são causadas por organismos que vivem nas membranas mucosas e macias do corpo humano, tais como: boca, órgãos genitais e recto (Suplicy, 1995, p. 139).”

Em Portugal, por vários motivos, o número e casos de IST não é conhecido. Os dados disponíveis, na Direcção Geral da Saúde parecem indicar que a maior incidência das IST se verifica no Homem entre os 25 anos e 44 anos. (DGS, 2000)

Segundo a Associação para o Planeamento da Família (APF), as ISTs mais conhecidas são: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Gonorreia, Sífilis, Herpes Genital, Hepatite B e Papiloma vírus humano (HPV) (APF, 2011).

De seguida abordamos as ISTs acima referidas com mais pormenor.

- **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**

SIDA é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) o qual penetra nas células de defesa do organismo, provocando uma diminuição da capacidade imunológica (Suplicy, 1995, p. 141).

A contracção do VIH pode ser feita por três vias principais: “Por relações heterossexuais e homossexuais masculinas; “Por transfusão sanguínea ou seus derivados (transfusões, utilização de agulhas contaminadas, acidentes por picada de material contaminado) e por transplante de órgãos; “Por transmissão materno fetal (transplacentária, durante o parto ou pelo aleitamento). (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003, p. 162)”

“A expressão SIDA traduz o estágio evolutivo mais avançado da doença, com manifestações gerais exuberantes (emagrecimento acentuado, mau estado geral, caquexia) e resultantes de infecções oportunistas e de neoplasias.” (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003, p. 163)

O contágio é possível evitar, através da prática de sexo seguro e de comportamentos sexualmente responsáveis. É importante haver programas educativos e sensibilização para a importância do uso do preservativo, sendo a forma mais eficaz de prevenção. No caso de se usar drogas, nunca se deve partilhar uma seringa, estas devem ser descartáveis e de uso único (APF, 2011).

- **Gonorreia**

Gonorreia é causada por uma bactéria (*Neisseria gonorrhoeae*) (APF, 2011).

Na Europa tem-se verificado, a resistência aos antibióticos da *N. gonorrhoeae*. (DGS, 2000)

A principal via de transmissão é através do contacto sexual, no entanto pode também ser transmitida de mãe para filho durante o parto (APF, 2011).

Esta infecção provoca, principalmente, inflamação do aparelho genital feminino, mas também pode afectar o pénis, a uretra, ânus e garganta (APF, 2011).

Na maioria das vezes esta infecção é assintomática, no entanto quando existem sintomas, estes podem ser: Na mulher: febre, dor ao urinar, corrimento de cor amarelado; No homem: dor ou ardor ao urinar, corrimento do pénis semelhante a pus.

A infecção quando não tratada pode causar graves problemas de saúde, como infertilidade ou gravidez ectópica (APF, 2011).

- **Sífilis**

É uma doença infecciosa causada por uma bactéria, *Traponema pálida*. (DGS, 2000)

O contágio é possível através de sexo oral, anal e vaginal. (APF, 2011)

Segundo a APF (2011) esta infecção é caracterizada por três estádios de doença e os sintomas variam consoante o estádio. Primeiro estádio: onde há aparecimento de uma pequena ferida nos órgãos genitais, boca, mama ou no ânus mas os sintomas não são evidentes; o Segundo estádio: onde já existe lesão, provoca mialgias, fadiga e perda de peso; e o Terceiro estádio: se não tratada pode provocar danos graves no sistema nervoso. (APF, 2011).

O preservativo é o método contraceptivo mais eficaz, evitando o contacto de secreções sexuais (APF, 2011).

- **Herpes Genital**

O herpes genital pode ser causado por dois tipos de vírus, o simplex do tipo 1 e mais frequentemente pelo simplex do tipo 2 (APF, 2011).

Os meios de transmissão são a penetração vaginal, o sexo oral e o sexo anal. Apesar de estas serem as principais formas de contágio o vírus também se pode transmitir através de beijos e carícias nas zonas afectadas (APF, 2011).

A sintomatologia inclui o aparecimento de lesões e bolhas na área genital, simultaneamente com dor, prurido e ardor ao urinar (APF, 2011).

Quanto ao tratamento da doença podemos afirmar que este é apenas sintomático e por isso o aparecimento dos sintomas é recorrente. Não existe cura.(APF, 2011).

- **Hepatite B**

A hepatite B é uma doença causada por um vírus (VHB) que provoca infecção no fígado (APF, 2011).

É uma doença extremamente contagiosa, e as suas principais vias de transmissão são através do contacto com esperma, as secreções vaginais, o sangue, a urina, a saliva e o leite materno (APF, 2011).

Para a prevenção da infecção, é importante evitar comportamentos considerados de risco, tais como, prática de sexo oral e vaginal sem preservativo, sendo que este é o método contraceptivo mais eficaz na prevenção da infecção (APF, 2011).

- **Vírus do Papiloma Humano (HPV)**

Existem vários tipos de vírus HPV, uns afectam a zona anogenital e outros afectam outras áreas como os pés e as mãos (DGS, 2005).

Aqueles que afectam a área anogenital podem ser transmitidos por sexo vaginal, oral ou anal ou pelo contacto com a pele entre pessoas em que pelo menos uma esteja infectada.

Actualmente foi inserida no plano de vacinação, as vacinas para o HPV. Existem duas vacinas ambas protegem para o tipo 16 e 18 e uma delas protege ainda para o 6 e 11. Os primeiros tipos, 16 e 18, são os responsáveis pelo aparecimento da maioria dos casos de cancro e os restantes pelo aparecimento de verrugas anogenitais (DGS, 2005).

“A prática de sexo seguro, com recurso ao preservativo e a redução do número de parceiros, pode ajudar a reduzir as possibilidades de ter infecção persistente por HPV assim como qualquer outra infecção de transmissão sexual (DGS, 2005).”

O teste citológico de rotina – Papanicolau – pelo menos uma vez por ano, é a ferramenta mais importante de rastreio. (DGS, 2005).

ii. Gravidez Indesejada

A gravidez indesejada nos jovens é um problema com características bio-psico-sociais, sendo que altera o ciclo vital considerado habitual, ou seja, a gravidez é precoce e não acontece numa altura em que os jovens estejam preparados (Roque, 2001), quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico para as jovens e tem também muitas repercussões a nível social.

A gravidez não desejada é uma consequência de comportamentos de risco na sexualidade e por isso deve ser tida em conta pelos “...educadores em geral e profissionais ligados à educação sexual, em especial (Roque, 2001, p. 23).”

Assim a Educação Sexual deve fornecer “...informação lateral à sexualidade tal como a anatomia e a reprodução, valorizando os aspectos biológicos em detrimento da área emocional da sexualidade (Roque, 2001, p. 23)”.

“O risco de gravidez não desejada afecta sobretudo as mulheres e é, sem dúvida, um dos principais problemas na sexualidade juvenil (Roque, 2001, p. 17)”.

“Portugal é o país da União Europeia com maior número de mães jovens (Roque, 2001, p. 38)”.

“A gravidez precoce acarreta situações de grande ansiedade, riscos para a saúde física tanto da mãe como do bebé, problemas da ordem social e cultural, mas não só. Entre os fenómenos correlacionados com a baixa idade materna que concorrem para desfechos como o atraso de crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer, hipertensão induzida pela gravidez, salienta-se a imaturidade fisiológica materna e a competição materno-fetal de nutrientes. A prevenção deve situar-se essencialmente na educação e não no recurso ao aborto provocado”.

São vários os factores sócio-económicos que podem influenciar comportamentos de risco, que pode ter como consequência, a gravidez não desejada. A má utilização dos métodos contraceptivos; a falta de boa informação em relação à sexualidade e contracepção; a falta de habilidades sociais e de solução de problemas e a falta de habilidades de comunicação, para poder falar sobre o tema com o parceiro e até com o profissional de saúde, poderão ser considerados factores potenciadores a uma gravidez não planeada. (Roque, 2001)

8. Planeamento Familiar

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS) o planeamento familiar surge no âmbito da prestação de cuidados na área da saúde reprodutiva e por isso esta consulta engloba: (DGS, 2008): informação e aconselhamento sexual; prevenção e diagnóstico precoce das ISTs; prevenção e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e da mama; prestação de cuidados pré-concepcionais e de cuidados no puerpério.

As consultas de planeamento familiar deverão ser efectuadas em equipa multidisciplinar e devem assegurar (DGS, 2008): atendimento imediato nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique; encaminhamento adequado para uma consulta a efectivar no prazo máximo de quinze dias, ponderado o grau de urgência;

A DGS sublinha ainda que os jovens são “...alvos prioritários das actividades de planeamento familiar...” e por este motivo o acesso destes deve ser facilitado através de horários flexíveis; isenção de taxas moderadoras e acesso facilitado sem barreiras. Deve ser facilitado também o acesso às consultas de planeamento familiar de jovens do sexo masculino. (DGS, 2008)

O enfermeiro tem um papel preponderante no atendimento dos jovens e no acesso às consultas de planeamento familiar. Como anteriormente referido, preferencialmente estas consultas devem ser realizadas em equipa (médico, enfermeiro), mas em todas as oportunidades de consulta – de vigilância de saúde infanto-juvenil, de saúde de adulto, de saúde materna, o enfermeiro tem um contacto privilegiado para transmitir informação/formação sobre educação sexual, dotando-os de conhecimentos para modificar comportamentos.

O desenvolvimento de projectos de promoção de saúde no âmbito da Educação Sexual em meio escolar é outra área fundamental de intervenção dos enfermeiros. Compete ao profissional de saúde – enfermeiro – em parceria com os professores desenvolverem projectos de formação nesta temática. Mas para que estes projectos de educação sexual

sejam eficazes é necessário que sejam implementados de forma sistemática, continuada, que estejam de acordo com as necessidades identificadas, sejam de acordo com os interesses dos jovens, que são os principais actores deste processo formativo. Em consequência desta continuidade dos projectos de intervenção e para que não fossem apenas intervenções isoladas no âmbito da sexualidade, surgiu em 2009 a lei nº60/2009 (anteriormente referenciada) que estabelece o regime de aplicação de educação sexual em meio escolar e define a carga horária dedicada à educação sexual por nível de ensino e por turma e em que os serviços de saúde são os parceiros privilegiados para a operacionalização destes projectos.

i. Métodos Contraceptivos

A contracepção moderna é aceite e praticada de forma generalizada pela população no país.

“ (...) a utilização de métodos contraceptivos é um dos instrumentos fundamentais de que os indivíduos dispõem para desenharem a sua biografia afectiva e sexual, ou que os casais têm para controlarem a fecundidade e a dimensão da descendência, consoante as suas expectativas e possibilidades (Vilar et al, 2004, p. 31).”

O uso de um método contraceptivo requer no mínimo, os seguintes pressupostos: conhecer os métodos contraceptivos; prever a possibilidade de ter uma relação sexual; adquirir o método contraceptivo; falar com a/o parceira/o acerca do assunto; utilizar o método de forma consistente e efectiva. Qualquer barreira social, pessoal ou relacional que interfira com algum dos aspectos acima referidos, conduzirá à utilização inconsistente ou mesmo à má utilização de um método contraceptivo eficaz. (DGS, 2008)

Assim, entre as características pessoais e/ou relacionais relacionadas à má utilização dos métodos contraceptivos, podem-se diferenciar as seguintes: ausência de uma boa formação acerca da sexualidade e da contraceção; não se reconhecer como sexualmente activo, ou seja, não aceitar a própria sexualidade e a responsabilidade que deriva da relação sexual; não ter uma orientação clara relativamente ao futuro, não haja planos; ter atitudes negativas em relação à sexualidade e contraceção; ter sentimentos de culpa no que respeita à actividade sexual ou à utilização de métodos contraceptivos; não ter fácil acesso às consultas de planeamento familiar, quer por determinadas barreiras, quer por desconhecimento; não ter suficientes habilidades sociais e de solução de problemas, o que conduz a que não saiba como informar-se, onde dirigir-se, quais as várias possibilidades para adquirir um método contraceptivo; não ter habilidades de comunicação adequadas para poder falar de forma efectiva sobre o tema com o parceiro. (Roque, 2001)

Os métodos anticoncepcionais ou contraceptivos podem ser classificados em: **métodos naturais**; **métodos barreira (química e mecânica)** (preservativo, diafragma, DIU, espermicidas); **método hormonais** (pílulas combinadas, minipílulas, injectáveis, implantes, anel vaginal, adesivos); **método cirúrgico** (laqueação das trompas, vasectomia) e o **método tradicional** (coito interrompido). (Carvalho, 1990)

De seguida abordamos em mais pormenor os métodos contraceptivos acima referidos.

- **Método Tradicional por Coito Interrompido**

Consiste na interrupção da relação sexual, sendo a ejaculação do sémen efectuada externamente.

Não existem contra indicações. (Carvalho, 1990).

- **Método Barreira**

Métodos de barreira são os métodos que impedem o contacto de fluidos sexuais.

- ***Preservativo Masculino***

Evita a gravidez e diminui o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis. A sua eficácia depende da utilização correcta e sistemática. São várias as vantagens do uso do preservativo como: ser gratuito; fácil utilização; ausência de efeitos sistémicos; fácil colocação. São referidas como desvantagens: a sua colocação que influencia no momento sexual; diminuição da sensibilidade; possibilidade de romper; ter que ser retirado logo após a ejaculação (DGS, 2008).

- ***Diafragma***

Trata-se de um dispositivo em látex de forma côncava, que é colocado no fundo vaginal cobrindo o colo uterino. Deve ser colocado antes da relação sexual até 24h antes e retirado 8h após. Tem como desvantagens: difícil utilização; difícil aquisição (DGS, 2008). Este método não se encontra disponível em Portugal.

- ***DIU***

É um dispositivo em plástico que é colocado na cavidade uterina, e muito eficaz, reversível e tem longa duração (até 10anos). Tem como contra indicações: nuliparidade; infecção pélvica ou vaginal (DGS, 2008).

- **Métodos Hormonais**

Os métodos hormonais têm na sua constituição hormonas sintéticas semelhantes às produzidas no organismo humano como são o estrogénio e progesterona sintéticos que

inibem a ovulação, provocam a atrofia do endométrio e o espessamento do muco cervical (DGS, 2008).

➤ ***Pílula Combinada***

Segundo a DGS (2008) tem como vantagens: Elevada eficácia contraceptiva; Segura; reversível; gratuita; não interfere com a relação sexual. Desvantagens: não protege contra ISTs; exige um empenho da mulher na toma diária; Risco de tromboflebitis e hipertensão arterial.

➤ ***Anel Vaginal***

Evita a ovulação através de libertação de hormonas. É colocado uma vez por mês e diariamente liberta a dose hormonal necessária (DGS, 2008).

Segundo a DGS (2008) tem como vantagens: utilização prática; após suspensão do método; retorno da fertilidade imediato. Desvantagens: não ser gratuito; ser caro; não ser indicado para mulheres com mais de 35 anos.

➤ ***Implante***

Trata-se de um bastonete de vinil-acetato. É libertado progestativo lentamente, o efeito contraceptivo tem a duração de 3 anos (DGS, 2008).

Segunda a DGS (2008), tem como vantagens: efeito de longa duração, não exige compromisso diário da mulher; pode ser usado em qualquer idade; não interfere com o aleitamento. Desvantagens: há um ligeiro aumento de peso corporal; é dispendioso.

II. Fase metodológica

A fase metodológica é a segunda fase do processo de investigação. Após a conclusão da fase conceptual, define-se o desenho de investigação, o meio onde ocorre o estudo, o tipo de estudo, as variáveis envolvidas, os princípios éticos subjacentes a uma investigação, caracteriza-se a população e a amostra e, por fim, constrói-se o instrumento de recolha de dados mais adequado ao estudo.

Segundo Fortin (2003), no decorrer desta fase, o investigador irá definir qual a metodologia a seguir para obter respostas às hipóteses que formulou. É importante escolher um desenho adequado/ajustado ao que nos propomos fazer, seja a descrição de um fenómeno, verificação de hipóteses ou averiguar eventuais associações e diferenças. O investigador define a população alvo (e a amostra), bem como os instrumentos metodológicos mais indicados para a recolha de dados. Para garantir a qualidade e fiabilidade dos resultados é fulcral validar os instrumentos da metodologia aplicada.

1. Desenho de Investigação

Segundo Fortin (2003, p. 40), “o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação.”

Segundo Fortin (2003), para o estabelecimento de um desenho de investigação, os principais elementos são o ou os meios onde o estudo será realizado; selecção dos sujeitos, o tamanho da amostra; tipo de estudo; instrumento de colheita de dados e o tratamento de dados.

2. Meio

O meio onde ocorre a investigação é em meio natural, pois pretende-se estudar os conhecimentos e comportamentos dos alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em

Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011 face à sexualidade, portanto, serão aplicados questionários a estes mesmos alunos dentro das instalações da UFP.

Segundo Fortin (2003), Estudos em meio natural, são aqueles que se efectuam em qualquer lugar, excluindo os lugares altamente controlados, como os laboratórios.

3. Tipo de Estudo

O tipo de estudo é descritivo simples, transversal e obedece a uma metodologia quantitativa. Segundo Fortin (2003, p. 163):

“o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

A autora acima referida afirma também que:

“A medida quantitativa consiste em atribuir valores numéricos aos objectos ou acontecimentos segundo certas regras de medida ou de correspondência. A regra de medida determina tanto, quantidades como graus, graduações ou ainda a extensão das observações.” (Fortin, 2003, p. 221)

4. Variáveis

Variáveis de atributo são, segundo Fortin (2003, p.36): “ (...) as características de um sujeito num estudo. Estas geralmente são variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimento, etnia, etc.”

Neste estudo, as variáveis atributo são: idade, sexo, estado civil.

São consideradas variáveis de investigação os conhecimentos e os comportamentos dos alunos do 2º ano face à sexualidade

5. Princípios Éticos

Qualquer trabalho de investigação levantar questões éticas, por isso é sempre necessário, em qualquer trabalho assegurar os direitos e liberdade dos sujeitos que participam no estudo.

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tornar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.” (Fortin, 2003, p. 116)

Os princípios éticos para a investigação preconizados pelos códigos de ética são cinco (Fortin, 2003):

- **O direito à autodeterminação** – “ (...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. (...) potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação” (p.116); durante a recolha de dados junto da amostra, foi respeitado este direito ético, pois cada participante foi livre de escolher participar, ou não, neste estudo de investigação.
- **O direito à intimidade** – “Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão da vida pessoal dos sujeitos. O investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida.” (p. 116); as questões colocadas através de questionário foram apenas utilizadas nesta investigação e, para além do investigador, nenhuma outra pessoa teve acesso às respostas dadas pelos elementos da amostra.
- **O direito ao anonimato e à confidencialidade** – “ (...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo

pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.” (p. 117); este direito foi respeitado, as questões colocadas através do questionário são direccionadas apenas para dar resposta às questões e objectivos do estudo. Na primeira página do questionário consta um aviso para os elementos da amostra que participaram no estudo não colocarem informação que possa ser reveladora da sua identidade.

- **O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo** – “corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (p. 118); toda a informação deste questionário é confidencial.
- **O direito a um tratamento justo e equitativo** – “Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo (Polit e Hungler, 1995). O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” (p.119); este direito foi respeitado, os elementos da amostra foram seleccionados de acordo com os objectivos do estudo, todos os elementos que participaram neste estudo foram informados igualmente sobre o tema do estudo, sobre os objectivos do estudo e sobre o método de colheita de dados.

6. População e amostra

A população em estudo é, segundo Fortin (2003): Um conjunto de elementos ou pessoas que tem características comuns, definidas por um conjunto de critérios, esta é chamada de população alvo.

“A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador.” (Fortin 2003, p.202)

Neste estudo, a população alvo e a população acessível são coincidentes, sendo os alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, do ano lectivo 2010/2011.

A amostra, segundo a autora acima referida:

“é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica uma miniatura da população alvo. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.” (Fortin, 2003, p. 202)

Neste projecto de investigação, a amostra são 30 alunos do 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011.

O método de amostragem é não probabilístico accidental, sendo definido por Fortin (2003, p. 208) como:

“ (...) a amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. (...) A amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...). O emprego de uma amostra accidental é mais difícil de conceber nos estudos visando verificar hipóteses do que nos estudos exploratórios, nos quais se tem como finalidade a generalização dos resultados.”

7. Instrumento de Recolha de dados

O método de recolha de dados escolhido para este estudo é o questionário, que se encontra em anexo.

Segundo Fortin (2003, p. 249):

“ (...) um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos.”

O questionário elaborado para este estudo encontra-se dividido em três partes. A Parte I é constituída por questões que caracterizam a amostra. A Parte II é relativa ao primeiro objectivo. A Parte III do questionário, refere-se ao segundo objectivo de investigação.

O pré-teste foi realizado a 10% dos elementos da amostra, no dia 27 de Junho de 2011. Não foi necessário realizar alterações ao questionário.

Os questionários foram aplicados no dia 28 de Junho de 2011.

8. Tratamento e Apresentação dos Dados

O tratamento dos dados obtidos através do instrumento de recolha de dados foi elaborado com o programa informático SPSS versão 17 para o Windows. Neste estudo foram utilizadas as variáveis estatísticas frequência, percentagem, mínimo, máximo, média, desvio padrão e variância.

III. Fase empírica

1. Apresentação e Análise de Dados

Caracterização da Amostra

| | n | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | Variância |
|-------|----|--------|--------|-------|---------------|-----------|
| Idade | 30 | 19 | 38 | 23 | 4,8 | 22,3 |

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com a Idade

Na Tabela 1, podemos observar que, no que respeita às idades da amostra, o indivíduo com menor idade tem 19 anos e o indivíduo com maior idade tem 38 anos. Com a média de idade e desvio padrão de $23 \pm 4,8$. Variância de 33,3.

| Sexo | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino | 9 | 30,0% |
| Feminino | 21 | 70,0% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o Sexo

A Tabela 2 mostra-nos a distribuição da amostra de acordo com o sexo, observando-se que 70% da amostra é “do sexo Feminino” e 30% é “do sexo Masculino”.

| Estado Civil | Frequência | Percentagem |
|---------------|------------|---------------|
| Solteiro(a) | 28 | 93,3% |
| Divorciado(a) | 2 | 6,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o Estado Civil

Na Tabela 3, podemos observar que, no que respeita ao estado civil da amostra, 93,3% é “solteiro(a)”, e 6,7% da amostra é “divorciado(a).”

| Agregado Familiar | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|-------------------|--------------------|
| Pai, Mãe e irmão(s) | 14 | 46,7% |
| Só com a mãe | 3 | 10,0% |
| Só com o Pai | 2 | 6,7% |
| Amigos(as) | 3 | 10,0% |
| Sozinho(a) | 8 | 26,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com o Agregado Familiar.

Na Tabela 4, podemos observar que, no que diz respeito ao agregado familiar, 46,7% “vive com o Pai, Mãe e Irmão(s)”, 26,7% “vive sozinho(a)”, 10% “vive só com a mãe”, 10% “vive com amigos(a)” e 6,7% “vive só com o pai.”

Apresentação do Dados

| Facilidade com que fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Falo com facilidade sobre todos os assuntos | 7 | 23,3% |
| Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não | 10 | 33,3% |
| Não falamos muito sobre esses assuntos | 6 | 20,0% |
| Quase nunca falamos sobre isso | 7 | 23,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 5 – Distribuição das respostas relativamente à questão “Com que facilidade fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais?”

Na Tabela 5, podemos observar, que 33,3% da amostra que respondeu à questão “Com que facilidade fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais?” escolheu a opção “fala, com o seu pai (ou a pessoa que o substitui), com facilidade

sobre certos assuntos, mas outros não”, 23,3% da amostra escolheu a opção “fala com facilidade sobre todos assuntos, com o seu pai”, 23,3% escolheu a opção “quase nunca fala sobre isso com o pai” e 20% da amostra escolheu a opção “não fala sobre esses assuntos com o pai.”

| Facilidade com que fala com a sua mãe (ou pessoa que a substitui) sobre assuntos sexuais | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Falo com facilidade sobre todos os assuntos | 14 | 46,7% |
| Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não | 10 | 33,3% |
| Não falamos muito sobre esses assuntos | 4 | 13,3% |
| Quase nunca falamos sobre isso | 2 | 6,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 6 – Distribuição das respostas relativamente à questão “Em relação à sua mãe (ou pessoa que a substitui), com que facilidade fala sobre assuntos sexuais?”

Na Tabela 6, podemos observar, que 46,7% da amostra que respondeu à questão “Em relação à sua mãe (ou pessoa que a substitui), com que facilidade fala sobre assuntos sexuais?” escolheu a opção “fala com facilidade sobre todos os assuntos”, 33,3% da amostra escolheu a opção “fala com a sua mãe (ou pessoa que a substitui) com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não”, 13,3% escolheu opção “não fala sobre esses assuntos, com a mãe” e 6,7% amostra escolheu a opção “quase nunca fala sobre isso com a mãe”.

| A sexualidade | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Na mulher começa na puberdade e termina após a menopausa | 1 | 3,3% |
| Nos rapazes começa a partir da puberdade | 1 | 3,3% |
| Está presente em todas as fases de vida do ser humano | 21 | 70,0% |
| Todas as respostas anteriores | 7 | 23,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 7 – Distribuição das respostas relativamente à questão “A sexualidade”.

Na Tabela 7, podemos observar que 70,0% da amostra que respondeu à questão “ A sexualidade:” escolheu a opção “está presente em todas as fases da vida do ser humano”, 23,3% da amostra escolheu a opção “todas as anteriores”, 3,3% escolheu a opção “na mulher começa na puberdade e termina após a menopausa” e 3,3% escolheu a opção “nos rapazes começa a partir da puberdade”.

| Informação que possui sobre sexualidade é | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Muito Boa | 8 | 26,7% |
| Boa | 20 | 66,7% |
| Suficiente | 2 | 6,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 8 – Distribuição das respostas relativamente à questão “Considera que a informação que possui sobre sexualidade é:”

Na Tabela 8, podemos observar que 66,7% da amostra que respondeu à questão sobre “como considera a informação que possui sobre sexualidade”, escolheu a opção “boa”, 26,7% escolheu a opção “muito boa” e 6,7% escolheu a opção “suficiente”.

| Onde adquiriu conhecimentos sobre sexualidade | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Amigos | 20 | 16,4% |
| Enfermeiro | 13 | 10,7% |
| Familiares | 20 | 16,4% |
| Livros | 11 | 9,0% |
| Médico | 6 | 4,9% |
| Panfletos | 6 | 4,9% |
| Professor | 10 | 8,2% |
| Televisão | 15 | 12,3% |
| Internet | 19 | 15,6% |
| Outros | 2 | 1,6% |

Tabela 9 – Distribuição das respostas relativamente à questão “onde adquiriu conhecimentos sobre sexualidade:”

Na Tabela 9, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que as opções “amigos” e “familiares” foram as opções mais assinaladas com 16,4%, a seguir foi a opção “internet” com 15,6% de respostas. A opção “enfermeiro” obteve 10,7% das respostas, a opção “televisão” obteve 12,3%. A opção “livros” obteve 9,0% de respostas. As opções “médico” e “panfletos” obtiveram 4,9% de respostas. A opção “professor” obteve 8,2% das respostas. A opção menos assinalada com 1,6% “outros”. Ao assinalar esta opção, poderiam ter efectuado uma resposta aberta, no entanto nenhum respondente respondeu a esta questão.

| Com quem esclarece as suas dúvidas sobre sexualidade | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Amigo (a) | 21 | 27,6% |
| Enfermeiro | 9 | 11,8% |
| Mãe | 13 | 17,1% |
| Médico | 13 | 17,1% |
| Namorado (a) | 12 | 15,8% |
| Pai | 5 | 6,6% |
| Professor | 1 | 1,3% |
| Outro | 2 | 2,6% |

Tabela 10 – Distribuição das respostas relativamente à questão “Com quem esclarece as suas dúvidas sobre sexualidade?”

Na Tabela 10, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que a opção “amigo(a)” foi a mais assinalada com 27,6%, a seguir foram as opções “mãe” e “médico” com 17,1% de respostas. 11,8% assinalaram a opção “enfermeiro” como resposta. A opção “namorado(a)” obteve 15,8% das respostas, a opção “pai” com 6,6% de respostas. A opção “professor” obteve 1,3% das respostas e a opção “outros” com 2,6%.

| Necessidades sexuais | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Os homens têm muito mais necessidades que as mulheres | 4 | 12,5% |
| Os homens têm um pouco mais necessidade | 2 | 6,3% |
| Depende de cada homem e cada mulher | 25 | 78,1% |
| As mulheres têm muito mais necessidades que os homens | 1 | 3,1% |

Tabela 11 – Distribuição das respostas relativamente à questão “ Quanto às necessidades sexuais:”

Na Tabela 11, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que a opção “Depende de cada homem e de cada mulher” foi a mais assinalada com 78,1% de respostas. Com 12,5% foi a opção “os homens têm muito mais necessidades que as mulheres”, a seguir com 6,3% foi a opção “homens têm um pouco mais necessidade”. A opção “as mulheres têm muito mais necessidades que os homens”, obteve 3,1% das respostas.

| Infecção sexualmente transmissível | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| SIDA | 29 | 18,4% |
| Hepatite B | 22 | 13,9% |
| Gonorreia | 26 | 16,5% |
| Herpes Genital | 29 | 18,4% |
| Sífilis | 28 | 17,7% |
| Rubéola | 5 | 3,2% |
| HPV (Papiloma Vírus Humano) | 19 | 12,0% |

Tabela 12 – Distribuição das respostas relativamente á questão “Das afirmações abaixo referidas indique aquela(s) que considere ser infecção sexualmente transmissível:”

Na Tabela 12, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que as opções “SIDA” e “herpes genital” foram as opções mais assinaladas com 18,4%, a seguir foi a opção “sífilis” com 17,7% de respostas. A opção “gonorreia” obteve 16,5% das respostas, em seguida com “13,9% das respostas opção “hepatite B”. A opção “HPV (papiloma vírus humano) ” obteve 12,0% de respostas. A opção “rubéola” obteve 3,2% das respostas.

| O tratamento para infecções sexualmente transmissíveis é melhor se | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo | 26 | 86,7% |
| Só o parceiro com sintomas for ao médico | 0 | 0% |
| As pessoas tomarem os medicamentos só até ao desaparecimento dos sintomas | 0 | 0% |
| Todas as respostas anteriores | 4 | 13,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 13 – Distribuição das respostas relativamente à questão “O tratamento para infecções sexualmente transmissíveis é melhor se:”

Na Tabela 13, podemos observar que, 86,7% da amostra que respondeu à questão sobre “ O tratamento para infecções sexualmente transmissíveis é melhor se:” escolheu a opção “os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo” e que 13,3% escolheu a opção “todas as respostas anteriores”.

| Actualmente é impossível curar | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|
| A sífilis | 3 | 9,1% |
| A gonorreia | 2 | 6,1% |
| O vírus do herpes | 27 | 81,8% |
| Todas as respostas anteriores | 1 | 3,0% |

Tabela 14 – Distribuição das respostas relativamente à questão “ Actualmente é impossível curar:”

Na Tabela 14, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que a opção “o vírus herpes” foi a opção mais assinalada com 81,8%, com 9,1% de respostas a opção “a sífilis”, com 6,1% de respostas a opção “a gonorreia” e com 3,0% de respostas a opção “todas as respostas anteriores”.

| As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma doença sexualmente transmissível, quando usam: | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| O preservativo | 30 | 85,7% |
| A espuma contraceptiva | 3 | 8,6% |
| A pílula | 2 | 5,7% |

Tabela 15 – Distribuição das respostas relativas à questão “ As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma doença sexualmente transmissível, quando usam:”

Na Tabela 15, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que a opção mais assinalada é “o preservativo” com 85,7% de respostas. A opção “a espuma contraceptiva” obteve 8,6% de respostas, com 5,7% de respostas a opção “a pílula”.

| O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes indesejadas | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| O preservativo com espuma contraceptiva | 4 | 8,2% |
| DIU (Dispositivo Intra Uterino) | 3 | 6,1% |
| O coito interrompido | 20 | 40,8% |
| A pílula | 6 | 12,2% |
| A abstinência periódica (não ter relações sexuais durante o período fértil) | 16 | 32,7% |

Tabela 16 – Distribuição das respostas relativas à questão “O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes indesejadas é:”

Na Tabela 16, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar, que a opção “o coito interrompido” obteve mais respostas com 40,8%, com 32,7% de respostas a opção “a abstinência periódica (não ter relações sexuais durante o período fértil) ”. A opção “a pílula” obteve 12,2% das respostas. A opção “o preservativo com espuma contraceptiva” obteve 8,2% de respostas, a seguir foi a opção “DIU (dispositivo intra uterino) ” com 6,1% das respostas.

| Usar um preservativo correctamente | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Deixar espaço na ponta para o esperma | 3 | 8,3% |
| Usar um novo sempre que a relação sexual ocorre | 4 | 11,1% |
| Verificar a data de validade | 4 | 11,1% |
| Todas as respostas anteriores | 25 | 69,4% |

Tabela 17 – Distribuição das respostas relativas á questão “Para usar um preservativo correctamente deve-se:”

Na Tabela 17, tendo em conta que cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção, podemos analisar que a opção “todas as respostas anteriores” foi a opção mais assinalada, a seguir com 11,1% das respostas as opções “usar um novo sempre que a relação sexual ocorre” e “verificar a data de validade”. A opção “deixar espaço na ponta para o esperma” obteve 8,3% das respostas.

| A pílula | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Normalmente acentua as contracções menstruais | 7 | 18,9% |
| Pode ser usada por qualquer mulher | 6 | 16,2% |
| Tem que ser tomada durante 21 ou 28 dias para que faça efeito | 22 | 59,5% |
| Todas as respostas anteriores | 2 | 5,4% |

Tabela 18 – Distribuição das respostas relativas à questão “A pílula:”

Na Tabela 18, podemos analisar que a opção mais assinalada com 59,5% de respostas foi a opção “tem que ser tomada durante 21 ou 28 dias para que faça efeito”, a seguir foi a opção “normalmente acentua as contracções menstruais” com 18,9% de respostas. A opção “pode ser usada por qualquer mulher” obteve 16,2% de respostas, com 5,4% de respostas a opção “todas as respostas anteriores”. Cada indivíduo da amostra poderia seleccionar mais do que uma opção.

| No seu percurso escolar, até ao ensino secundário alguma teve aulas de educação sexual | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Sim | 11 | 36,7% |
| Não | 19 | 63,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 19 – Distribuição as respostas de acordo com a questão “No seu percurso escolar, até ao ensino secundário alguma vez teve aulas de educação sexual?”

Na Tabela 19, verifica-se que, 63,3% da amostra que respondeu à questão “No seu percurso escolar, até ao ensino secundário alguma vez teve aulas de educação sexual?” escolheu a opção “não” e 36,7% da amostra escolheu a opção “sim”.

| No ensino superior alguma vez foi abordada a temática da educação sexual | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Sim | 26 | 86,7% |
| Não | 4 | 13,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 20 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “No ensino superior alguma vez foi abordada a temática da educação sexual?”

Na Tabela 20, podemos observar que, 86,7% da amostra que respondeu à questão “No ensino superior alguma vez foi abordada a temática da educação sexual?” escolheu a opção “sim” e 13,3% da amostra escolheu a opção “não”.

| Considera o papel do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Muito Importante | 25 | 83,3% |
| Importante | 5 | 16,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 21 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Como considera o papel do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade?”

Ao analisar a Tabela 21, verificamos que, 83,3% da amostra respondeu “muito importante” ao papel do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade e 16,7% da amostra escolheu a opção “importante”.

| Já iniciou a sua actividade sexual | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Sim | 30 | 100,0% |
| Não | 0 | 0% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 22 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Já iniciou a sua actividade sexual?”.

Na Tabela 22, podemos observar que 100% refere que já iniciou a sua actividade sexual.

| Já teve alguma consulta de planeamento familiar | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Sim | 15 | 50,0% |
| Não | 15 | 50,0% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 23 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Já teve alguma consulta de planeamento familiar?”

Na Tabela 23, podemos verificar que 50% da amostra já teve uma consulta de planeamento familiar e 50% da amostra não teve uma consulta de planeamento familiar.

| Nas suas relações sexuais, conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Sim | 22 | 73,3% |
| Não | 3 | 10,0% |
| Não sei | 5 | 16,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 24 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Nas suas relações sexuais, conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez?”

Na Tabela 24, podemos observar que 73,3% (22) da amostra refere que conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez e 16,7%, (5) da amostra assinalou a resposta não sabe se conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez. 10%, (3) amostra não conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez escolheu.

| Quando tem relações sexuais toma algum cuidado para evitar a gravidez | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Sim | 29 | 96,7% |
| Não sei | 1 | 3,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 25 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Quando tem relações sexuais toma algum cuidado para evitar a gravidez?”

Na Tabela 25, podemos observar que 96,7% da amostra que respondeu à questão “Quando tem relações sexuais toma algum cuidado para evitar a gravidez?” escolheu a opção “sim” e 3,3% da amostra escolheu a opção “não sei”.

| Qual o cuidado que tem para evitar a gravidez | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Pílula | 13 | 43,3% |
| DIU (Dispositivo Intra Uterino) | 1 | 3,3% |
| Preservativo | 10 | 33,3% |
| Coito Interrompido | 1 | 3,3% |
| Usa mais do que um método | 3 | 10,0% |
| Não sei | 2 | 6,75 |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 26 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Qual o cuidado que tem para evitar a gravidez?”

Na Tabela 26, podemos observar que 43,3% da amostra que respondeu à questão “Qual o cuidado que tem para evitar a gravidez?” escolheu a opção “pílula”, 33,3% da amostra escolheu a opção “preservativo”, 10% da amostra escolheu a opção “usa mais do que um método”, 6,7% escolheu a opção “não sei”, 3,3% da amostra escolheu a opção “DIU” e 3,3% escolheu a opção “coito interrompido”.

| Conversou também com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de Infecções sexualmente transmissíveis | Frequência | Percentagem |
|---|-------------------|--------------------|
| Sim | 23 | 76,7% |
| Não | 2 | 6,7% |
| Não sei | 5 | 16,7% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 27 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Conversou também com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?”

Na análise da Tabela 27, verificamos que 76,7% (23) da amostra respondeu que conversou com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, 16,7% (5) escolhe a opção “não sei” se conversou com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e 6,7% (2) não conversou com o(a) seu/sua parceiro(a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

| Cuidado que teve para evitar doença sexualmente transmissível | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Pílula | 1 | 3,3% |
| Preservativo | 24 | 80,0% |
| Usa mais do que um método | 4 | 13,3% |
| Não sei | 1 | 3,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Tabela 28 – Distribuição das respostas de acordo com a questão “Qual o cuidado que teve para evitar doença sexualmente transmissível?”

Na Tabela 28, podemos observar que 80% da amostra que respondeu à questão sobre “Qual o cuidado que teve para evitar doença sexualmente transmissível?” escolheu a opção “preservativo”, 13,3% escolheu a opção “uso mais do que um método”, 3,3% escolheu a opção “não sei” e 3,3% da amostra escolheu a opção “pílula”.

2. Discussão dos Resultados

O presente projecto não pretende avaliar conhecimentos mas sim analisar de uma forma geral, os conhecimentos e comportamentos dos alunos de 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, relativamente à sexualidade.

Terminada a análise dos dados obtidos aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados, passamos para a discussão de dados.

Amostra deste estudo é constituída por 30 indivíduos. Relativamente às idades da amostra estas variam entre os 19 e os 38 anos, com a média de idades e desvio padrão de $23 \pm 4,8$. Quanto ao sexo da amostra 70,0% é do sexo feminino e 30% é do sexo masculino. Segundo Amâncio (1995), a profissão de enfermagem contínua intimamente associada ao conceito de profissão feminina.

No que respeita ao estado civil grande parte da amostra é solteiro(a) (93,3%) e há apenas, (6.7%) que é divorciado(a).

No que diz respeito ao agregado familiar, 46,7% da amostra vive com os pais e irmão(s) e 26,7%, vive sozinho(a). O que vai de encontro ao estudo efectuado por Vilar (2009) em que a maioria dos inquiridos vive com os pais.

Seguidamente foram colocadas duas questões, sobre “com que facilidade fala com o seu pai (ou pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais”, em que 33,3% da amostra diz que fala com facilidade com o pai (ou pessoa que o substitui) sobre certos assuntos e outros não, 23,3% diz que fala com facilidade sobre todos os assuntos, a outra questão “Com que facilidade fala com a sua mãe (ou pessoa que a substitui) sobre assuntos sexuais, 46,7% diz que fala com facilidade sobre todos os assuntos, 33,3% da amostra diz que fala com mãe (ou pessoa que a substitui) sobre certos assuntos e outros não. Estes dados são corroborados por Vilar (2009) em que os jovens manifestam mais

facilidade em falar com a mãe acerca de todos os assuntos. Segundo Vilelas (2009), os primeiros educadores sexuais são os próprios pais, pois a estes compete a maior responsabilidade na formação dos seus filhos.

Relativamente ao objectivo de investigação, identificar os conhecimentos dos alunos do 2º ano da UFP-FCS possuem sobre sexualidade, verifica-se que a maioria da amostra (70%) refere que está presente em todas as fases da vida de cada ser humano. O que está de acordo como o que nos diz Vilelas (2009), a sexualidade manifesta-se desde o início da vida e com ela progride, acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo. 66,7% (20) considera que possui uma boa informação sobre sexualidade e 26,7% (8) considera que essa informação é muito boa. Podemos verificar que 93,4% da amostra considera que possui um nível de informação sobre sexualidade Bom/Muito Bom e apenas 6,7% considera que possui informação suficiente. Segundo Sampaio. e Matos. (2009), a aprendizagem da sexualidade é um processo contínuo, que começa com um conhecimento informal em casa e é complementado pelas experiências vividas ao longo do ciclo vital. Nos jovens a experiência é reforçada pelas interações com os amigos.

Relativamente à questão sobre as fontes de informação e tendo em conta que cada inquirido podia assinalar mais do que uma opção, 16,4% assinalou que obteve a informação com os familiares e amigos, respectivamente. Segundo Vilelas (2009), os jovens influenciam e são influenciados por vários contextos, como a família, a rede social, ambiente onde estão inseridos, a educação e o próprio sistema político. A televisão (12,3%) e a internet (15,6%) foram duas opções assinaladas pelos inquiridos o que revela que os meios de comunicação (*mass media* e internet) são fontes de informações consideráveis na transmissão de informação sobre sexualidade. Segundo Roque (2001), existem hoje, disponíveis múltiplas fontes de informação, mais ou menos securizantes. Os *media* são uma fonte importante para os jovens, mas provocam alguma angústia nos jovens passando mensagens como, imagens de corpos perfeitos, com sucesso económico, sendo estas pouco realistas. Apenas 10,7% assinalou ter adquirido conhecimentos com o enfermeiro. Nesta amostra é notório que o papel do enfermeiro está aquém do que deveria ser.

Quando à questão “Com quem esclarece as suas dúvidas sobre sexualidade?”, 27,7% assinalaram a opção “com os amigos”, 11,8% diz esclarecer as suas dúvidas com o enfermeiro e 17,1% diz esclarecer as dúvidas com a mãe, que segundo Vilelas (2009) os pais são os modelos que contribuem para a construção da identidade sexual dos filhos. Podemos também verificar que os jovens desta amostra sentem confiança e vontade de partilhar as suas dúvidas sobre sexualidade com os amigos.

Quando questionados sobre as necessidades sexuais, 78,1% afirmam que depende de cada homem e de cada mulher, apenas 6,3% afirma que os homens têm mais necessidades sexuais.

Constata-se que, relativamente às infecções sexualmente transmissíveis que as opções que obtiveram maior percentagem de respostas foi o SIDA e Herpes Genital com 18,4%, respectivamente. Em seguida com 17,7% a opção Sífilis, 16,5% a opção Gonorreia, 13,9% assinalaram Hepatite B e 12% assinalou a opção HPV. O que revela que os inquiridos sabem quais são as infecções sexualmente transmissíveis. A opção rubéola obteve apenas 3,2% de respostas. No que respeita ao tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, verifica-se que, 86,7% selecciona a opção “os dois parceiros devem ser tratados ao mesmo tempo”. O que revela que os inquiridos têm informação necessária quanto ao procedimento básico para o tratamento de IST. O estudo efectuado por Vilar (2009) sobre conhecimento e fontes de educação sexual aplicado a uma amostra de 2621 alunos de 10º e 12ª ano de escolaridade obteve 81% das raparigas e 70% dos rapazes. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos na amostra do actual estudo.

Quanto à questão “Actualmente é impossível curar:” e como cada inquirido podia escolher mais do que uma opção, o Vírus Herpes foi a opção assinalada mais vezes com uma percentagem 81,8% (Tabela 14). O que está correcto, pois a infecção por vírus herpes é neste momento impossível curar, tal como diz APF (2011), o vírus herpes pode ser tratado para atenuar as queixas e sintomas, mas não existe cura, sendo recorrente o seu aparecimento.

Ao analisar a Tabela 15, quanto ao método de prevenção de uma infecção sexualmente verificamos que 85,7% das respostas (30) foram assinaladas na opção Preservativo, o que revela que os inquiridos estão sensibilizados para o facto de o preservativo ser o método contraceptivo mais eficaz na prevenção das ISTs. Segundo Roque (2001), a crescente utilização do preservativo poderá ter resultado das campanhas que apareceram com maior intensidade no início dos anos 90, explicativas dos riscos da transmissão de VHI e da importância do uso do preservativo. Estes factores parecem ter tido um impacto importante nas gerações mais jovens.

Quando questionados sobre o método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes indesejadas verifica-se que opção Coito Interrompido foi a opção que obteve mais repostas, 40,8%. 32,7% (16) assinalaram a opção abstinência periódica, o que nos revela que os inquiridos sabem quais os métodos contraceptivos mais eficazes para prevenir uma gravidez. Relativamente à técnica correcta de colocação do preservativo, a opção “todas as respostas” foi a opção mais seleccionada (Tabela 18), o que está de acordo com técnica correcta referenciada nas Orientações Técnicas da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2008)

No que concerne à questão “A pílula:” com 59,5% (22 respostas) assinalaram a opção “tem que ser tomada durante 21 dias ou 28 dias para que faça efeito. O que nos revela que os inquiridos sabem como se deve tomar este contraceptivo como está explanado nas orientações técnicas da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2008)

Quando questionados sobre se no seu percurso escolar, até ao ensino secundário tiveram alguma vez aulas de educação sexual, apenas 36,7% (11) da amostra afirma já ter tido aulas de educação sexual até ao secundário e 63,3% (19) referem não ter tido. Segundo Sampaio D. e Matos M. (2009), a educação sexual em meio escolar, aprovada em 2009 na Assembleia da República, é a forma mais adequada de contribuir com informação coerente e credível nesta área. No entanto importa referir que a legislação de Educação sexual data de 1984 - Lei n.º 3/84 (1984). *Educação sexual e planeamento familiar*: Assembleia da República Diário da República, I Série, de 24 de Março, n.º 71, 981-983.

Podemos também inferir que há necessidade de desenvolver mais programas de educação sexual nas escolas, integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar, onde são definidas áreas prioritárias de intervenção, sendo a educação sexual uma das temáticas a abordar dentro dos estilos de vida (DGS, 2006).

Quando questionado se no ensino superior alguma vez foi abordada a temática da educação sexual, apenas 13,3% afirma não ter sido abordada esta temática.

Ao questionar os elementos da amostra sobre como considera o papel do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade?”, (83,3%) diz ser muito importante e 16,7% refere ser importante o que se constata que 100% da mostra valoriza a intervenção do enfermeiro na obtenção de conhecimentos sobre sexualidade.

No que concerne ao objectivo de identificar os comportamentos dos alunos do 2º ano do curso de licenciatura de enfermagem da UFP-FCS face à sexualidade, podemos verificar que 100% refere que já iniciou actividade sexual. Segundo Roque (2001) tanto a evolução biofisiológica como a maturação psicológica, permitem aos jovens aceder à experiência sexual. Actualmente a sociedade está cada vez mais permissiva com o comportamento sexual dos jovens e estes, de facto, iniciam as relações sexuais coitais cada vez mais cedo.

Relativamente à questão “Já teve alguma consulta de planeamento familiar?”, (50%) da amostra diz já ter tido consulta(s) de planeamento familiar, enquanto que a outra metade (50%) diz não ter tido nenhuma consulta(s) de planeamento familiar. Segundo Cordeiro (1998) os adolescentes ainda sentem uma certa desconfiança e pouca credibilidade nos serviços prestadores de planeamento familiar, tem medo de ser identificados e estão pouco motivados para as consultas, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do funcionamento destas.

Quando questionados se “Nas suas relações sexuais conversou com o(a) parceiro(a) sobre o modo de evitar uma gravidez”, 73,3% da amostra respondeu que sim, o que

poderá reflectir que a amostra, esta preocupada com uma possível gravidez, por isso acha importante falar sobre o assunto para poder tomar as devidas precauções para evitar uma gravidez não desejada. Da mesma forma quando questionados se quando tem relações sexuais toma algum cuidado para evitar gravidez 96,7% (29) respondeu a opção sim (Tabela 25). Segundo Roque (2001), para evitar o risco de uma gravidez não desejada é necessário adoptar um comportamento contraceptivo adequado que exige determinado posicionamento cognitivo, recursos e a capacidade de se ser eficaz. No que respeita o cuidado que tem para evitar a gravidez, 43,3% da amostra diz pílula, havendo 33,3% que diz usar preservativo, 10% da amostra usa mais do que um método e apenas 6,7% diz não saber. Segundo Vilar et al (2004), a utilização de métodos contraceptivos é um dos instrumentos fundamentais de que os indivíduos dispõem para desenharem a sua biografia afectiva e sexual. Podemos comparar estes resultados com os resultados de um estudo feito pela APF 2006 (*Cit. In*, Reis, M. e Matos, M. (2006)) que revelou que, de entre jovens portuguesas, cerca de 79% usam pílula e apenas 15% relata usar preservativo.

No que concerne ao comportamento prevenção de IST, relativamente à questão “Conversou também com o(a) seu/sua parceiro (a) para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?”, a maioria (76,7%) da amostra refere que sim. (Tabela 27)

Por fim ao analisar os resultados da questão sobre qual o cuidado que teve para evitar infecção sexualmente transmissível, constata-se que 80% (24) da amostra diz usar preservativo, 13,3% da amostra refere que utiliza mais do que um método e 3,3% refere as opções “pílula” e “não sei”, o que se revela preocupante que exista elementos da amostra que desconheça a forma de prevenção das ISTs.

Conclusão

Este trabalho foi realizado com o intuito de servir de instrumento de avaliação para a disciplina de Projecto de Graduação e Integração Profissional, inserida no plano curricular do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Para atingir o termo deste trabalho surgiram inúmeras dificuldades inerentes à investigadora, como tempo e também o facto ser de estar a elaborar um projecto de graduação pela primeira vez. No entanto, no final, o trabalho trouxe uma enorme recompensa na medida em que permitiu arrebatar algumas conclusões sobre os conhecimentos e os comportamentos dos jovens face à sexualidade.

Os jovens são um grupo de risco em dois grandes sentidos: pela possibilidade de terem experiências sexuais inadequadas, pelo risco de gravidez não desejada e pela possibilidade de contágio de uma infecção sexualmente transmissível. É fundamental que os jovens possuem conhecimentos e comportamentos sexuais saudáveis face à sexualidade, o que se verifica no nosso estudo, pois conseguimos verificar que os indivíduos da amostra, sabem o que é uma IST, sabem como prevenir uma IST (80% utiliza preservativo), no entanto 3,3% refere que para evitar uma IST utiliza a pílula e a mesma percentagem de amostra (3,3%) refere que não sabe. O que nos leva a reflectir que tendo em conta a amostra frequenta a Licenciatura em Enfermagem e desconhece as formas de prevenção das IST. Verificamos também que sabem qual o método contraceptivo mais indicado para prevenir uma gravidez não desejada, pois 76,6% assinalaram as opções pílula e preservativo.

No final deste estudo, podem concluir-se vários aspectos relativamente aos conhecimentos e comportamentos dos alunos do 2ºAno do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP-FCS, ano lectivo 2010/2011, os bons conhecimentos dos jovens face à sexualidade e que esses conhecimentos se reflectem em comportamentos sexuais saudáveis.

Após o tratamento estatístico dos dados obtidos através do instrumento de recolha de dados, constatou-se de uma forma geral que, maioritariamente a amostra possui Bons conhecimentos sobre sexualidade, e que estes conhecimentos se reflectem nos comportamentos sexuais saudáveis.

Perante os resultados obtidos nesta investigação consideramos importante haver uma maior sensibilização para a importância das consultas de planeamento familiar e para grande importância que a educação sexual tem na vida dos jovens.

Como sugestão, seria importante dar continuidade a este estudo, comparando os conhecimentos e comportamentos por sexo e se a escolaridade dos pais tem influência nos conhecimentos e comportamentos dos jovens.

Bibliografia

Amâncio, L. (1993). Género: Representações e Identidade, *Sociologia, Problemas e Prática*, Nº24, Setembro 1993, pp. 127-140.

Antunes, M. T. (2007). *Atitudes e comportamento sexual dos estudantes do Ensino Superior*. Lisboa, Formasau.

APF. *O que são as IST's*. [Em Linha].Disponível em <<http://www.apf.pt/?area=001&mid=007>>. [Consultado em 30 de Junho de 2011].

Carvalho, G. (1996). *Enfermagem em Obstetrícia*. S. Paulo, Editora Pedagógica Universitária Lta.

Cordeiro, D. (1998). *O Adolescente e a Família*. Lisboa, Editora Morães.

DGS. (2000). Saúde Reprodutiva: Doença Infecciosa e Gravidez – *Orientações Técnicas*. Nº11, 2000.

DGS. (2005). *Saúde Reprodutiva*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009795.pdf> >. [Consultado em 13 de Junho 2011].

DGS (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho 12045/2006 2ª série. Diário da Republica nº110 7 de Junho.

DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva*. [Em Linha].Disponível em <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/ficheiros/i009646.pdf>>. [Consultado em 13 de Julho de 2011].

Editores, T. (2011). *Dicionário Escolar 3.º Ciclo Português*. Lisboa, Texto Editores.

Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures,Lusociência.

Frade et al., A. (2001). *Educação Sexual na Escola - Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa, Texto Editora.

Lei n.º 3/84 (1984). *Educação sexual e planeamento familiar*: Assembleia da República Diário da República, I Série, de 24 de Março, n.º 71, 981-983.

Lei n.º 60/09. (2009). *Estabelece o regime da aplicação da Educação Sexual em meio escolar*: Assembleia da Republica, Diário da Republica, I série, de 6 Agosto, n.º 151, 5097-98.

Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

Reis, M., e Matos M. (2006). *Sexualidade e a Promoção da Saúde em Jovens Universitários*, Dissertação de Mestrado. Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Rodrigo, F. G., Mayer-da-Silva, A. (2003). *Doenças Transmitidas Sexualmente*. LIDEL.

Roque, O. (2001). *Semiótica da Cegonha: Jovens, Sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora, APF.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. 1º Edição. Lisboa. Editorial Caminho.

Sampaio D. e Matos M. (2009). *Jovens com Saúde. Dialogo com uma Geração*. Lisboa, Texto Editores.

Sampaio, D. Baptista, M.I. Matos, M. Silva, M. (2005) *Relatório Preliminar- Grupo de Trabalho Educação Sexual*, Outubro. Ministério da Educação

Suplicy, M. (1995). *Sexo para Adolescentes*. Porto, Edições Afrontamento.

Vilar, D. (2005). A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança?, *Educação Sexual em Rede*, Nº1, Julho/Setembro 2005,pp.8-14.

Vilar,D., et al. (2004). *Fecundidade e Contracepção - Percursos de Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas*.Lisboa, Institução de Ciências Sociais.

Vilar, D. (2009). Questionário sobre Educação Sexual dos Jovens Portugueses: O conhecimento e Fontes, *Educação Sexual em Rede*, Nº5, Setembro 2009,pp. 5-52.

Vilelas, J. M. (2009). *A Influência da Família e da Escola na Sexualidade do Adolescente*.Lisboa, Formasau, LDA.