



Universidade de Aveiro
2016

Escola Superior de Saúde de Aveiro

Mariana Henriques Parracho **Atitudes e Conhecimentos dos**
Adolescentes sobre Sexualidade:
Intervenção do Enfermeiro de Família



Mariana Henriques Parracho **Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Célia Freitas, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação da Professora Doutora Assunção Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família, pai, mãe, irmãs,
sobrinhas, Pedro e amigos.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professor Doutor Manuel Brás

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora

Professora Doutora Célia Freitas

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos à minha orientadora a Professora Doutora Célia Freitas, coorientadora a Professora Doutora Assunção Almeida e à tutora a Enfermeira especialista em Saúde Comunitária Raquel Santiago, bem como a todos os elementos da Unidade de Saúde Familiar Moliceiro por toda a disponibilidade e pela forma como receberam este projeto.

Palavras-chave **Adolescentes, Educação Sexual, Atitudes, Conhecimentos, Enfermeiro de Família.**

Resumo No âmbito da unidade curricular de estágio, foram desenvolvidas competências no cuidado à família, através da prestação de cuidados do Enfermeiro de Família (EF), em todas as fases do seu ciclo vital. A Educação Sexual (ES) é pois, fundamental na promoção da saúde na adolescência e a intervenção do EF é valorizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), indicando que este é o melhor profissional para ser o gestor dos projetos neste campo de ação.

O objetivo deste estudo é avaliar as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade; avaliar a perceção dos adolescentes sobre o apoio do EF e também avaliar a perceção dos enfermeiros de família da Unidade de Saúde Familiar Moliceiro (USF) relativamente ao apoio prestado no âmbito da sexualidade.

O estudo é descritivo-correlacional e inclui uma componente quantitativa e outra qualitativa. Na investigação quantitativa direcionada aos adolescentes foi aplicado um questionário, o qual integra a Escala de Graffar (EG), a Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes e algumas questões sobre conhecimentos relativos à sexualidade. Quanto à investigação qualitativa elaborou-se um guião para a realização de um *focus group* (FG) aos enfermeiros de família da USF.

Os adolescentes revelam maioritariamente atitudes desfavoráveis face à sexualidade mas apresentam bons conhecimentos. As atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade são influenciados pelas características sociodemográficas: os adolescentes mais velhos apresentam atitudes mais favoráveis e maior conhecimento. As raparigas, bem como os adolescentes de classe alta evidenciam também um maior conhecimento. Verifica-se que a maioria dos adolescentes perceciona o apoio do EF como insuficiente e foram identificadas algumas lacunas por parte do EF em relação à sua intervenção na ES dos adolescentes. O EF assume uma intervenção ativa neste âmbito, através do desenvolvimento de metodologias inovadoras envolvendo e capacitando os adolescentes a uma vivência saudável da sexualidade.

Keywords**Teens, Sex Education, Attitudes, Knowledge, Family Nurse.****Abstract**

Under the stage of the course, skills were developed in the care of family, by providing Family Nurse care, at all stages of the family life cycle. Sexual Education is therefore essential in promoting health in adolescence and the intervention of the Family Nurse is valued by the Order of Nurses, indicating that this is the best professional to be the manager of projects in this field of action.

The aim of this study is to assess the attitudes and knowledge of adolescents towards sexuality; assess the perception of adolescents on the support of Family Nurse and also assess the perception of family nurses from the Family Health Unit Molicheiro with the support provided in the context of sexuality.

The study is correlational descriptive and includes a quantitative and a qualitative component. In quantitative research directed to adolescents was applied a questionnaire, which integrates Graffar Scale, the Scale of attitudes towards sexuality in adolescents and some questions about knowledge of sexuality. About the qualitative research was elaborated a guide for conducting a focus group to Family Nurses from Family Health Unit Molicheiro.

Mostly of the teenagers reveal unfavorable attitudes towards sexuality but have good knowledge about it. The attitudes and knowledge of adolescents towards sexuality are influenced by sociodemographic characteristics: older adolescents have more favorable attitudes and greater knowledge. The girls as the teenagers of upper class show a greater knowledge. It is found that most teenagers perceives Family Nurse support as insufficient and identified some gaps by the Family Nurse in relation to its intervention in Sexual Education adolescents. Family Nurse takes an active intervention in this area through the development of innovative methodologies involving and empowering teens to a healthy experience of sexuality.

Abreviaturas e/ou siglas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EF – Enfermeiro de Família

EG – Escala de Graffar

EGS – Exame Global de Saúde

EpS – Educação para a Saúde

ES – Educação Sexual

FG – *Focus Group*

HBCS - *Health Behaviour in School-aged Children*

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordenação da Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	25
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	27
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	31
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	33
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	35
2.1 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	35
2.2 A EDUCAÇÃO SEXUAL DOS ADOLESCENTES - PERCURSOS EM PORTUGAL 36	
2.3 AS ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE	38
2.4 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	39
3. METODOLOGIA.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	45
3.3 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	45
3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	47
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	48
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	50
4.2 RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	51
4.2.1 As atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade.....	51
4.2.2 Os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade	54
4.2.3 A influência das características sociodemográficas nas atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade.....	56
4.2.4 A influência das características sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade	57
4.2.5 A perceção dos adolescentes acerca do apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família.....	61

4.2.6 A percepção dos Enfermeiros de Família sobre a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da Educação Sexual	62
5. DISCUSSÃO	65
5.1 As atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade.....	65
5.2 Os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade	68
5.3 A influência das características sociodemográficas nas atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade.....	70
5.4 A influência das características sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade	72
5.5 A percepção dos adolescentes acerca do apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família.....	75
5.6 A percepção dos Enfermeiros de Família sobre a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da sexualidade	76
6 CONCLUSÕES DO ESTUDO	79
7 SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	95
ANEXO I – Questionário	95
ANEXO II – Guião do <i>Focus Group</i>	98
ANEXO III - Consentimento informado para adolescentes.....	99
ANEXO IV – Consentimento informado para pais	100
ANEXO V – Consentimento informado para Enfermeiros de Família	101
ANEXO VI – Autorização do coordenador da USF.....	102
ANEXO VII – Autorização da Comissão de Ética da ARS.....	103
ANEXO VIII- Autorização da autora da Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente ao género, idade, nacionalidade e estatuto socioeconómico.....	50
Tabela 2 - Estatísticas descritivas das atitudes dos adolescentes	52
Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes por atitudes sexuais	53
Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos conhecimentos sobre sexualidade dos adolescentes ...	55
Tabela 5 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto à idade	56
Tabela 6 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto ao género.....	56
Tabela 7 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto ao estatuto socioeconómico.....	57
Tabela 8 - Relação dos conhecimentos dos adolescentes face à idade	58
Tabela 9 – Relação dos conhecimentos dos adolescentes face ao género.....	59
Tabela 10 – Relação dos conhecimentos dos adolescentes face ao estatuto socioeconómico	60
Tabela 11 - Perceção dos adolescentes sobre o apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família.	61
Tabela 12 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente à abordagem da temática da sexualidade nas consultas de Enfermagem.....	62
Tabela 13 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente aos temas que consideram mais fáceis e mais difíceis de abordar	63
Tabela 14 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente às metodologias utilizadas para abordar a temática da sexualidade	64
Tabela 15 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente ao tipo de formação que o enfermeiro de família considera ser essencial para dar resposta adequada às necessidades desta consulta	64

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório encontra-se inserida no 1º Curso e 3º semestre de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio da Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, a decorrer no ano letivo 2015/2016.

A conceção de uma Enfermagem centrada foi enfatizada na Declaração de Munique que destacou o “Enfermeiro de Família” enquanto elo fundamental no seio de uma equipa multidisciplinar e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Nunes et al, 2012).

O Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de Agosto, define o EF como sendo «o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade». O EF apresenta-se como o elo de referência entre o serviço de saúde e o utente/família e afirma-se não só como um recurso para a família, mas também como um suporte qualificado nas respostas em cuidados de saúde de Enfermagem (Ferreira, 2012).

A implementação da figura do EF possibilita destacar alguns aspetos: a responsabilização por um grupo limitado de famílias (300-400), tendo por base uma área geográfica e as eventuais parcerias com instituições; a possibilidade de cada família ter um enfermeiro de referência, relativamente à acessibilidade a cuidados gerais, contínuos e integrados; a promoção dos cuidados domiciliários como oportunidade de avaliar o contexto onde as pessoas vivem; a criação de suporte às famílias que têm um familiar a vivenciar um processo de doença; a implicação de um trabalho de equipa multidisciplinar para responder às necessidades das pessoas, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, e assente numa relação de ajuda (Ferreira, 2012).

O presente trabalho estrutura-se em dois momentos principais: capítulo I - Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em estágio que inclui uma breve contextualização e uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências no contexto de uma USF; capítulo II – Estudo empírico (contextualização do estudo, o enquadramento teórico, no qual se faz uma abordagem da problemática da adolescência e da ES, da enfermagem de família e do modelo dinâmico de avaliação de intervenção familiar; a metodologia, em que se aborda o tipo de estudo, a população e a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha dos dados, as considerações éticas, a apresentação e discussão de dados e por último as conclusões do estudo.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O estágio realiza-se em contexto da prática clínica e compreende todas as atividades que o estudante desenvolve, sob a responsabilidade e supervisão do profissional, designado por supervisor/tutor, sob a orientação do docente da escola, em articulação com o coordenador da unidade de saúde. Com orientação da Professora Doutora Célia Freitas e tutoria da Enfermeira Raquel Santiago Especialista em Saúde Comunitária, o estágio realizou-se na USF Moliceiro de 21 de Setembro de 2015 a 04 de Março de 2016. A USF Moliceiro é uma unidade funcional integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga enquanto serviço de saúde local da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

A USF Moliceiro é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares a uma população definida e baseia-se numa equipa multidisciplinar constituída por profissionais médicos (8) enfermeiros (8) e secretárias clínicas (7). Presta cuidados de saúde globais de forma personalizada às famílias, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A USF tem como área de atuação as seguintes freguesias urbanas do concelho de Aveiro: Glória e Vera Cruz, Santa Joana, São Bernardo, Esgueira e Aradas. Em termos de estrutura organizativa, os órgãos principais têm por finalidade definir as estratégias e as diretrizes de desenvolvimento da unidade, planeando e gerindo as suas atividades, alinhando esforços, sendo constituídos pelo Coordenador da equipa, Conselho técnico e Conselho geral. O coordenador é o Doutor José António Madail Ratola, Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. O conselho técnico é constituído por um médico, Doutora Maria José Oliveira e por um enfermeiro, Enfermeira Maria Cristina Cera Almeida (USF Moliceiro, Regulamento Interno, 2015).

A Carteira Básica de Serviços foi definida de acordo com a Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro e inclui: Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida (Medicina Geral e Familiar, Saúde da Mulher, Saúde Materna, Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e do Idoso); Cuidados em situação de doença aguda; Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla; Cuidados no domicílio; Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão (USF Moliceiro, Regulamento Interno, 2015).

As Competências do EF na USF são as seguintes: Identificar as necessidades de saúde individuais e familiares; Desenvolver atividades nas áreas da prevenção da doença e promoção da saúde; Realizar consultas de vigilância e consultas de acompanhamento a doentes crónicos informando e orientando de acordo com as necessidades individuais e familiares; Proceder à avaliação e tratamento dos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem; Realizar tratamentos e prestar cuidados no domicílio a doentes dependentes e acamados ou com

mobilidade reduzida; Proceder ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação ao longo do ciclo vital; Proceder aos registos de enfermagem nos sistemas de informação; Requisitar material de armazém, de farmácia, vacinas e reposição de stocks; Colaborar na elaboração de informações para os utentes e na elaboração de protocolos de atuação; Participar nas reuniões e em ações de formação (formando/formador); Articular com outras unidades funcionais do Centro de Saúde e com outras instituições de Saúde ou de Apoio Social (USF Molicheiro, Regulamento Interno, 2015).

Neste estágio é incentivado o trabalho autónomo e o desenvolvimento de competências focadas no cuidado à família de acordo com o Regulamento nº 126/2011 de 18 de Fevereiro que regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto que define os princípios e o enquadramento da atividade do EF e o Regulamento nº 367/2015 de 29 Junho que regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.

No âmbito da unidade curricular de Estágio, foram delineados os seguintes objetivos: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária; mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia e elaborar relatório reflexivo.

As competências a desenvolver incluem o reconhecer da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica; conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital; desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo; prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária; realizar a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família quanto à estrutura, ao desenvolvimento e ao funcionamento; reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O processo de aprendizagem em contexto de estágio envolve três intervenientes, o estudante, o docente e os profissionais da prática que desempenham diferentes papéis com um objetivo em comum, a organização e a reflexão da prática (Simões, 2007). A reflexão captura a complexidade do processo de formação vivido pelo aluno e, fazendo-o de forma contextualizada dá a possibilidade de conhecer o crescimento do saber.

Através deste documento, enquanto fator de ativação da reflexão, pretendo documentar a minha aprendizagem, ao mesmo tempo que, evidencio os processos de autorreflexão. É meu objetivo identificar novas situações de aprendizagem e as dificuldades encontradas, refletir sobre as aprendizagens, comportamentos e atitudes adotadas, realizando uma retrospeção sobre a forma como este período foi vivenciado e o modo como o mesmo contribuiu para a minha construção como Enfermeira de Família.

Segundo Sá-Chaves (2009), competência é a capacidade de utilizar os conhecimentos que permitam agir em situação, é ser capaz de mobilizar os conhecimentos relevantes a cada contexto situacional, ou seja, é a capacidade para dar respostas satisfatórias às necessidades que vão surgindo adaptando a teoria à prática clínica.

O saber agir com pertinência é saber agir, quando nos deparamos com imprevistos, tomar iniciativas e decisões, fazer escolhas, assumir riscos e reagir, de forma a resolver a situação (Rua, 2009). É no estágio que os estudantes desenvolvem competências, construindo a sua identidade profissional sujeitos a uma orientação (Simões & Garrido, 2007). Essa orientação consiste no agir em contextos instáveis que exigem a reflexão e atenção dialogante com a própria realidade, numa perspetiva de ser capaz de refletir na ação e não de agir rotineiramente, dando resposta a situações novas (...) caracterizando-se por um saber inteligente e criativo (Alarcão, 1999).

O conceito de família, segundo Figueiredo (2012), “é especificado numa perspetiva sistémica que integra variáveis relacionadas com a autodeterminação da família, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos.” (p. 67). Durante o estágio deparei-me com a real complexidade do sistema familiar, em que a família se apresenta como um sistema dinâmico verificando-se a necessidade de uma abordagem sistémica, centrada na visão do todo que é a unidade familiar, o que nem sempre se revelou fácil tendo em conta o papel que desempenhava de aluna e de profissional que intervém numa área diferente desta, pois nos cuidados diferenciados o contato é feito maioritariamente de forma individual à pessoa cuidada. Como era previsto, senti que a relação que a minha tutora estabelecia com as várias famílias era baseada na confiança criada durante os vários anos de relação terapêutica, o que se traduziu algumas vezes numa limitação, quando a primeira abordagem nas diversas consultas era realizada por mim, no entanto, tentei colmatar esta dificuldade através de uma comunicação assertiva.

Segundo Figueiredo (2012) as atividades desenvolvidas com o objetivo da capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proativa no seu projeto de saúde pela mobilização de recursos que fortaleçam a saúde da família e a sua autonomia são várias entre as quais as consultas de Enfermagem no âmbito da Saúde Infantil - Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar (PF), Diabetes, Hipertensão e Pequena cirurgia. Nestes diversos contextos foi possível prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária. Como é evidente todas estas consultas envolvem um vasto leque de conhecimentos revelando-se fundamental ao processo de aprendizagem a necessidade de autoformação pela busca contínua de informação e conhecimentos para a prestação de cuidados personalizados e de qualidade.

Tenho ainda a referir no âmbito dos cuidados prestados aquando a visita domiciliária (VD), um particular interesse devido à privilegiada intervenção individual, familiar e social que proporciona. Através de um contacto próximo com o contexto vivencial dos indivíduos e respetivas famílias, a VD permite a avaliação e compreensão de determinantes de saúde que na realidade influenciam o seu estado de saúde. Sinto que tomei contato com um saber situado e vivenciado e por isso repleto de sentido. É evidente que os cuidados domiciliários realizados são uma área chave para a humanização e otimização dos cuidados de enfermagem pela necessidade de adequação dos cuidados ao contexto vivencial das famílias.

No âmbito da Promoção da Saúde, procedeu-se ao planeamento e execução de uma Sessão de Educação para a Saúde (EpS) com duas psicólogas clínicas, cujo tema de debate foram os métodos contraceptivos e a violência no namoro. A EpS é o processo que tem como objetivo proporcionar as condições para que os sujeitos se responsabilizem pela sua saúde e pela da comunidade a que pertencem (Navarro, 1999). A implicação da população é um facto indispensável para a sua implementação, em que essa participação constitui um elemento-chave na promoção das condutas favorecedoras da saúde (Macedo & Malheiro, 1999).

É através da EpS que se pode atingir um mais alto nível de saúde, em que a sua concretização passa por mudanças voluntárias da conduta tendente a estilos de vida saudáveis, sendo um “meio de reforçar os comportamentos geradores de saúde e diminuir os comportamentos que a comprometem” (Frasquilho, 1998, p.19). Através da sessão pretendeu-se criar condições para que aqueles adolescentes progressivamente desenvolvam as capacidades de decisão pessoal de avaliar prós e contras de comportamentos que envolvem riscos face à vivência saudável da sua sexualidade. Os adolescentes foram assim chamados à responsabilidade de assumirem, de forma progressiva, o controlo e a tomada de decisões sobre a sua vida, pois prevenir as situações de risco não significa condenar a manifestação dos afetos e nem reprimir as condutas sexuais dos adolescentes (Prazeres, 1998). Durante a sessão foi possível criar um ambiente favorável à comunicação uma vez que houve espaço para a exposição de dúvidas, partilha de experiências, expectativas, receios e medos, relativamente à sexualidade e a outros problemas que envolvem a adolescência. Contudo, apesar de uma avaliação formativa

bastante positiva, na minha perspetiva estas ações devem ser de natureza contínua com o envolvimento dos pais, para que se partilhem as preocupações destes jovens.

É visível que os cuidados de saúde têm cada vez mais especial atenção ao foco família, de forma a identificar os problemas, bem como proporcionar a intervenção que vise a saúde familiar. A sistematização dos cuidados de saúde tem como objetivo a prevenção, promoção e tratamento através da mudança proposta à família em diversos tipos de intervenção.

A opção de estágio, apesar de se apresentar trabalhosa e implicar uma maior disponibilidade de tempo e entrega, revelou-se a mais acertada, visto que, de acordo com Sá-Chaves (2009) estimula e permite um conhecimento rico e repleto de sentido através de uma reflexão sobre a própria ação. Os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a condição necessária para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, para que a experiência se constitua em saber, é o fazer do próprio exercício do trabalho um objeto de reflexão e pesquisa (Canário, 2000). Abreu (2007) acrescenta ainda que os contextos supervisivos são oportunidades reais de aprendizagem, espaços para uma reflexão sistematizada e para articular as experiências à formação teórica que permite a recomposição e aprendizagens.

Sendo a Enfermagem de família uma prática que se centra simultaneamente no sistema familiar e no sistema individual, procurando dar uma atenção particular à interação entre o indivíduo e a unidade familiar, nem sempre foi fácil conhecer o sistema familiar na sua totalidade e compreender as transições que iam ocorrendo pela incapacidade de contactar com todos os membros do agregado familiar no curto espaço de tempo do estágio. Neste sentido, foi de extrema importância o papel desempenhado pela minha tutora que, como supervisora clínica, me desafiou à mudança positiva, educando, monitorizando, recomendando, incentivando a pesquisa e promovendo o meu sentido crítico. Esta dificuldade foi também colmatada pela consulta do processo no Sclínico (informatização da informação clínica do Serviço Nacional de Saúde) em que há referência a todos os membros da família com os respetivos dados pessoais, diagnósticos de enfermagem e diagnósticos médicos, sendo fundamental a qualidade dos registos para a continuidade dos cuidados de enfermagem. Não posso deixar de referir ainda o valor que a supervisão clínica apresenta sendo um processo formal de acompanhamento da prática nos contextos supervisivos, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

As características pessoais e profissionais dos enfermeiros supervisores são muito importantes para o sucesso da supervisão, tais como a empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e boa comunicação, bem como as características profissionais como a técnica, boa capacidade de liderança, organização e planeamento (Simões & Garrido, 2007). Schön (1983) refere que o supervisor deve “ensinar a aprender”. Na minha opinião e de acordo com Simões & Garrido (2007)

algumas das estratégias de supervisão ainda utilizadas foram clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar. A estimulação da autonomia do estudante pode ser facilitada, através da demonstração de práticas, de simulações reais, de estudos de caso, de reuniões de estágio, de debates, de discussões construtivas e de formulação de questões reflexivas contribuindo para o desenvolvimento da prática e do desempenho técnico. Algumas dessas estratégias foram também utilizadas pelos restantes enfermeiros da USF com o objetivo de agirem como facilitadores da aprendizagem, demonstrando sempre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, estimulando a disposição e vontade de aprender.

O estabelecimento do contacto com metodologias de trabalho, vivências, formas de pensar distintas proporcionou uma análise crítica de diversas situações de acordo com diferentes prismas, o que foi fulcral para o desenvolvimento do meu próprio pensamento crítico. As relações interpessoais estabelecidas permitiram a interajuda, a cooperação e o respeito entre todos e favoreceu um bom ambiente de trabalho. Com a ajuda e disponibilidade de todos os enfermeiros aliada à prática do dia-a-dia, penso que consolidei alguns conhecimentos que já possuía, bem como, facilitou a aquisição de outros através do desenvolvimento de atividades de enfermagem de saúde familiar, tais como, EpS, gestão de processos, avaliação, orientação e encaminhamento de acordo com as necessidades de cada pessoa e família e estimulação do envolvimento da pessoa e família na tomada de decisão consciente na procura da saúde.

Com esta análise tenho como principal objetivo a consciencialização de todo o processo educativo e o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. A reflexão sobre a prática possibilita descobrir aspetos ocultos na própria experiência e que, obtida nova informação, esta, pode permitir uma outra perspetiva, com o qual se torna possível visitar essa prática, analisando-a e desenvolvendo outros conhecimentos (Sá-Chaves, 2000).

Este documento integra as minhas experiências significativas, captura o crescimento e a mudança no meu conhecimento ao longo do tempo, representa a minha síntese pessoal de compreensão integrada e integradora das dimensões teórica e prática do conhecimento da aprendizagem. Através de uma reflexão sistemática, foi possível reviver experiências e facilitar o processo de autoconstrução de um conhecimento efetivo, pessoal e significativo. Segundo Schön (1983) citado por Alves (2002, p.4) “ (...) a reflexão é um processo em que os sujeitos extraem o sentido de uma situação dada, não se apoiando particularmente, em pontos de vista objetivos ou técnicos ou em modelos referenciais estruturados, mas, mantendo um “diálogo reflexivo”, aberto, amplo, consigo mesmo, a respeito de uma determinada situação.” Considero assim, que este testemunho me permitiu uma avaliação coerente e significativa de todo o meu processo educativo.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este projeto versa o tema “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre a Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”. A seleção desta temática surge pela pertinência e a atualidade da mesma, associada à necessidade de intervenção do EF junto dos adolescentes utilizando estratégias de EpS de forma a promover atitudes e comportamentos saudáveis no âmbito da sexualidade.

A adolescência corresponde a um importante período do ciclo vital, no qual se desenvolve grande parte do processo de crescimento e desenvolvimento humano, a tomada de decisões e a construção da identidade do jovem. É pois, nesta fase que se iniciam as primeiras experiências de atividade sexual, não estando os jovens preparados para assumir as responsabilidades inerentes devido, à falta de acesso a informação adequada, seja no ambiente escolar ou familiar, o que pode resultar em gravidez não planeada e aumento da incidência de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2007).

Neste sentido, a ES assume um papel fundamental na prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, pois constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana. Contudo, o facto de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes escolham a informação mais correta e conseqüentemente que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a ES poderá desempenhar um papel relevante na triagem desta informação, bem como na abordagem dos afetos (Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2007).

Neste contexto, o EF é considerado um agente de mudança na sociedade e junto das famílias, pois apresenta facilidade em estabelecer relações de confiança e intimidade com os adolescentes podendo assim abordar o tema da sexualidade. A ES constitui a oportunidade para que este assunto seja abordado em contexto familiar, favorecendo a ligação entre o enfermeiro e a família. O EF deve contribuir para que o adolescente faça um caminho de construção e tomadas de decisão feito de experiências e aprendizagens (Brás, 2008).

As Questões de investigação deste projeto são as seguintes: Quais as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade; Qual a influência das características sociodemográficas nas atitudes e nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade; Como os adolescentes percebem o apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família; Como os Enfermeiros de Família percebem a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da educação sexual.

Sendo assim, os objetivos deste estudo são: avaliar as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade; avaliar a percepção dos adolescentes em relação ao apoio prestado pelo EF no âmbito da ES e avaliar a percepção dos enfermeiros de família em relação à sua intervenção junto dos adolescentes sobre ES.

O capítulo II é composto pelo estudo empírico que inclui a contextualização do estudo; o enquadramento teórico, no qual se faz uma abordagem da problemática da adolescência e da ES, da enfermagem da família e do modelo dinâmico de avaliação da intervenção familiar; a metodologia, em que se aborda o tipo de estudo, a população e a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha dos dados e as considerações éticas; a apresentação e discussão dos resultados e por último as conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As matérias respeitantes à EpS e ES têm merecido, em tempos mais recentes, particular atenção da sociedade portuguesa. Considera-se fundamental para este trabalho, uma abordagem da temática da sexualidade na adolescência, da ES dos adolescentes em Portugal, das atitudes dos adolescentes face à sexualidade, bem como, da intervenção do EF no âmbito da sexualidade na adolescência.

2.1 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A *World Health Organization* (1977), citada por Ferreira & Nelas (2006) delimitou a adolescência, ao período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, sendo uma fase do ciclo de vida, crítica para o desenvolvimento do indivíduo no que concerne à sua identidade sexual. É considerado o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade e para a aprendizagem sobre o corpo, sendo por volta do início da segunda década de vida, que começam a ocorrer as alterações hormonais significativas que se repercutem em transformações do corpo e que marcam assim o início desta nova fase de vida. Essas mudanças estendem-se ainda ao campo psicológico, intelectual e social, pelo que se torna difícil definir o término desta fase (López & Fuertes, 1999).

A sexualidade está ligada aos aspetos biológicos mas também aos aspetos afetivos, à história de vida e aos valores culturais, os quais contribuem para a formação da identidade geral e para os componentes da identidade sexual: identidade de género, papel de género e orientação sexual (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001). A conotação negativa que a sexualidade tem na sociedade dificulta a comunicação acerca do tema e é simultaneamente alvo de medos e preocupações pelos adolescentes e educadores. Por outro lado, a avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a este grupo etário, atendendo ao risco que os seus comportamentos sexuais representam para a saúde.

Num estudo realizado em Viseu, 18,3 % dos adolescentes que frequentam o 9º ano e com uma média de idade de 14,5 anos referem já ter iniciado a sua atividade sexual (Cardoso, Rodrigues, Nelas & Duarte, 2010). Outro estudo realizado no concelho do Fundão revela que, quer o género, quer a escolaridade influenciam a motivação dos adolescentes para terem relações sexuais. Os adolescentes do sexo masculino apresentam-se mais motivados para a atividade sexual que as raparigas. Também a escolaridade está relacionada com a motivação ou não para fazer sexo, os adolescentes que frequentam o 7º ano apresentam motivos relacionados com a moralidade e os do 9º ano referem medo e também aspetos morais para não fazerem sexo (Oliveira, Nelas, Aparício & Duarte, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) afirma que os adolescentes estão numa fase em que são definidas escolhas de estilos de vida que se podem repercutir em doenças a curto ou longo prazo, nomeadamente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Cabe às entidades políticas promover os recursos e o ambiente necessário para que os jovens façam as suas escolhas livres e informadas.

2.2 A EDUCAÇÃO SEXUAL DOS ADOLESCENTES - PERCURSOS EM PORTUGAL

A EpS é o processo que serve de ponte entre a informação de saúde e as práticas de saúde, considerando o indivíduo como centro da EpS, atendendo às suas características individuais. É a educação que apoia a tomada de decisão de forma responsável quando é necessário escolher, optar e mudar. Os métodos de ensino devem desenvolver a curiosidade pró-ativa e a capacidade do adolescente ver mais além. É importante cativar o seu interesse nos projetos para vencer barreiras iniciais de adesão e decisão (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Neste sentido, torna-se necessário criar condições que ajudem os adolescentes a compreender a dimensão afetiva da sexualidade para diminuir a incidência de problemas como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Educar para a sexualidade é ainda a transmissão de conhecimentos para a adesão a comportamentos seguros (Cardoso, Rodrigues, Nelas & Duarte, 2010). Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década de vida, o que confere uma extrema importância aos programas educativos dirigidos aos adolescentes (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006).

Em Portugal, desde 1984 que se verifica uma preocupação com a introdução da ES nos currículos escolares bem como nas consultas de PF. Posteriormente, a Lei nº120/99, de 11 de Agosto veio dar um impulso à promoção da ES, da saúde reprodutiva e da prevenção de DST's.

A ES das crianças e dos jovens tem sido alvo de controvérsias em que os argumentos de oposição vulgarmente apresentados dizem respeito a várias questões, tais como: ao facto de a abordagem da ES em contextos formais poder operar como estrutura de incitamento a comportamentos sexuais precoces; de ser à família que compete a orientação moral e comportamental em matéria de sexualidade; e que a sexualidade não é conteúdo a ser ministrado, pois a sua aprendizagem faz-se naturalmente ao longo do desenvolvimento (Ribeiro, Pontes & Santos, 2012). Entenda-se ES implícita como o processo através do qual o indivíduo se desenvolve enquanto ser sexuado e sexual por intermédio de um conjunto de ações não estruturadas e informais e ES explícita quando existe um conjunto de ações estruturadas e formais com esse objetivo (Serrão, 2009). São múltiplos os sistemas (família, amigos, professores, comunicação social) que fornecem oportunidades para a ES, uma vez que os valores, as atitudes, os sentimentos e os comportamentos, na esfera da sexualidade, são construídos através de processos de ES tanto implícitos como explícitos.

O Decreto Lei nº259/2000, de 17 de Outubro, regulamenta a Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto reforçando a promoção da ES e o acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do PF. Verifica-se uma reorganização curricular do ensino básico e secundário que inclui a promoção da ES em meio escolar, uma vez que os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das DST's.

Segundo o Despacho n.º25 995/2005 (2.ªsérie), não é só à escola que compete o desenvolvimento de competências para a ES que envolva a saúde física, psicológica e social, assume-se também a necessidade de articulação com as famílias, bem como, a articulação entre as escolas e os centros de saúde através da consagração dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar.

O Despacho n.º2506/2007 refere a importância da adoção de medidas para a promoção de saúde da população escolar, indo ao encontro do Programa do XVII Governo Constitucional que inclui a EpS, para a sexualidade e para os afetos uma responsabilidade da comunidade escolar.

A Lei n.º60/2009 de 6 de Agosto estabelece o regime de aplicação da ES em meio escolar, quer no ensino básico quer no secundário e define de acordo com o Artigo 2.º quais as finalidades da ES, entre as quais a valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas, a melhoria dos relacionamentos afetivos-sexuais, a redução de comportamentos sexuais de risco, a capacidade de proteção face às formas de exploração e de abuso sexual, o respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais, a valorização de uma sexualidade responsável e informada, a promoção da igualdade entre sexos, o reconhecimento da importância de participação neste processo dos encarregados de educação, alunos, professores e profissionais de saúde, a compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos e a exclusão de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.

Verifica-se ainda a definição de parcerias no Artigo 9.º em que se evidencia a importância do acompanhamento por profissionais de saúde na ES e em que o Ministério da Saúde assegura condições de cooperação ente as unidades de saúde e as escolas.

A Portaria n.º196 – A/2010 veio definir o regime obrigatório da ES em meio escolar com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino e reforçar a parceria que deve existir entre a escola e a família. A escola é apoiada ao nível local pela Unidade de Saúde Pública competente no âmbito da saúde escolar. Os gabinetes de informação e apoio são articulados com os gabinetes de saúde juvenil e unidades móveis, ao dispor das escolas pelo Instituto Português da Juventude.

2.3 AS ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE

A palavra atitude tem origem latina e congrega dois termos, *actus* que significa ato ou ação e *aptitudo* que designa aptidão, e que consiste num sistema de valores e crenças por parte de um indivíduo ou grupo, persistindo com alguma estabilidade no tempo. Assim, as atitudes são influenciadas pelas pessoas significativas, pelos que convivem com o sujeito e pelas experiências vividas pelo próprio (Nelas, 2010).

Desta forma, a ES deve ter em conta o indivíduo enquanto sujeito das suas ações, favorecendo o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro. Quanto mais informados e formados os jovens estiverem, mais tardio é o início da vida sexual ativa, com um maior equilíbrio emocional, melhor gestão das emoções e ansiedades (Bastos & Faria, 2001).

As atitudes face à sexualidade têm sido utilizadas para avaliar o impacto de programas de ES. O estudo destas atitudes é importante porque as mesmas são uma predisposição para opinar, sentir e atuar face a objetos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes e condutas sexuais. A pertinência é evidenciada por López (2009) que refere como sendo um dos objetivos gerais da ES fomentar as atitudes apropriadas face à sexualidade e a modificação daquelas que não se consideram saudáveis.

No que respeita às atitudes face à sexualidade podemos distinguir dois grupos, atitudes conservadoras em que a sexualidade é vista apenas com o objetivo de reprodução e assuntos tais como direito à sexualidade, uso de contraceção, aborto, masturbação, bissexualidade, homossexualidade, relações pré-matrimoniais e divórcio são alvo de uma visão redutora, podendo assim ser entendidas como atitudes desfavoráveis face à sexualidade e atitudes liberais onde a sexualidade é entendida como uma parte da dimensão humana que inclui o prazer, a comunicação, sentimentos, expressões de ternura e afetos, onde se aceitam os desejos sexuais, fantasias, e sensações sexuais como algo natural, entendidas como atitudes favoráveis face à sexualidade. Aqui a reprodução é entendida como uma opção responsável e livre que os jovens podem aceitar ou evitar. As pessoas que têm este tipo de atitude tendem a ser tolerantes e a aceitar as orientações sexuais dos outros, estando preparadas mental, afetiva e socialmente para viver a sua sexualidade (López & Fuertes, 1998).

Os pares são identificados como tendo uma grande influência sobre os comportamentos e atitudes relativamente à vivência da sexualidade dos adolescentes. As raparigas referem mais frequentemente que a ES serve para obter mais informações e tirar dúvidas que os rapazes. A maior parte dos adolescentes fala com os amigos e demonstra dificuldade em conversar com os pais e professores (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011).

O grupo de amigos, representa para o adolescente um fator de extrema importância, pois as interações com os parceiros do mesmo sexo, permite-lhes a aceitação do “eu” enquanto ser

social num determinado grupo de amigos, ou seja, procuram os amigos para tirar dúvidas, conversar e contar as suas experiências (Lemos & Leandro, 2004). Outro estudo também refere que os adolescentes manifestam à vontade para comunicar sobre sexualidade com os amigos (66,7%), pais (46,9 %) e enfermeiros (28,4%) (Batanete, Lopes & Arranca, 2012).

No entanto, é evidenciado noutra investigação que os adolescentes que procuram os serviços de saúde, procuram uma assistência centrada na doença. Apesar de se sentirem bem acolhidos nas instituições de saúde, não procuram serviços direcionados para conversar e tirar dúvidas sobre temas relativos à sexualidade, por várias razões como a timidez e tabus, ou mesmo devido à falta de atendimento mais direcionado (Tôrres, Nascimento & Alchier, 2013).

Um estudo realizado entre a Associação para o Planeamento da Família e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa refere que os adolescentes apresentam conhecimentos insuficientes relativamente ao período fértil e gravidez, os riscos de gravidez não desejada, as DST's e onde podem ser adquiridos os contraceptivos (Vilar & Ferreira, 2009).

2.4 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A Enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistémico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família Friedman (1998), citado por Hanson (2005).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, adotado em 2011 pela OE, como o modelo oficial para a prática do EF constitui-se como referencial teórico e operativo, com vista a dar respostas às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem. Este modelo assenta em três dimensões avaliativas: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

Na avaliação desenvolvimental da família, o EF deve ser capaz de avaliar a etapa do ciclo vital da família em que esta se encontra, assim como o desenvolvimento familiar, ou seja, o caminho único construído por aquela família, atendendo a que o ciclo de vida familiar é uma generalização, uma tipificação do caminho da maioria das famílias, com a história natural estruturada em fases ao longo do tempo, durante o qual entram e saem novos membros (Wright & Leahey, 2002). Centrando-se na etapa do ciclo vital onde se encontra a família que está a avaliar, o EF deve explorar os aspetos relacionados com as tarefas desenvolvimentais daquela etapa, assim como as ligações entre os diferentes elementos.

Relvas (1996) organiza o ciclo vital familiar de acordo com o nascimento, crescimento dos filhos até a sua dissolução, integrando as tarefas de desenvolvimento inerentes a cada transição. Assim, temos como primeira etapa, a «formação do casal»; segunda etapa a «família com filhos pequenos»; terceira etapa a «família com filhos na escola»; quarta etapa a «família com filhos adolescentes» e quinta e última etapa, a «família com filhos adultos». Da mesma forma, Figueiredo (2012) propõe a adoção desta classificação das várias transições familiares ao longo do ciclo vital familiar para que cada transição corresponda a focos de atenção na avaliação e intervenção das dinâmicas familiares.

Para o presente estudo, importa salientar a terceira etapa, «família com filhos na escola», em que esta se vê confrontada com outros valores e outras normas, veiculadas pela instituição escolar e também pelas outras famílias, verifica-se a expansão de normas relacionais familiares e mudanças relativamente à autonomia da criança e a separação pais-filho. Da mesma forma, a quarta etapa «família com filhos adolescentes» contempla um maior desejo de autonomia e independência por parte do adolescente, a ajuda da família a adquirir essa autonomia e a construir uma identidade capaz de assumir papéis adultos de carácter social, relacional e laboral, contribuindo para o equilíbrio entre a liberdade e a sua emancipação (Relvas, 1996). Um ambiente de apoio por parte da família desde a infância permite a tranquilidade necessária para, no futuro ocorrer uma saudável saída de casa (Sampaio, 2006).

Sendo assim, a ES inclui a participação da família e da comunidade a que o adolescente pertence pois “é a bagagem da educação informal, adquirida na família e na comunidade, o ponto de partida para se pensar em ES. Os programas educacionais sobre sexo nunca vão poder ignorar, repudiar, ou mesmo antagonizar as primeiras influências na construção da sexualidade” (Guimarães, 1995, p.99). Segundo Pontes (2011), revela-se vantajosa a estratégia de envolver os pais em programas de ES pois promove a comunicação pais-filhos sobre sexualidade e a consolidação de questões abordadas nos programas.

A intervenção dos enfermeiros no contexto da ES é valorizada pela OE, indicando que este é o melhor profissional para ser o gestor dos projetos neste âmbito. O Decreto Lei nº259/2000 de 17 de Outubro, no seu artigo 9.º (capítulo II), salienta nos pontos 1 e 2:

“os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais.”

Para este estudo, importa saber ainda quais as indicações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013, o qual propõe uma cronologia que pretende adequar a prestação de cuidados com o mínimo de deslocações aos serviços de saúde. As idades referidas não são rígidas, pois se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade. No decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são efetuadas

intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população.

A calendarização das consultas para as idades-chave corresponde a acontecimentos importantes na vida do adolescente, tais como o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade. Estas consultas têm vindo a ser destacadas como uma oportunidade privilegiada de atuação, de triagem, de avaliação, intervenção e orientação. Verifica-se o apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde dos jovens.

Relativamente à periodicidade, esta consulta destina-se à vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e deverá obedecer ao calendário de vigilância preconizado pelas circulares normativas da Direção-Geral da Saúde e orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde. No período que compreende os 11/13 anos realiza-se o Exame Global de Saúde (EGS), em que os cuidados antecipatórios incluem vários itens, entre eles os aspetos relacionados com a sexualidade (autodeterminação sexual, desenvolvimento pubertário, comportamentos sexuais, prevenção das DST's, contraceção e relações íntimas) e identidade de género (Norma Direção Geral de Saúde nº010/2013, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil). Esta consulta é, pois, um momento crucial para o EF abordar estas temáticas de uma forma personalizada, objetivando a capacitação do adolescente na promoção da sua sexualidade.

Outro tipo de consulta importante para este estudo diz respeito à consulta de PF. A Lei nº3/84 de 24 de Março refere que o conceito de PF tem como pressupostos colocar à disposição dos indivíduos as informações e meios necessários para uma tomada de decisão livre e responsável relativamente à vivência da sua sexualidade, sendo que o acesso a esse tipo de consulta deve ser assegurado a todos os jovens em idade fértil.

No âmbito desta consulta, no que diz respeito ao dever de informação, o enfermeiro deve atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pela pessoa em matéria de cuidados de enfermagem, independentemente da idade. A entrega de contraceptivos orais deve ser feita pelos enfermeiros, dispensando consulta médica, desde que tenha sido realizada há menos de um ano, segundo a Circular Normativa n.º16/SR de 7 de Agosto de 2007, da Direção Geral da Saúde. A par do fornecimento de contraceptivos, cabe ao enfermeiro utilizar a relação terapêutica estabelecida com os jovens para identificar os problemas específicos na área da sexualidade e planear os cuidados de enfermagem (Parecer Conjunto do Conselho de Enfermagem e do Conselho Jurisdicional N.º 6/2009).

No entanto, no estudo realizado em Viseu já referido anteriormente, 11,3% dos adolescentes referem procurar os profissionais de saúde para falar sobre sexualidade, opção que surge em último lugar. Esse facto pode dever-se à dificuldade de acesso aos cuidados de enfermagem devido a burocracias, à falta de tempo dos profissionais, bem como ao ambiente pouco acolhedor e com pouca privacidade que se vive nas unidades de saúde (Cardoso, Rodrigues,

Nelas & Duarte, 2010). Os adolescentes também apresentam mudanças bio-psico-sociais, acabando por nem todas serem alvo de atenção devido às imensas atividades que o enfermeiro tem que desempenhar na USF (Oliveira, Carvalho & Silva, 2008).

Os resultados obtidos no estudo realizado por Teixeira (2011) com adolescentes do 3º ciclo apontam que os enfermeiros e médicos se apresentam como os menos solicitados pelos alunos (4,6%) para abordar o tema da sexualidade. Estes resultados levam os profissionais a questionar como este assunto realmente é valorizado nas consultas realizadas pelo EF.

Segundo o Parecer N.º109/2009 do Conselho de Enfermagem, o enfermeiro é o profissional que detém o perfil mais relevante para a resposta à ES, devendo estar alocado à Saúde Escolar e docência para uma resposta completa às necessidades dos adolescentes, identificando problemáticas na área da sexualidade e planear cuidados adequados a essas necessidades. Os enfermeiros assumem o fornecimento de informação geradora de aprendizagem e de capacidades na pessoa através da relação terapêutica que estabelecem.

A ES deve começar o mais cedo possível, sendo iniciada pela família e complementada pela escola e profissionais de saúde. Segundo o Parecer Conjunto do Conselho de Enfermagem e do Conselho Jurisdicional N.º 6/2009 a promoção da ES e do PF é da responsabilidade das instituições públicas de saúde, escolas e família.

Desde 1994, que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde numa parceria entre a Saúde e a Escola, dois sistemas que se encontram intrinsecamente ligados. O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde e reconhece o trabalho desenvolvido pela Saúde Escolar. As Equipas de Saúde Escolar integram profissionais de várias unidades funcionais que trabalham em parceria com as escolas no âmbito do Programa de EpS, em que estas se articulam com o EF no sentido de congregarem projetos e profissionais de diversas áreas do saber que favorecem a partilha de conhecimento e a integração de ações que melhorem as competências em saúde dos jovens. Ainda a referir que no âmbito da capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis são desenvolvidas várias áreas de intervenção, das quais interessa destacar a educação para os afetos e para a sexualidade. Essa deve começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuindo para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015).

3. METODOLOGIA

A fase metodológica diz respeito à segunda etapa do processo de investigação que preconiza examinar o domínio a investigar por meio de trabalhos anteriores, pelo que é necessário: escolher um desenho de investigação, definir a população e a amostra, definir as variáveis e escolher os métodos de colheita de dados e a análise de resultados (Fortin, 2009).

Este estudo pretende identificar as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade; avaliar como os adolescentes percecionam o apoio que possuem do EF em relação à ES, bem como, a perceção do EF sobre o atendimento aos adolescentes relativamente à temática da sexualidade. Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexividade das práticas por parte dos enfermeiros de família no sentido da adequação da sua intervenção no âmbito das consultas de vigilância aos adolescentes relativamente à área da promoção da saúde na vivência da sexualidade, elevando o nível de qualidade dos cuidados de saúde e melhorando os processos e métodos de trabalho.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Do ponto de vista metodológico, este estudo é de cariz essencialmente quantitativo com necessidade de complementar com uma abordagem de foro qualitativo para melhor compreender o fenómeno em estudo pela contribuição dos principais atores no âmbito na ES.

É um estudo transversal do tipo descritivo correlacional uma vez que pretende descrever as relações entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, ou seja, entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.

Num estudo observacional, o investigador não intervém, desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente e verifica quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis, bem como o efeito nos sujeitos em estudo. Um estudo observacional descritivo transversal fornece informação acerca de um grupo único representativo da população em estudo num momento específico (Fortin, 2009). A colheita de dados deste estudo decorreu de Dezembro 2015 a Janeiro de 2016.

As questões de investigação que nortearam este estudo foram as seguintes:

Q1: Quais as atitudes dos adolescentes face à sexualidade?

Q2: Quais os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade?

Q3: Qual a influência das características sociodemográficas (idade, género, estatuto socioeconómico) nas atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade?

Q4: Qual a influência das características sociodemográficas (idade, género, estatuto socioeconómico) nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade?

Q5: Como os adolescentes percecionam o apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família?

Q6: Como os Enfermeiros de Família percecionam a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da educação sexual?

Operacionalização de variáveis

O investigador depara-se com “algo” que necessita de medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação que se define como variável (Marôco, 2010).

Variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas: idade, género, estatuto socioeconómico

Variáveis dependentes:

- Atitudes dos adolescentes face à sexualidade
- Conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (1999) a população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações, contudo, há que ter em conta que a população selecionada pode não ser representativa do universo.

Neste estudo, consideraram-se os adolescentes inscritos na USF Moliceiro entre os 11-19 anos de idade, o que corresponde a um total de 1505 adolescentes, sendo 768 adolescentes do sexo feminino e 737 do sexo masculino, dados obtidos através da base de dados do sistema informático da USF Moliceiro em Dezembro de 2015.

A amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo (Fortin,1999). Para este estudo foi utilizada a amostragem do tipo não probabilística por conveniência, pois de acordo com Fortin (2009) esta é constituída por indivíduos que são facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão pré-estabelecidos e precisos.

A amostra é constituída por 100 adolescentes que compareceram à consulta de Saúde Infantil e Juvenil, à consulta de PF e a consultas oportunistas dos inscritos na USF Moliceiro durante o período de Dezembro de 2015 a Janeiro de 2016.

No que diz respeito à entrevista de FG que foi realizada com os enfermeiros da USF Moliceiro, esperava-se um total de 8 participantes, correspondendo ao total de enfermeiros da USF, no entanto, apenas 5 Enfermeiros de família compareceram ao FG.

Os critérios de inclusão para a abordagem quantitativa foram os seguintes: Adolescentes inscritos na USF Moliceiro e com capacidades cognitivas para responder autonomamente ao questionário e a existência de consentimento livre e esclarecido do adolescente e pais ou tutor legal. Os critérios de inclusão para o FG foram os seguintes: o EF deve ser membro da Equipa USF Moliceiro e prestar o seu consentimento livre e esclarecido.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Neste capítulo, pretende-se descrever as características dos instrumentos de colheita de dados e os aspetos de fidelidade e validade, bem como os tipos de análise estatística úteis no tratamento de dados.

No âmbito da abordagem quantitativa foi aplicado um questionário de autopreenchimento. Este permitiu a obtenção de dados junto de um grande número de indivíduos, sendo impessoal e anónimo, permitindo aos participantes exprimir livremente as suas opiniões (Fortin, 2009).

Os questionários foram preenchidos voluntariamente pelos adolescentes no âmbito das consultas já referidas, sendo assegurada a sua privacidade numa sala à parte onde permaneceram sozinhos e solicitando algum esclarecimento ao investigador quando necessário. Este questionário é composto por duas partes (ANEXO I): (I) questões sociodemográficas, designadamente, o sexo, a idade e a avaliação socioeconómica da família através da EG. Essa vai possibilitar a determinação do estrato social da família. Inclui um conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Preenche-se de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar e faz-se a soma das pontuações obtidas em cada um destes parâmetros (Amaro, 2001); (II) questões referentes às atitudes e aos conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.

Para avaliar as atitudes sexuais utilizou-se o instrumento que se designa por “Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes” (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010). É uma escala constituída por 26 itens, cada item possui uma escala ordinal tipo Likert, com cinco alternativas de resposta que vão desde o concordo totalmente ao discordo totalmente (5 pontos e 1 ponto, respetivamente). Os itens 1, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23 e 24 são cotados inversamente. Quanto maior é a pontuação obtida, mais favoráveis são as atitudes dos adolescentes face à sexualidade. Mediante os resultados obtidos, é possível identificar três grupos de corte para as Atitudes face à sexualidade - Desfavoráveis, Indiferentes e Favoráveis (valor médio \pm 0.25 dp): Desfavorável = $\leq M - 0.25$ dp; Indiferente = $\geq M - 0.25$ dp; $M \leq$ Favorável = $\geq M + 0.25$ dp (Pestana e Gageiro, 2005).

Para este estudo adaptaram-se de um estudo internacional algumas das questões que foram consideradas mais pertinentes para avaliar os conhecimentos sobre sexualidade, incidindo maioritariamente nos temas referentes aos métodos contraceptivos e às DST's. Esta parte é constituída por 14 itens, cada item possui uma escala ordinal tipo Likert, com três alternativas de resposta que vão desde o Concordo (1), Não concordo nem discordo (2) e Discordo (3) com base no questionário o “Comportamento e Saúde em adolescentes em idade escolar” (Relatório do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), (2010). O HBSC é um estudo colaborativo da OMS que pretende investigar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos em vários países, incluindo Portugal com o objetivo de compreender os seus estilos de vida (Matos, et al, 2010).

Este estudo tem ainda uma abordagem qualitativa em que foi utilizada a técnica de entrevista de FG, fonte primária de informação, também designada como grupo de discussão. Para orientar a discussão do FG e após a análise dos dados quantitativos foi elaborado um guião onde se definiram e limitaram os tópicos a serem abordados (ANEXO II). É, em geral, suficiente uma lista de quatro ou cinco perguntas formuladas em linguagem corrente. As perguntas têm de ser definidas e organizadas seguindo uma certa sequência, começando pelas mais

genéricas (Silva, Veloso e Keating, 2014), de modo a que permitam um grande grau de liberdade de resposta e que conduzam a um momento de discussão.

Apesar de constituir uma estratégia arriscada, a realização de apenas um FG, esse risco foi minimizado pelo recurso à triangulação de métodos e fontes de colheita de dados, assim como a diferentes métodos de análise dos dados. A utilização de diferentes métodos e técnicas num mesmo estudo é denominada de triangulação, que conduz a um retrato mais completo e holístico do fenómeno em estudo (Duarte, 2009).

3.4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Avaliação inicial - Iniciou-se com o levantamento de uma lista nominal dos adolescentes através do Sistema Informático da USF organizada por EF, com consulta programada entre Dezembro 2015 e Janeiro 2016. Os questionários foram auto-preenchidos pelos adolescentes que recorreram às consultas de Saúde Infantil e Juvenil, PF e outras consultas oportunistas após o seu consentimento informado e dos pais/tutor.

Após a colheita, tratamento e análise de dados quantitativos através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS- versão 23) foram convocados para uma sessão de FG os enfermeiros de família da USF, com o objetivo de avaliar qual a sua perceção relativamente aos resultados apresentados e posterior reflexão sobre as estratégias de intervenção no âmbito da ES. Para orientação da interação do grupo foi elaborado um guião de entrevista tendo em conta a análise de resultados, estabelecendo os tópicos para discussão, a qual foi gravada.

É devido à participação de várias pessoas que o FG obtém um nível de “controlo de qualidade” sobre os dados recolhidos, julgando os prós e os contras da argumentação de cada pessoa, evitando, assim, opiniões extremas. Num curto período de tempo, é possível recolher uma grande quantidade de informação qualitativa (Silva, Veloso e Keating, 2014). Este método também proporciona flexibilidade e riqueza na colheita de dados, normalmente indisponíveis quando se aplica um instrumento individual, bem como espontaneidade na discussão entre os participantes (Oliveira & Freitas, 1998).

Posteriormente, passou-se à fase dedicada à análise dos dados qualitativos processo que foi realizado manualmente. O FG foi gravado e depois alvo de transcrição para um documento *word*, devendo esta ser uma reprodução o mais fiel possível de modo a que a sua leitura permita “visualizar” o que ocorreu no grupo (Silva, Veloso e Keating, 2014).

A análise qualitativa decorreu ao longo de três etapas: i) pré-análise: o texto é sujeito a uma leitura para a análise após transcrição e formulação de hipóteses; ii) exploração do material: refere-se à análise de conteúdo e operações de codificação, considerando-se os cortes de texto em unidades de registo, classificando-se a informação em categorias; iii) tratamento dos

resultados, inferência e interpretação: deve consistir em captar os conteúdos manifestados e latentes no material de análise (Bardin, 2008).

Avaliação final – confrontação e análise das perspectivas dos adolescentes e Enfermeiros de família mediante os resultados do questionário e da análise de conteúdo das entrevistas de FG, no sentido de elaborar um conjunto de possíveis recomendações a serem integradas nos cuidados antecipatórios de forma a contribuir para a melhoria da qualidade das práticas do EF no âmbito da ES junto dos adolescentes que recorrem às consultas na USF.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Independentemente do estudo a ser realizado, a investigação deve respeitar os direitos da pessoa. Conforme é referido por Fortin (2009): o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes.

Assim, para o cumprimento dos procedimentos ético-legais foi elaborado um documento de consentimento informado a ser preenchido pelos adolescentes/pais/enfermeiros (Anexos III, IV, V). Este consentimento enfatiza o objetivo e a justificativa da pesquisa e, principalmente, a premissa do anonimato. Apoiado nesse princípio foi garantido o sigilo dos dados individuais de cada questionário, sendo esclarecido que não se pretende e nem se poderá identificar os autores das respostas.

Foi realizado um pedido de autorização ao coordenador da respetiva USF e à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro, ao qual se obteve parecer positivo (Anexos VI e VII).

Também foi pedida autorização à autora da validação da escala utilizada para identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, a qual deu a sua permissão para a sua aplicação (Anexo VIII).

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Na análise de dados quantitativos, recorreu-se à estatística descritiva para descrever a amostra determinando-se frequências absolutas e percentuais, valores mínimos e máximos, medidas de localização e dispersão, como a média e o desvio padrão.

Foi ainda utilizada a estatística inferencial com o intuito de verificar como as variáveis independentes (características sociodemográficas) influenciam ou não as variáveis dependentes (atitudes e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade). Na estatística inferencial pode-se nomear a estatística paramétrica e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa sigam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações. Para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov – Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene. A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes não se verificaram (Marôco, 2007).

Para relacionar as variáveis sociodemográficas com as atitudes dos adolescentes face à sexualidade optou-se por utilizar os testes paramétricos, teste t de Student e o teste ANOVA após verificação da normalidade da distribuição com o teste de Kolmogorov - Smirnov. Assim para as variáveis da idade e do estatuto socioeconómico e a sua influência nas atitudes face à sexualidade foi utilizado o teste ANOVA, uma vez que existem três ou mais grupos a comparar. Para a variável do género foi utilizado o teste t de Student, uma vez que a amostra tem dimensão superior a 30 e só existem dois grupos a comparar.

Para relacionar as variáveis sociodemográficas com os conhecimentos sobre sexualidade aplicou-se o teste Kolmogorov - Smirnov para verificar se segue a distribuição normal ($p\text{-value} < 0,001$) e como isto não acontece optou-se por utilizar os testes não paramétricos, Kruskal – Wallis e o teste Mann – Whitney Wilcoxon. Quanto às variáveis da idade e do estatuto socioeconómico e a sua influência nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade foi utilizado o teste Kruskal – Wallis, uma vez que apresenta três ou mais grupos a comparar. Para a variável do género foi aplicado o teste de Mann – Whitney Wilcoxon pois só apresenta dois grupos a comparar. Neste estudo utilizaram-se os seguintes valores de significância: $p\text{-value} < 0,05$ verificam-se diferenças significativas e $p\text{-value} < 0,001$ verificam-se diferenças extremamente significativas.

Relativamente ao tratamento dos dados qualitativos mediante as entrevistas de FG utilizou-se a técnica de análise de conteúdo predominantemente indutiva de acordo com os princípios definidos por Bardin (2008), em que se definem categorias relacionadas com os fragmentos de texto referidos pelos Enfermeiros de família que se denominam as unidades de registo. O objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A tabela nº 1 evidencia que a amostra em estudo é constituída por 100 adolescentes, dos quais 69% são do sexo feminino e 31% são do sexo masculino. Pode verificar-se que as percentagens de participação neste estudo segundo os grupos etários são relativamente semelhantes, sendo os adolescentes dos 11-13 anos os de maior percentagem com 36%, seguidos dos 17-19 anos de idade com 34% e com 30%, o grupo etário dos 14-16 anos. A grande maioria dos adolescentes que participaram no estudo é de nacionalidade Portuguesa apresentando 94% do total da amostra para apenas 6% das restantes nacionalidades. Foi ainda utilizada a EG para identificar o estatuto socioeconómico e verificou-se que a maioria é de classe média e média alta, com 41% e 43%, respetivamente. Com uma percentagem de 10% os adolescentes de classe média baixa e de 6% os de classe alta.

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente ao género, idade, nacionalidade e estatuto socioeconómico

Características	Amostra global	Percentagem
Género	Frequência (n)	%
Masculino	31	31,0
Feminino	69	69,0
Total	100	100,0
Idade	Frequência (n)	%
(11-13)	36	36,0
(14-16)	30	30,0
(17-19)	34	34,0
Total	100	100,0
Nacionalidade	Frequência (n)	%
Portuguesa	94	94,0
Outra	6	6,0
Total	100	100,0
Estatuto Socioeconómico	Frequência (n)	%
Classe alta	6	6,0
Classe média alta	43	43,0
Classe média	41	41,0
Classe média baixa	10	10,0
Classe baixa	0	0,0
Total	100	100,0

4.2 RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os principais resultados serão apresentados com o recurso a tabelas onde se evidenciam os dados mais relevantes do estudo que permitem o processo de descrição, análise e interpretação de dados a partir das questões de investigação definidas.

4.2.1 As atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade

Para avaliar as atitudes sexuais utilizou-se o instrumento que se designa por Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes que avalia aspetos relacionados com o namoro, a relação com os pares e os pais e com a sexualidade. Nelas (2010) propõe como exemplo de itens relativos ao namoro (1, 8 e 22), da relação com os pares e os pais (2 e 14) e aspetos relacionados com a sexualidade (9,11 e 16). Optou-se pela não utilização destas dimensões na análise dos resultados porque não foi possível identificar a que dimensão os restantes itens pertencem apesar da pesquisa bibliográfica nesse sentido.

O Coeficiente *alfa de Cronbach* mede a correlação entre cada escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada boa (Pestana & Gageiro, 2005). A Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes apresenta um valor de coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,814.

Quanto maior é a pontuação obtida, mais favoráveis são as atitudes dos adolescentes face à sexualidade (Nelas, 2010).

Para identificar quais as atitudes que os adolescentes concordam mais, efetuou-se uma análise descritiva apresentada na tabela nº2. Esses itens são os seguintes: 3, 5, 6, 7, 8, 17, 18 e 22. Verificamos uma maior concordância relativamente ao item 3- A procura da independência faz parte da adolescência; item 5- A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo; item 6- Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas; item 7- Sou agradável no contato com os outros; item 8- Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação; item 17- Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios; item 18- A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas; item 22- As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas das atitudes dos adolescentes

Itens	Média	Mediana	Moda	Dp	Mínimo	Máximo
1- Para namorar basta que alguém goste de mim.	2,16	2,00	1,00	1,21	1,00	5,00
2- Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem	1,57	1,00	1,00	,81	1,00	5,00
3- A procura da independência faz parte da adolescência	3,69	4,00	4,00	,97	1,00	5,00
4- O desgosto amoroso só me acontece a mim	1,56	1,00	1,00	,92	1,00	5,00
5- A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo	4,31	5,00	5,00	,95	1,00	5,00
6- Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas	3,73	4,00	4,00	,91	1,00	5,00
7- Sou agradável no contato com os outros	4,07	4,00	4,00	,77	2,00	5,00
8- Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação	4,32	5,00	5,00	,86	2,00	5,00
9- As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis	1,69	1,00	1,00	,95	1,00	4,00
10- Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a	2,51	3,00	3,00	1,19	1,00	5,00
11- As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens	2,28	3,00	3,00	,99	1,00	5,00
12- Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes	2,14	2,00	1,00	1,26	1,00	5,00
13- As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos	1,86	1,00	1,00	1,03	1,00	5,00
14- Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais	2,27	2,00	1,00	1,15	1,00	5,00
15- A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens	3,45	3,00	3,00	1,12	1,00	5,00
16- Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade	1,45	1,00	1,00	1,04	1,00	5,00
17- Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios	3,65	4,00	4,00	1,03	1,00	5,00
18- A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas	4,52	5,00	5,00	,77	1,00	5,00

Itens	Média	Mediana	Moda	Dp	Mínimo	Máximo
19- Só os rapazes deveriam ter educação sexual	1,25	1,00	1,00	,66	1,00	5,00
20- A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente	2,05	2,00	1,00	1,09	1,00	5,00
21- A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento	1,85	1,00	1,00	1,19	1,00	5,00
22- As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais	3,76	4,00	5,00	1,16	1,00	5,00
23- A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la	2,22	2,00	1,00	1,15	1,00	5,00
24- Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias	2,46	2,50	3,00	1,20	1,00	5,00
25- As relações sexuais antes do casamento são um pecado	1,79	1,00	1,00	1,16	1,00	5,00
26- Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas	2,07	2,00	1,00	1,19	1,00	5,00

Mediante os resultados obtidos, é possível identificar três grupos de corte para as atitudes face à sexualidade - Desfavoráveis, Indiferentes e Favoráveis (valor médio \pm 0.25 dp): Desfavorável = $\leq M - 0.25$ dp; Indiferente = $\geq M - 0.25$ dp $\geq M \leq M + 0.25$ dp; Favorável = $\geq M + 0.25$ dp (Pestana & Gageiro, 2005).

De acordo com a metodologia determinou-se a média dos 26 itens (média=3,58 e desvio padrão=0,286). Identificaram-se os três grupos de corte para as atitudes face à sexualidade - Desfavoráveis, Indiferentes e Favoráveis.

Na tabela nº3 é apresentada a percentagem de adolescentes com atitudes desfavoráveis (45%), favoráveis (41%) e ainda com atitudes de indiferença face à sexualidade (14%).

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes por atitudes sexuais

Atitudes sexuais	Amostra global frequência (n)	Percentagem (%)
Desfavoráveis	45	45,0
Indiferentes	14	14,0
Favoráveis	41	41,0
Total	100	100,0

4.2.2 Os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade

Os conhecimentos são avaliados através de uma escala de likert com as seguintes opções de resposta 1- Concordo, 2- Não concordo nem discordo e 3- Discordo. Quanto menor a pontuação maior será o conhecimento e quanto maior a pontuação menor será o conhecimento.

Na tabela nº4 é apresentada uma análise descritiva dos conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade.

Os itens que os adolescentes concordam por ordem decrescente de acordo com a média são os seguintes: 12- A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero (1,52); 13- O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis (1,47); 4- Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde (1,36); 1- O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais (1,30); 5- Deve-se verificar a validade do preservativo (1,24); 9- O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz (1,23); 11- A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós (1,20); 2- Há cuidados especiais na colocação do preservativo (1,19); 6- O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis (1,16); 14- A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas (1,12).

Os itens que os adolescentes discordam por ordem decrescente de acordo com a média são os seguintes: 3- Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo (2,58); 8 - Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula (2,55); 7 - A pílula impede a transmissão de infeções sexuais (2,45).

Os adolescentes concordam com as afirmações corretas apresentadas no questionário com exceção do item 10- Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis (2,29).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos conhecimentos sobre sexualidade dos adolescentes

Itens	Média	Mediana	Moda	Dp	Mínimo	Máximo
1- O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	1,30	1,00	1,00	,50	1,00	3,00
2-Há cuidados especiais na colocação do preservativo	1,19	1,00	1,00	,44	1,00	3,00
3-Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	2,58	3,00	3,00	,68	1,00	3,00
4-Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde	1,36	1,00	1,00	,54	1,00	3,00
5-Deve-se verificar a validade do preservativo	1,24	1,00	1,00	,51	1,00	3,00
6-O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis	1,16	1,00	1,00	,44	1,00	3,00
7-A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	2,45	3,00	3,00	,78	1,00	3,00
8-Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	2,55	3,00	3,00	,66	1,00	3,00
9-O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	1,23	1,00	1,00	,47	1,00	3,00
10-Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis	2,29	2,00	3,00	,76	1,00	3,00
11-A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	1,20	1,00	1,00	,47	1,00	3,00
12- A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero	1,52	1,00	1,00	,59	1,00	3,00
13-O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	1,47	1,00	1,00	,61	1,00	3,00
14-A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas	1,12	1,00	1,00	,41	1,00	3,00

4.2.3 A influência das características sociodemográficas nas atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade

Aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar se segue uma distribuição normal ($p\text{-value}=0,200$), nesse sentido vão aplicar-se os testes paramétricos t-test ou ANOVA.

Na tabela nº5 evidenciam-se os resultados após aplicação do teste ANOVA para verificar a relação das atitudes face à sexualidade e a idade.

Existem diferenças estatisticamente significativas (significativo a 5%) pelo menos em dois grupos de idades diferentes. Verifica-se que o grupo etário dos 17-19 apresenta em média atitudes mais favoráveis relativamente à sexualidade e que o grupo etário dos 11-13 anos apresenta atitudes menos favoráveis face à sexualidade.

Tabela 5 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto à idade

Idade	n	Média	Dp	F	p-value
11-13	36	3,48	0,31	8,105	0,001
14-16	30	3,54	0,22		
17-19	34	3,73	0,26		

Na tabela nº6 apresentam-se os resultados obtidos através do teste t-student que evidenciam a relação entre as atitudes face à sexualidade e o género, não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto ao género.

Género	n	Média	Dp	T	p-value
Feminino	69	3,56	0,299	-1,220	0,227
Masculino	31	3,63	0,254		

Na tabela nº7 para verificar a influência do estatuto socioeconómico nas atitudes dos adolescentes face à sexualidade aplicou-se o teste ANOVA e os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 - Relação das atitudes face à sexualidade dos adolescentes quanto ao estatuto socioeconómico

Estatuto socioeconómico	n	Média	Dp	F	p-value
Classe alta	6	3,70	0,24	1,702	0,172
Classe média alta	43	3,52	0,27		
Classe média	41	3,60	0,30		
Classe média baixa	10	3,71	0,29		

4.2.4 A influência das características sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade

Aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar se segue a distribuição normal ($p\text{-value} < 0,001$), neste sentido vão-se aplicar os testes não paramétricos Kruskal-Wallis para a idade e o estatuto socioeconómico e o teste Mann-Whitney Wilcoxon para o género.

Na tabela nº8 apresentam-se os resultados para a relação dos conhecimentos dos adolescentes face à idade utilizando o teste Kruskal-Wallis.

Existem diferenças estatisticamente significativas para os itens 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Os adolescentes dos 17-19 anos apresentam maior conhecimento, discordam em relação aos itens 3, 7, 8 e 10 que se referem respetivamente, “Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo”, “A pílula impede a transmissão de infeções sexuais”, “Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula”. No entanto apresentam uma maior discordância relativamente ao item 10 “Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis”.

Os adolescentes dos 11-13 anos apresentam menor conhecimento, discordam em relação aos itens 4, 6, 9 e 11 que se referem respetivamente, “Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde”, “O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis”, “O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz” e “A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós”.

Tabela 8 - Relação dos conhecimentos dos adolescentes face à idade

Itens	Média de Ordenação Idade			Qui-quadrado	p-value
	11-13	14-16	17-19		
1- O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	54,58	49,57	47,00	2,034	0,362
2-Há cuidados especiais na colocação do preservativo	54,25	52,08	45,13	4,365	0,113
3-Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	39,50	52,13	60,71	14,313	0,001
4-Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde	65,44	45,87	38,76	23,623	<0,001
5-Deve-se verificar a validade do preservativo	57,06	47,23	46,44	5,960	0,051
6-O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis	57,83	47,23	45,62	10,700	0,005
7-A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	39,43	56,22	57,18	11,130	0,004
8-Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	39,46	55,77	57,54	11,439	0,003
9-O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	63,43	44,90	41,75	22,718	<0,001
10-Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis	41,50	52,08	58,63	7,345	0,025
11-A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	57,29	50,08	43,68	9,072	0,011
12- A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero	45,46	50,73	55,63	2,771	0,250
13-O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	50,11	52,57	49,09	0,314	0,855
14-A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas	52,86	51,00	47,56	2,424	0,298

Na tabela nº9 são evidenciados os resultados do teste Mann-Whitney Wilcoxon, para comparar os itens do conhecimento relativamente à sexualidade com o género.

Para o género, existem diferenças estatisticamente significativas (significativo a 5%) apenas no item 12 - A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero. Os adolescentes do sexo masculino apresentam discordância relativamente a esta afirmação.

Tabela 9 – Relação dos conhecimentos dos adolescentes face ao género.

Itens	Média de Ordenação Género		Z	p-value
	F	M		
1- O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	50,20	51,18	-0,201	0,841
2-Há cuidados especiais na colocação do preservativo	52,07	47,02	-1,235	0,217
3-Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	50,24	51,08	-0,165	0,869
4-Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde	52,51	46,02	-1,263	0,206
5-Deve-se verificar a validade do preservativo	51,78	47,66	-0,943	0,346
6-O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis	50,42	50,68	-0,070	0,944
7-A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	50,87	49,68	-0,221	0,825
8-Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	49,79	52,08	-0,431	0,666
9-O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	51,36	48,58	-0,627	0,531
10-Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis	52,15	46,82	-0,923	0,356
11-A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	52,09	46,97	-1,251	0,211
12- A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero	45,23	62,23	-3,073	0,002
13-O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	49,23	53,32	-0,747	0,455
14-A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas	48,81	54,26	-1,750	0,080

De seguida, a tabela nº10 apresenta os resultados que comparam os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade com o estatuto socioeconómico em que se utilizou o teste Kruskal-Wallis.

Quanto ao estatuto socioeconómico e a sua influência nos conhecimentos existem diferenças estatisticamente significativas apenas nos itens seguintes: item 2- Há cuidados especiais na colocação do preservativo em que se verifica discordância da classe média baixa (63,3%) e da classe média alta (53,4%) e maior concordância da classe alta (42,0%) e da classe média (45,6%) e item 4- Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde, que apresenta discordância da classe média alta (56,9%) e da classe média baixa (56,7%) e maior concordância da classe alta (42,1%) e da classe média (43,5%).

Tabela 10 – Relação dos conhecimentos dos adolescentes face ao estatuto socioeconómico

	Média de Ordenação Classes de grafar				Qui- Quadrado	p- value
	Alta	Média alta	Média	Média baixa		
1- O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais	36,50	50,17	51,18	57,50	3,295	0,348
2-Há cuidados especiais na colocação do preservativo	42,00	53,40	45,59	63,30	9,571	0,023
3-Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo	66,00	51,47	47,07	51,10	3,528	0,317
4-Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde	42,08	56,94	43,46	56,70	8,172	0,043
5-Deve-se verificar a validade do preservativo	40,50	53,24	47,52	56,90	4,165	0,244
6-O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis	53,17	52,05	47,55	54,35	2,271	0,518
7-A pílula impede a transmissão de infeções sexuais	55,33	47,01	52,39	54,85	1,610	0,657
8-Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula	68,50	50,31	48,55	48,50	3,546	0,315
9-O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz	48,17	56,20	44,78	50,85	6,583	0,086
10-Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis	52,08	46,66	54,12	51,20	1,669	0,644
11-A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós	51,50	52,15	46,73	58,25	3,647	0,302
12- A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero	58,67	54,05	44,95	53,10	3,473	0,324
13-O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis	37,25	52,64	47,51	61,50	4,407	0,221
14-A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas	46,00	50,72	48,37	61,00	6,818	0,078

4.2.5 A percepção dos adolescentes acerca do apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família

Para identificar a percepção dos adolescentes acerca do apoio do EF ao nível da ES efetuou-se uma análise descritiva dos resultados apresentados na tabela nº11.

Há uma percentagem de 44% dos adolescentes que, considera que nas últimas consultas com o EF, o tema da ES não foi abordado.

Verifica-se ainda que metade da amostra (50%) de adolescentes afirma que o tema das DST's não foi abordado e apenas 24% afirma que sim. Relativamente aos sentimentos, preocupações e angústias 47% dos adolescentes considera que não são abordados e 22% considera que sim. Quanto à masturbação a maioria dos adolescentes, 57%, considera que este tema não foi abordado e 14% considera que sim. O tema da reprodução e desenvolvimento do corpo apresenta uma percentagem de 45% de adolescentes que considera que o tema não foi abordado e 35% afirma que sim. Quanto aos comportamentos e relacionamentos a maioria 44% dos adolescentes responde que não foi abordado e 33% diz que sim. Verifica-se ainda uma percentagem considerável de adolescentes que não querem manifestar a sua opinião relativamente aos itens apresentados.

Resumindo, pode-se afirmar que a maior percentagem de adolescentes respondeu Não às várias questões, excetuando a questão 3 em que metade da amostra considera-se esclarecida relativamente aos temas abordados pelo EF e a questão 4 em que o apoio do EF é insuficiente em relação à ES.

Tabela 11 - Percepção dos adolescentes sobre o apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família.

Itens	Sim %	Não sei %	Não %
1- Nas últimas consultas no Centro de Saúde, os enfermeiros abordaram a Educação sexual?	32%	24%	44%
2a- Os temas abordados foram...doenças sexualmente transmissíveis	24%	26%	50%
2b- Os temas abordados foram...sentimentos, preocupações e angústias	22%	31%	47%
2c- Os temas abordados foram... masturbação	14%	29%	57%
2d- Os temas abordados foram... reprodução e desenvolvimento do corpo	35%	20%	45%
2e- Os temas abordados foram... comportamentos e relacionamentos	33%	25%	42%
3- Relativamente aos temas abordados considera-se esclarecido?	50%	29%	21%
4- Considera que o apoio que tem relativamente a esta temática por parte do seu Enfermeiro de família é suficiente?	37%	43%	20%

4.2.6 A percepção dos Enfermeiros de Família sobre a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da Educação Sexual

A entrevista de FG aos enfermeiros da USF é constituída por quatro questões abertas:

- a) Quem tem a iniciativa da abordagem da temática da sexualidade nas consultas de Enfermagem?
- b) Quais os temas que consideram mais fáceis e mais difíceis de abordar? Porquê?
- c) Quais são as metodologias/estratégias que utilizam nessa abordagem?
- d) Que tipo de formação consideram ser essencial para dar resposta adequada às necessidades deste tipo de consulta?

Para identificar a percepção dos enfermeiros relativamente à iniciativa da abordagem da temática da sexualidade nas consultas de enfermagem efetuou-se uma análise interpretativa apresentada na tabela nº12. Relativamente à questão a) os enfermeiros consideram que existem três categorias, o enfermeiro, o adolescente e os pais.

Tabela 12 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à percepção dos Enfermeiros de Família relativamente à abordagem da temática da sexualidade nas consultas de Enfermagem.

	Categorias	Unidade de registo exemplificativa
Iniciativa da abordagem da temática da Sexualidade	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro 1 “Por norma é do enfermeiro, eles sentem-se inibidos, eles não vêm a uma consulta para falar de sexualidade, vêm a uma consulta de avaliação”.• Enfermeiro 3 “Normalmente são sempre os enfermeiros. Quando perguntamos sobre sexualidade temos pais que abordam o assunto e referem abertura em casa mas a primeira pergunta sai sempre do enfermeiro”.• Enfermeiro 4 “Quem tem a iniciativa é quase sempre o enfermeiro”
	Adolescente	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro 2 “Se for a primeira vez que o adolescente contacta connosco nunca aborda a questão da sexualidade, se nos conhecer nesta fase aborda porque está familiarizado connosco”.• Enfermeiro 4 “ Um adolescente 15/16 anos é possível que inicie essa abordagem”
	Pais	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro 2 “ Às vezes são os pais a pedir, a mãe vem pedir anteriormente para marcar uma consulta para falar de sexualidade, para as enfermeiras falarem com o adolescente na consulta de planeamento”

Para identificar a percepção dos enfermeiros relativamente aos temas que consideram mais fáceis e mais difíceis de abordar e o motivo, efetuou-se uma análise interpretativa apresentada na tabela nº13. Os temas que os Enfermeiros de Família consideram mais fáceis de abordar são o desenvolvimento físico, os métodos contraceptivos e a gravidez indesejada. Por sua vez, os temas que consideram mais difíceis referem-se à iniciação da vida sexual, aos sentimentos/angústias, à masturbação e às DST's. Os motivos de considerarem mais fácil ou difícil de abordar determinado tema estão evidenciados nas unidades de registo nesta tabela.

Tabela 13 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à percepção dos Enfermeiros de Família relativamente aos temas que consideram mais fáceis e mais difíceis de abordar

	Categorias	Unidade de registo exemplificativa
Temas que o enfermeiro de família considera mais fáceis de abordar	Desenvolvimento físico	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 1 "Mais fácil de abordar é o desenvolvimento físico".
	Métodos contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 2 "Métodos contraceptivos é mais fácil de abordar". Enfermeira 4 "Métodos contraceptivos é mais fácil de abordar nos 15/16 anos". Enfermeira 5 "Contraceção é o tema que os adolescentes têm mais interesse".
	Gravidez indesejada	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 1 "Também é fácil abordar a gravidez indesejada na adolescência".
Temas que o enfermeiro de família considera mais difíceis de abordar	Iniciação da vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 1 "É difícil transmitirem que iniciaram a vida sexual, é mais fácil quando vêm sozinhos". Enfermeira 3 "A primeira relação que não correu bem, em que existe o medo, pode ser difícil para o adolescente falar e tentar que se sinta à vontade para explicar o que se passa, é difícil dar a volta para chegar lá, a abordagem pode ser difícil".
	Sentimentos / angústias	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 1 "Os adolescentes não se abrem porque têm os pais ao lado, eles querem falar mas ao mesmo tempo não querem falar e nós temos de dar a volta para saber onde querem eles chegar" Enfermeira 2 " O nosso papel é gerir e desdramatizar sentimentos do adolescente, perceber o que o adolescente quer para ir ao encontro dele". Enfermeira 4 " Eu percebo que o adolescente não responde pela presença da mãe através da sua expressão facial. Pedimos para ela sair mas às vezes respondem a minha filha é menor, querem estar presentes e não conseguimos abordar o assunto". Enfermeiro 5 " O codificar as dúvidas dos adolescentes, sentimentos".
	Masturbação	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 2 "Masturbação só mais para frente, se calhar só com 17 anos". Enfermeiro 4" Sonhos molhados".
	Doenças sexualmente transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 1 "Doenças sexualmente transmissíveis podemos não falar mas eu sei que é tratado nas escolas." Enfermeiro 2 "Dizemos que o preservativo protege mas se calhar não abordamos o que é a sífilis". Enfermeira 4 "Doenças sexualmente transmissíveis eu costumo falar".

Para identificar a perceção dos Enfermeiros de família relativamente às metodologias utilizadas para abordar a temática da sexualidade efetuou-se uma análise interpretativa apresentada na tabela nº14. Os Enfermeiros de família referem como metodologias utilizadas a expositiva, a utilização de modelos/simulação, novas tecnologias e sessões individuais/grupo.

Tabela 14 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente às metodologias utilizadas para abordar a temática da sexualidade

	Categorias	Unidade de registo exemplificativa
Metodologias/estratégias	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 1 “Também temos folhetos”. Enfermeiro 5 “Exatamente o expositivo”.
	Modelos/simulação	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 1 “Não usamos muito os modelos, só mais em caso de dúvida e nas consultas de planeamento”.
	Novas tecnologias	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 3 “A internet”. Enfermeiro 4 “Ligar o computador e mostrar exemplos”.
	Sessões individuais/grupo	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 2: “Os adolescentes quando não estão esclarecidos, sabem mobilizar-se, a quem recorrer o que é suficiente, só o fato de saberem que podem vir a qualquer hora procurar o enfermeiro e esclarecem a mais pequena dúvida é suficiente” Enfermeiro 3 “No liceu o enfermeiro ia lá falar em contexto da saúde escolar e como em grupo era difícil falar, expor as dúvidas de forma individual e publicamente as questões eram colocadas numa caixa e depois discutidas em grupo”.

Para identificar a perceção dos Enfermeiros de família relativamente ao tipo de formação que o EF considera ser essencial para dar resposta adequada às necessidades desta consulta efetuou-se uma análise interpretativa apresentada na tabela nº15. O EF considera ser essencial a formação na sub-região (atual ACeS Baixo Vouga), na área da psicologia/relacional e na licenciatura.

Tabela 15 - Resultados da análise interpretativa dos dados relativos à perceção dos Enfermeiros de Família relativamente ao tipo de formação que o enfermeiro de família considera ser essencial para dar resposta adequada às necessidades desta consulta

	Categorias	Unidade de registo exemplificativa
Tipo de formação que o enfermeiro de família considera ser essencial para dar resposta adequada às necessidades desta consulta	Formação na sub-região	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 1 “Já fizemos, havia formação na sub-região de saúde o curso falava de tudo mas agora está mais parada”. “Neste momento o ACeS não está empenhado”.
	Formação na área da psicologia/relacional	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira 2 “Dirigir o ensino? Como cativar “Precisamos de saber a forma para transmitir a informação, como chegar a essa população e fazer com que o adolescente confie em ti...quais as necessidade que eles têm para ir ao encontro deles” Enfermeiro 3 “Saber a maneira/ forma como se aborda a temática”
	Formação na Licenciatura	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro 3 “ Eu tive uma disciplina opcional na escola de enfermagem”

5. DISCUSSÃO

Concluída a fase de análise dos dados inicia-se a discussão dos resultados considerando os objetivos e questões de investigação. Serão destacados os resultados mais significativos do estudo em que se confrontará com a revisão de literatura apresentada no capítulo I, e com os resultados de outros estudos, perspetivando algumas propostas de intervenção.

5.1 As atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade

Quanto às atitudes face à sexualidade, os adolescentes apresentaram uma maior concordância relativamente à importância da ES, considerando que os que têm um melhor entendimento sobre a ES sentem-se melhor consigo próprios (itens 17 e 18), o que vai ao encontro dos resultados apresentados no estudo HBSC de 2006 que refere que os alunos do 2º e 3º ciclos em Portugal gostariam de debater na escola o tema da sexualidade (46,1%), o que evidencia a importância que os adolescentes consagram relativamente à ES. Ainda relativamente à importância da ES, 55,9% dos alunos referem-na como o meio para obter mais informação, 36,8% para tirar dúvidas, 20,5% para saber relacionar-se com outra pessoa, 19,4% para não ter Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e 17,3% para não engravidar (Matos et al, 2006). Também segundo resultados do estudo HBSC de 2010, a maioria dos adolescentes, 72,6% referem a ES como meio para obter mais informação, 42,1% para tirar dúvidas, 15,5% para saber relacionar-se com o outro, 13,3% para não ter SIDA e 11,8% para não engravidar (Matos et al, 2010). Batanete, Lopes & Arranca (2012) referem que os adolescentes consideram que a ES deve ser uma ação conjunta de professores, profissionais de saúde e pais, devendo ser abordada numa disciplina obrigatória na escola.

No nosso estudo, pode destacar-se a relação com os pais, pois os adolescentes referem ter capacidade para falar de assuntos sobre a sexualidade com os seus progenitores (item 14), o que corrobora o estudo de Tórreres, Nascimento & Alchien (2013) em que os adolescentes referem obter informações e tirar dúvidas sobre a sexualidade, 40% com as mães, 30 % com os amigos, 7% com outros familiares, 2% com o ginecologista, 2% com o namorado (a) e 19 % com ninguém. Também no estudo de Nelas (2010), no que diz respeito à família o papel da mãe é o mais representativo, pois é considerada a interlocutora privilegiada para 38.5% dos inquiridos. Assim sendo, pode dizer-se que os pais são bons comunicadores relativamente à sexualidade, o que possibilita educar para a vivência de uma sexualidade saudável em que o papel dos afetos tem uma preponderância significativa uma vez que se constrói a partir do seio familiar. Ramiro & Matos (2008) referem que a atitude parental positiva relativa à sexualidade, o bom relacionamento e a perceção de supervisão parental influenciam no adiamento da primeira relação sexual dos filhos.

Ainda em relação a esta influência dos pais na supervisão dos filhos no que diz respeito à vivência da sexualidade, Frias (2006), refere que os pais são importantes pela transmissão de valores, atitudes e desenvolvimento de competências dos adolescentes a nível sexual. Efetivamente, mesmo com todas as alterações sociais caracterizadas pelo afastamento da família e a aproximação dos pares, esta ainda preserva o seu valor, porque as atitudes presentes no seio familiar continuam a ser exemplos válidos por parte dos adolescentes (López & Fuertes, 1999).

No entanto, Gonçalves, Faleiro & Malafaia (2013), afirmam que existem famílias que privam de alguma forma os seus filhos da ES, pelo valor negativo atribuído a este tema e por acreditarem que os adolescentes são jovens demais para falar sobre isso, considerando que o diálogo antecipa e estimula a prática sexual e também sentem-se pouco à vontade para falar no assunto, fruto da forma como eles próprios foram educados, o que dificulta esta comunicação aberta e crítica, aspeto referido também no estudo de (Almeida & Centa, 2009).

Batanete, Lopes & Arranca (2012) afirmam que para os pais, a principal finalidade da ES é prevenir situações graves como a gravidez na adolescência e a SIDA e deveria ser desenvolvida por especialistas na temática, tais como professores, enfermeiros, psicólogos e médicos numa disciplina obrigatória, sendo esta uma visão limitada e aliada maioritariamente aos aspetos biológicos e reprodutivos esquecendo a dimensão afetiva e prazerosa, apontando a escola como solução para esta problemática, desresponsabilizando-se. Este facto demonstra a necessidade do EF incluir os pais/família nos programas que desenvolve neste âmbito, para que possam refletir sobre as suas crenças, desvincular-se de estereótipos, preconceitos e tabus para que posteriormente sejam intervenientes ativos na ES dos seus filhos de uma forma mais positiva e isenta de repressões.

Relativamente ao grupo de amigos, segundo Matos et al. (2006), Nogueira, Alves & Lobo (2007), Anastácio (2010), Matos et al. (2010) e Teixeira (2011) esses foram considerados os principais interlocutores em assuntos sobre sexualidade tanto para os rapazes como para as raparigas, pois a maior parte dos adolescentes esclarecem as dúvidas com os pares e demonstram dificuldade em conversar com os pais e restante família.

Todos estes resultados segundo Teixeira (2011) reforçam a importância que o grupo de pares apresenta nesta fase da vida pela proximidade de idade, interesses e dúvidas que promove a identificação entre eles e facilita a abordagem de questões sobre sexualidade, no entanto, pode contribuir muitas vezes para a manutenção de crenças erróneas e para a disseminação de informação pouca fidedigna (Pontes, 2011).

Ainda relativamente às atitudes dos adolescentes quanto à sua sexualidade, estes concordam menos em ter relações contra a sua vontade (item 16), sendo que no estudo de Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões (2011) são as raparigas que referem sentir-se mais à vontade para o

fazer. No estudo HBSC de 2010 realizado em Portugal, mais de metade da amostra dos adolescentes (68,5%) afirma que se sentiria à vontade para recusar relações se não quisesse.

Relativamente à procura de informação sobre a temática da sexualidade e à menor concordância com o facto de os adolescentes não consultarem livros sobre sexualidade por considerarem que só mostram “porcarias” (item 24), Nelas (2010) confirma que os adolescentes procuram informação socorrendo-se de vários recursos, destacando-se a *internet* para mais de metade da amostra (55.7%), mas também os livros com (55.4%) que são mais procurados pelas raparigas. Contrariamente, num estudo realizado em unidades básicas de saúde da família no Brasil em adolescentes com idades entre os 10 e 19 anos verifica-se que apenas 2% destes jovens procuram os livros para esclarecimentos sobre a sexualidade (Tôrrres, Nascimento & Alchien, 2013).

Apesar de todas as fontes de informação disponíveis, pode afirmar-se que os adolescentes não têm informação suficiente sobre prevenção, ou se têm, não a manifestam nas suas atitudes, por essa razão a ação em parceria entre EF e família é fundamental para a ES nesta fase da vida. Esta deve ser atualizada e motivadora, devendo utilizar as novas tecnologias sob orientação de adultos (*internet, aplicações de telemóveis, ipads, tablets* entre outros), para promover a capacitação e desenvolvimento de conhecimentos que lhes permitam apresentar comportamentos mais seguros e preventivos relativamente à vivência da sexualidade (Reis & Maia, 2007).

Tendo em conta os resultados do presente estudo identificaram-se três grupos de adolescentes: 45% dos adolescentes apresentam atitudes desfavoráveis, 41% dos adolescentes apresentam atitudes favoráveis e 14% dos adolescentes apresentam atitudes indiferentes. Assim sendo, atitudes favoráveis e desfavoráveis aproximam-se a nível percentual, mas considera-se preocupante a percentagem que exhibe atitudes desfavoráveis face à sexualidade, o que leva a supor que esses adolescentes apresentam condutas que comprometem a vivência saudável da sua sexualidade. As atitudes face à sexualidade indicam determinados comportamentos, pelo que diferentes atitudes levam a diferentes padrões de comportamento sexual, nomeadamente no que diz respeito à adoção de comportamentos de risco (Pontes, 2011).

Os resultados obtidos neste estudo são diferentes apesar de aproximados a nível percentual ao estudo de Nelas (2010) e ao de Teixeira (2011) pois quanto à classificação de atitudes face à sexualidade, constatou-se que a maioria dos adolescentes apresenta atitudes favoráveis (43,8% e 46,6%), seguida pelos adolescentes que têm atitudes desfavoráveis (36,9% e 40,4%) e, por último, os que têm atitudes indiferentes face à sexualidade (19,3% e 13%). Tendo em conta estes estudos realizados em 2010 e 2011 respetivamente, e o presente estudo realizado em 2015/2016 era expectável que os resultados fossem outros, ou seja, que as atitudes face à sexualidade fossem maioritariamente favoráveis, supondo que os adolescentes ao longo dos últimos anos têm tido mais acesso a informação e formação neste âmbito.

Existe evidência científica de que as atitudes dos adolescentes face à sexualidade sofrem alterações no sentido de se tornarem mais favoráveis pelo facto de serem objeto de intervenções formativas. Segundo Nelas (2010), os resultados do seu estudo com adolescentes do 9ºano do distrito de Aveiro e Viseu evidenciam que antes de uma intervenção formativa sobre sexualidade, 36,9% dos adolescentes apresentam atitudes desfavoráveis face à sexualidade e 43,1% favoráveis e após a formação os valores apresentados são de 28,3% e 53,6% respetivamente. Surge assim, a importância da implementação de programas de ES para uma mudança no sentido de atitudes sexuais mais liberais que é evidenciada por Ribeiro, Pontes & Santos (2012) sendo talvez a mudança mais favorável se o pensamento for direcionado para a vivência sexual mais liberal tendo em conta que o aumento da informação e apoio nesta área conduz os adolescentes a uma forma de vida mais saudável.

5.2 Os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade

Os adolescentes apresentam conhecimentos relativamente à utilização do preservativo nas relações sexuais (item 1), aquando na primeira relação sexual (item 3), nos cuidados especiais na colocação do preservativo (item 2), como na verificação da sua validade (item 5). Consideram que a prevenção das IST's depende muito do comportamento de cada um (item 11) e que o uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz (item 9). Sabem que os preservativos podem ser adquiridos no Centro de Saúde (item 4) e que é o único método que protege contra as IST's e que além da sua utilização é necessário tomar a pílula (itens 6, 7 e 8). Têm o conhecimento que a vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero (item 12) e compreendem que o PF orienta para a vivência de uma sexualidade saudável (item 13), evidenciando ainda que a ES serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas (item 14).

Estes dados de uma forma geral traduzem bons conhecimentos porque se verifica uma maior concordância com as afirmações que se encontram corretas. Também Vilar & Ferreira (2009) salienta que no total da amostra do seu estudo cerca de metade dos adolescentes se encontram no nível "Bom" e "Muito Bom", seguido do "Aceitável" relativamente aos conhecimentos sobre sexualidade. A maior concordância das afirmações corretas relativamente ao preservativo e à pílula vai ao encontro do estudo HBSC de 2010 realizado em Portugal que evidencia o uso de métodos contraceptivos pelos adolescentes, entre os quais o método mais utilizado o preservativo (93,8%), seguido da pílula (37,5%).

Os adolescentes do presente estudo discordam que um beijo na boca pode transmitir IST's (item 10), tal como Nodin (2002) que refere que dependendo do agente infeccioso, das IST's, estes encontram-se maioritariamente presentes nos fluidos corporais como o sangue, o esperma, as secreções vaginais e a sua transmissão ocorre através da penetração vaginal ou anal e do sexo oral. No entanto, Sy & Long-Marin (1999) afirmam que o pénis, a vagina, o reto,

a boca e a garganta, por serem húmidas e mornas, apresentam as condições ideais para o desenvolvimento desses agentes infecciosos e uma lesão de continuidade na mucosa oral pode ser o suficiente para que ocorra essa transmissão. A avaliação de conhecimentos sobre IST's, no estudo realizado por Nelas (2010), revela que anteriormente a uma ação formativa sobre sexualidade os adolescentes com bons conhecimentos correspondem a uma percentagem de 44% e insuficientes 38,8%, ou seja, este estudo confirma a carência de conhecimentos nesta área, indicando a necessidade da sua abordagem no contexto da ES.

Ainda a referir que 45,8% dos adolescentes sexualmente ativos do estudo de Silva, Ferreira, Águeda, Almeida, Lopes & Pinto (2012) tiveram pelo menos uma relação sexual sem utilização de qualquer método contraceutivo, o que revela que ter o conhecimento não é o suficiente para ter uma conduta sexual saudável, o que pode ter explicação no modelo comportamental da dissonância cognitiva em que se verifica uma discrepância entre crenças e comportamentos Festinger (1957) citado por McLeod (2008).

Segundo Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões (2011), os adolescentes têm relações sexuais quando decidem que é a altura (57,2%) e que as principais razões para o uso do preservativo são evitar a gravidez (80,9%) e a transmissão de IST's (74,6%) e quando questionados sobre as razões do uso do preservativo, as raparigas referem mais frequentemente que serve para evitar as IST's (78,2%). No estudo HBSC de 2010, também se verifica que os adolescentes apresentam conhecimento relativamente ao uso do preservativo para evitar gravidez (78,7%), o VIH (70%) e tal como os adolescentes do nosso estudo, para evitar DST's (65,7%).

A desresponsabilização relativamente à contraceção verifica-se maioritariamente no sexo masculino associado ao fator cultural em que a responsabilidade recai sobre a mulher desde o acesso às consultas de PF e ao aparecimento da pílula (Silva, Ferreira, Águeda, Almeida, Lopes & Pinto, 2012). Num estudo de Bié, Diógenes & Moura (2006) é evidenciada a importância que a família assume na ES pois os adolescentes afirmam que o PF deveria ser um tema a introduzir na família através do diálogo entre os seus membros.

No estudo HBSC de 2010, evidenciam-se os seguintes resultados relativamente ao conhecimento sobre a vacina do HPV proteger contra o cancro do colo do útero: 37,3% afirma que tem conhecimento, 4,6% afirma que não e 58,2% não sabe responder. Quando questionados sobre a ES, a maioria dos adolescentes (72,6%) considera que esta serve para ter mais informações e 42,1% considera que serve para tirar dúvidas.

Concluindo, pode afirmar-se que ainda existe algum desconhecimento no que diz respeito aos temas de contraceção e DST's.

5.3 A influência das características sociodemográficas nas atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade

Relativamente à influência da idade nas atitudes face à sexualidade, o grupo dos adolescentes dos 17-19 anos apresenta, em média, atitudes mais favoráveis face à sexualidade (3,73) e o grupo dos 11-13 anos apresenta em média, atitudes menos favoráveis (3,48). As diferenças encontradas entre os grupos etários e as atitudes face à sexualidade podem estar relacionadas com os diferentes estádios de desenvolvimento da adolescência, sendo que esta abrange um grande período (10 aos 19 anos segundo a OMS) com diferentes graus de maturação dos adolescentes. Fonseca (2002) divide a adolescência em três fases: fase inicial dos 10 aos 13 anos; fase intermédia, dos 14 aos 16 anos e fase tardia depois dos 16 anos. Assim sendo, os resultados do presente estudo podem ser justificados pelas diferentes características de cada uma destas etapas. Na adolescência inicial, a separação dos pais é fundamental para a construção da identidade do adolescente e a necessidade de autonomia pode ser geradora de conflitos familiares. Esta fase é caracterizada por comportamentos de auto-erotização e de auto-experimentação podendo traduzir-se assim em atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade. Na fase tardia, o envolvimento afetivo é mais estável através da procura do outro para encontrar o prazer, intimidade e partilha favorecendo as atitudes face à sexualidade.

Também o estudo de Teixeira (2011) relaciona a idade com as atitudes face à sexualidade verificando-se diferenças estatísticas altamente significativas entre as variáveis. Contrariando os resultados do presente estudo, a maioria dos alunos com 14 anos (59,4%) avalia favoravelmente as atitudes face à sexualidade e são os alunos com idades iguais ou inferiores a 13 anos ou acima dos 15 anos que revelam os maiores valores percentuais (42,6% e 46,4%, respetivamente) nas atitudes desfavoráveis. De igual modo, Nelas (2010), verificou que 40,6% dos adolescentes foram classificados como apresentando atitudes desfavoráveis num primeiro momento de avaliação, 40% tinham 13 anos de idade e 47,7% tinha 17 anos. Este estudo demonstra que os adolescentes mais jovens e mais velhos têm atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade, ainda que nessa investigação não tenha sido encontrada influência significativa da idade nas atitudes face à sexualidade dos adolescentes. Uma possível explicação para este resultado pode ser o facto de os adolescentes mais novos se encontrarem numa fase de passagem da infância para a adolescência e os mais velhos na passagem da adolescência para a juventude, podendo já terem tido algumas experiências negativas e também a emancipação dos jovens traduzir a vontade de viver algumas situações de maior risco, também pela diminuição da supervisão dos pais.

As diferenças registadas nas atitudes face à sexualidade nos vários grupos etários confirmam a necessidade educativa de uma intervenção cada vez mais precoce que promova uma sexualidade responsável desde cedo que irá ajudar ao desenvolvimento da capacidade de decisão pessoal dos adolescentes sobre comportamentos e atitudes.

Quanto ao género e a sua influência nas atitudes face à sexualidade dos adolescentes não se verificaram diferenças significativas, uma vez que as médias se aproximam, tanto no sexo feminino (3,56) como no sexo masculino (3,63). Este resultado pode ser explicado tendo em conta Saavedra, Nogueira & Magalhães (2010) que fala sobre a tendência da aproximação das atitudes sexuais entre os dois géneros porque paralelamente à manutenção dos estereótipos nas práticas sexuais, verifica-se uma enfatização da aproximação na construção tanto da sexualidade feminina como da masculina.

Contrariamente e segundo Nelas (2010), as raparigas possuem mais conhecimentos sobre sexualidade, o que poderá estar relacionado com atitudes mais favoráveis face à sexualidade (46,9%) quando comparadas com o sexo masculino (41,0%). As raparigas apresentam ainda melhores atitudes face à sexualidade que os rapazes antes e após a intervenção formativa. Os dados obtidos por Teixeira (2011) também evidenciam que as raparigas (55,8%) têm atitudes mais favoráveis face à sexualidade que os rapazes (36,6%), sendo as diferenças altamente significativas entre ambos os sexos. Similarmente, estes resultados aproximam-se do estudo concretizado por Sousa & Ferreira (2003) que verificaram que as atitudes dos adolescentes face à sexualidade parecem estar relacionadas com o género, o que implica atitudes comportamentais sexuais diferentes, associados possivelmente a questões biológicas, psico-sociais e culturais. Os papéis atribuídos a cada um dos géneros são socialmente construídos no seio cultural e incorporados através do processo de socialização, influenciando a forma como cada adolescente vive a sua sexualidade.

Relativamente ao estatuto socioeconómico também não se verificaram diferenças significativas nas atitudes dos adolescentes face à sexualidade. O estatuto socioeconómico neste estudo foi calculado através da EG e os resultados podem ser explicados pelo facto de os adolescentes pertencerem ao meio urbano e maioritariamente a dois tipos de classe (média e média alta), ou seja, os adolescentes da amostra caracterizam-se por uma boa classificação a nível de profissão e instrução dos pais, com um bom rendimento familiar e conseqüentemente um bom tipo de habitação e local de residência.

Pode assim afirmar-se que os resultados encontrados não corroboram o estudo de Teixeira (2011) em que se verificou que os adolescentes que residem nas aldeias e vilas que estão situadas numa zona interior e desertificada com fracos acessos geográficos e recursos de informação, apresentam atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade (OM=261,11 e OM=231,31) e que aqueles que vivem na cidade onde existe um maior número de alunos do 3º ciclo e que se localiza numa zona economicamente mais desenvolvida (OM=307,43) apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade. Também segundo Nelas (2010) são os adolescentes residentes em meio urbano que apresentam atitudes face à sexualidade mais favoráveis. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas quanto à influência do estatuto socioeconómico, no nosso estudo, tendo em conta os resultados relativos ao tipo de atitudes face à sexualidade, os adolescentes apresentam maioritariamente atitudes

desfavoráveis apesar de pertencerem ao meio urbano e maioritariamente à classe média e média alta.

Outra perspetiva é apresentada por Almeida, Silva & Cunha, (2007) que afirma que 90,6% dos adolescentes do meio urbano têm atitudes de risco em relação à SIDA, bem como, 83,3% dos adolescentes do meio não urbano. Pode inferir-se que o meio de inserção exerce influência sobre as atitudes de risco em relação à SIDA e que os adolescentes do meio urbano têm mais atitudes de risco e menos atitudes preventivas que os do meio não urbano. Uma possível explicação para esta diferença poderá ser o facto de que no meio não urbano, as condutas sociais são muitas vezes distintas das presentes em meio urbano, e em que as crenças podem com maior facilidade influenciar positivamente comportamentos e atitudes. Outra explicação, prende-se com o facto da existência de um gabinete para adolescentes na escola a funcionar quinzenalmente, num dos concelhos rurais para esclarecimentos sobre a sexualidade.

5.4 A influência das características sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade

Quando se efetua a análise da influência da idade nos conhecimentos dos adolescentes verifica-se que existem algumas diferenças estatisticamente significativas relativamente aos grupos de idades compreendidas entre os 11-13 anos e os 17-19 anos.

O grupo de adolescentes dos 17-19 anos apresenta um grau de concordância inferior relativamente aos restantes grupos (60,7%) relativamente à não utilização do preservativo na primeira relação sexual (item 3) e um grau de concordância superior (43,9%) relativamente à importância do papel de cada um de nós na prevenção das IST's (item 11), o que revela um maior conhecimento deste grupo.

O grupo de adolescentes dos 11-13 anos apresenta um grau de concordância inferior para o conhecimento sobre o fornecimento de preservativos no Centro de Saúde (65,4%) (item 4), relativamente à proteção que o preservativo oferece contra as IST's (57,9%) (item 6) e à responsabilidade partilhada por raparigas e rapazes no uso de contraceção (63,4%) (item 9), bem como à prevenção de IST's depender muito de cada um de nós (57,3%) (item 11), o que revela um menor conhecimento deste grupo.

Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de Nelas (2010), em que 36,8% dos adolescentes apresentavam conhecimentos insuficientes anteriormente a uma ação formativa sobre sexualidade, a maior percentagem (39,7%) apresentam uma idade compreendida entre os 14 e 16 anos e os que apresentam bons conhecimentos são os que têm 17 anos (44%), ou seja, adolescentes mais novos apresentam menor conhecimento e adolescentes mais velhos maior conhecimento relativamente à sexualidade.

Inesperadamente, parece existir um contrassenso relativamente à questão de um beijo na boca poder transmitir IST's (item 10), pois apesar de ser alvo de discordância da maioria dos adolescentes deste estudo, o grupo 11-13 anos apresenta um grau de concordância superior (41,5%) relativamente ao grupo dos 17-19 anos que apresenta menor concordância (58,6%). Este resultado eventualmente pode ser explicado pelo facto de o aconselhamento com profissionais de saúde sobre contraceção ser pouco frequente (7,2%) pelos adolescentes que frequentam o ensino secundário (Silva, Ferreira, Águeda, Almeida, Lopes & Pinto, 2012). Esta realidade é preocupante e de alguma forma imprevisível, dado que é nestas idades que a maioria dos adolescentes inicia a sua vida sexual ativa e que pela experiência e vivências próprias dessa fase deveriam ter maior conhecimento sobre IST's (Trajman et al.,2003). Muitos estudos referem a necessidade de se realizar a prevenção dos comportamentos sexuais de risco o mais cedo possível, pois o aparecimento de comportamentos de risco aumenta com a idade (Matos et al, 2009).

Relativamente à influência do Género nos conhecimentos, os rapazes apresentam menor concordância relativamente à vacina do HPV proteger contra o cancro do colo do útero (62,23%) que as raparigas (45,23%) (item 12). Também no estudo HBSC de 2010, se verifica este tipo de resultado em que os rapazes apresentam menor conhecimento (30,6%) que as raparigas (42,7%) em relação a este tema. Tal resultado pode ser explicado pelo maior acesso aos serviços de saúde pelas raparigas comparativamente aos rapazes, facto este partilhado pelos enfermeiros da USF Moliceiro. Tórres, Nascimento & Alchien (2013) afirmam que os enfermeiros têm a perceção que os adolescentes que mais os procuram são do sexo feminino, procurando por PF, prevenção, enquanto, os adolescentes do sexo masculino procuram para vacinação e dificilmente para “pegar camisinha” (enfermeiro – III). Esta questão pode ainda ser relacionada ao meio cultural em que, se associa a procura dos serviços de saúde por parte do homem com o objetivo preventivo como um sinal de fraqueza, medo e insegurança.

Na pesquisa realizada por Nelas (2010), sobre conhecimentos antes da intervenção formativa relacionados com IST's em adolescentes é que dos que possuíam conhecimentos insuficientes no primeiro momento de avaliação, 44.2% eram rapazes e 32.8% raparigas. As raparigas apresentam mais conhecimentos sobre PF e IST's quando comparadas com os rapazes. Também Vilar & Ferreira (2009) salienta que as raparigas têm melhores conhecimentos sobre sexualidade, sobressaindo nos níveis de conhecimento “Bom” e “Muito Bom”. Os rapazes sobressaem mais nos níveis “Insuficiente” e “Mau. Ainda a referir um estudo realizado por Nodin (2001) que concluiu que os indivíduos do sexo masculino, residentes em zonas semi-urbanas e rurais, apresentam fatores de risco mais elevados, existindo diferenças em relação ao sexo. Verifica-se assim que as raparigas, de um modo geral, estão mais conscientes do risco sexual que os rapazes. Outros resultados diferentes foram encontrados por Castro, Abramovay & Silva (2004) que reconhecem que os rapazes surgem como mais informados que as raparigas relativamente a conhecimentos sobre IST's.

Quanto ao estatuto socioeconómico e a sua influência nos conhecimentos verificam-se duas situações a sinalizar: a primeira é relativa aos cuidados especiais na colocação do preservativo (item 2) em que se verifica menor concordância da classe média baixa (63,3%) e uma maior concordância da classe alta (42,0%) e a segunda relativamente ao fornecimento de preservativos no Centro de Saúde (item 4) que apresenta menor concordância da classe média alta (56,9%) e da classe média baixa (56,7%) e uma maior concordância da classe alta (42,1%). Confirma-se que para ambas as afirmações que a classe alta apresenta uma maior concordância, o que denota um maior conhecimento dos adolescentes cujos pais apresentem uma boa classificação a nível profissional e de instrução, como um bom rendimento familiar, e consequentemente, uma boa habitação em meio urbano. Efetivamente, segundo Pereira, Fanelli, Pereira & Rios (2007) estes são fatores facilitadores para um sexo responsável: família, escola, instituições, meio socioeconómico, equipa de saúde e fatores de risco para o sexo irresponsável: família ausente, abandono escolar, meios de comunicação, condutas de risco, falta de projeto de vida, falta de referências adultas, condições socioeconómicas adversas e falta de ideais. No entanto, a classe média alta apresentou valores percentuais muito díspares da classe alta e da classe média, o que não era expectável tendo em conta a justificação anterior. Uma possível resposta para este facto, pode prender-se com a questão das respetivas percentagens de adolescentes de cada classe evidenciadas anteriormente na apresentação de resultados e de os adolescentes de classe média alta recorrerem ao ginecologista privado, onde não existe acompanhamento do EF, ao contrário dos adolescentes de classe média que são acompanhados ao longo do seu desenvolvimento pelo EF em contexto de Cuidados de Saúde Primários, sendo essas as classes que maioritariamente representam a amostra.

Assim sendo, apresentam-se dois estudos que corroboram os resultados apresentados, pois segundo Vilar & Ferreira (2009) os níveis de conhecimentos dos adolescentes estão associados à escolaridade dos pais, verificando a existência de uma associação entre os piores níveis de conhecimentos dos adolescentes relativamente à sexualidade e os graus de escolaridade mais baixos dos pais. De igual modo Nelas (2010) afirma que os residentes em zona urbana registam melhores conhecimentos sobre PF do que os residentes em meio rural, quer antes ($t=3.873$; $p=0.000$) quer posteriormente ($t=- 3.544$; $p= 0.000$) à intervenção formativa.

A perspetiva apresentada por Almeida, Silva e Cunha (2007) revela a influência do meio sobre o conhecimento da SIDA. Segundo este estudo o conhecimento da SIDA como podendo afetar qualquer pessoa é independente do meio de inserção dos adolescentes, assim como o conhecimento da vulnerabilidade individual à SIDA e o conhecimento das formas de transmissão da SIDA. Quanto ao conhecimento da SIDA como ameaça grave e o conhecimento dos riscos de contágio, esses dependem do meio de inserção dos adolescentes, sendo que os adolescentes inseridos em meio não urbano demonstram maior conhecimento destes temas.

5.5 A percepção dos adolescentes acerca do apoio a nível de educação sexual por parte do Enfermeiro de Família

No presente estudo, 44% adolescentes afirma que nas últimas consultas, a ES não foi abordada pelo EF e 43% dos adolescentes referem não saber se têm apoio suficiente do seu EF relativamente à temática da sexualidade, o que é deveras preocupante.

Da percentagem dos adolescentes que refere que a ES foi mencionada, os temas mais abordados na consulta foram o tema da reprodução e do desenvolvimento do corpo em 35% dos adolescentes e comportamentos e relacionamentos em 33%, enquanto temas como as DST's apresentaram apenas 24%, os sentimentos, preocupações e angústias 22% e a masturbação com o valor mais reduzido de 14%.

Quando a questão aborda a procura de informação sobre as IST's, mais uma vez os amigos apresentam-se em primeiro lugar (62,7%) seguidos dos pais com (48,5%) e em terceiro lugar a ida ao Centro de Saúde com (39%) (Matos et al. 2006). Estes resultados revelam que apesar de ainda não ser uma percentagem satisfatória relativamente à procura do apoio do EF já é significativa, o que pode traduzir realmente um apoio do EF através da sua intervenção, quer durante consultas de saúde juvenil, consultas de PF ou mesmo episódios pontuais de procura fora de consultas programadas.

Os adolescentes afirmam que apesar de serem bem recebidos nas unidades de saúde pelos profissionais, não procuram as instituições para conversar sobre sexualidade. A utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes baseia-se na procura de assistência centrada na doença através de consultas médicas. Os adolescentes não procuram esses serviços para conversar, tirar dúvidas sobre temas relacionados com a sexualidade por diversos motivos, entre os quais, timidez devido aos tabus culturais ou devido à falta de atendimento específico. Não houve nenhum adolescente a referir que procura algum profissional de saúde para tirar dúvidas, o ginecologista foi ainda citado mas apenas referenciado como alguém que aborda o tema (Tôrres, Nascimento & Alchien, 2013).

Para Teixeira (2011) também o enfermeiro é o menos solicitado pelos alunos (4,6%) para abordar a temática da sexualidade. Estes resultados assemelham-se ao estudo realizado por Maia, Campos & Costa (2001) ao referirem que o enfermeiro é a última pessoa a quem os adolescentes recorrem para discutir os problemas da sexualidade. Isto leva a repensar sobre a forma como este assunto deverá ser valorizado nas consultas de Saúde Juvenil e PF nos serviços de saúde, pois talvez os enfermeiros não tenham deixado clara a sua intervenção junto destes jovens nas consultas de vigilância ao longo do seu desenvolvimento, pelo que é necessário motivar os adolescentes a participar de uma forma ativa na promoção da sua saúde sexual refletindo sobre as suas necessidades.

Outro resultado evidenciado neste estudo refere-se à questão de metade dos adolescentes considerar-se esclarecido quanto à temática da sexualidade (50%), muito semelhante aos resultados de Batanete, Lopes & Arranca (2012) em que 54,3% dos adolescentes também se consideram informados, bem como do estudo HBSC de 2010 em que são 48,3% dos adolescentes. Ainda segundo o estudo de Tôrres, Nascimento & Alchien (2013) existem 19 % de adolescentes que referem não falar com ninguém sobre esta temática, o que se pode interpretar que os mesmos se consideram detentores de um saber suficiente ou também por questões de timidez para falar sobre o assunto “ Não tiro dúvidas com ninguém é por experiência” (adolescente – XXI).

5.6 A perceção dos Enfermeiros de Família sobre a sua intervenção no atendimento aos adolescentes no âmbito da sexualidade

Segundo este estudo, os enfermeiros da USF consideram ser eles quem maioritariamente inicia a abordagem ao tema da sexualidade na consulta aos adolescentes, no entanto, também referem os pais como intervenientes ativos neste processo como afirma o Enfermeiro 2 “ Às vezes são os pais a pedir, a mãe vem pedir anteriormente para marcar uma consulta para falar de sexualidade, para as enfermeiras falarem com o adolescente na consulta de planeamento”. A mãe é quem acompanha mais vezes o adolescente a este tipo de consulta, possivelmente devido à maior abertura na comunicação familiar das mães com os filhos adolescentes, nas questões da intimidade e sentimentos e também pelo facto da amostra em estudo ser constituída maioritariamente por raparigas. Se a iniciativa é despoletada pela mãe, pode-se interpretar que seja esta a ter a iniciativa de educar os filhos no sentido da promoção de atitudes sexuais positivas e prevenção de comportamentos sexuais de risco (Teixeira, 2011).

Segundo Brás (2008), os enfermeiros consideram a família como a entidade a quem mais compete a ES (55,4%), no entanto, é também da responsabilidade da escola, sociedade e dos serviços de saúde, particularmente dos enfermeiros.

Neste estudo, é evidenciada a necessidade da individualização do atendimento aos adolescentes, pois é referenciado pelo Enfermeiro 1 a dificuldade de falar “na presença dos pais, sobre a iniciação da vida sexual”, bem como pelo Enfermeiro 5 que refere que “os adolescentes que nos procuram querem ser tratados como indivíduos únicos”. Os adolescentes raramente procuram os serviços de saúde sozinhos e logo assim surge a inibição e o constrangimento de falar dos seus problemas diante de outra pessoa e do enfermeiro. É por isso importante criar um espaço na consulta que permita ao adolescente abordar aspetos da sua intimidade (Tôrres, Nascimento & Alchien, 2013).

A maioria dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal (88,5%) não possui formação específica sobre sexualidade e a contraceção é o assunto mais abordado (95%) no

contato com adolescentes (Brás, 2008). Um dos temas mais fáceis de abordar referidos pelos enfermeiros de família da USF Moliceiro são os métodos contraceptivos. Admitindo este facto e de acordo com um estudo realizado em 2013, os enfermeiros referem que o atendimento que os adolescentes procuram nas USF relativamente à temática da sexualidade são as consultas de planeamento e a entrega dos métodos contraceptivos (Tôres, Nascimento & Alchien, 2013). Um dos temas mais difíceis de abordar referidos pelos enfermeiros de família deste estudo são as DST's, o que pode explicar em parte alguns dos resultados obtidos no questionário dos adolescentes relativos à falta de alguns conhecimentos nesta área.

Os enfermeiros da USF Moliceiro afirmam existir a necessidade de investir na formação dos alunos da Licenciatura em Enfermagem, bem como na formação contínua já em contexto da vida profissional para dar resposta adequada às necessidades dos adolescentes na consulta. O Enfermeiro 1 afirma mesmo que há vários anos “havia formação na Sub-Região de Saúde mas agora está mais parada, porque neste momento o ACeS não está empenhado”. Segundo Tôres, Nascimento & Alchien (2013), os enfermeiros afirmam não conhecer programas específicos para adolescentes e por essa razão não implementam nenhuma intervenção específica para essa população. A ida dos adolescentes à procura desse tipo de atendimento pode ser reflexo da dificuldade que os próprios profissionais apresentam na elaboração de uma intervenção específica e na inadequação estrutural dos serviços para esse atendimento. As atividades não são pensadas e estruturadas apresentando-se na prática de forma irregular. No entanto, existem no nosso país os Centros de Atendimento a Jovens que otimizam os recursos existentes na comunidade articulando com vários serviços e instituições. Estes centros não funcionam no espaço físico do Centro de Saúde assegurando o anonimato e maior confidencialidade, as consultas são gratuitas e imediatas por ordem de chegada sem serviços burocráticos e apresenta um horário alargado, incluindo fim-de-semana e atendimento telefónico, mas infelizmente apenas se encontram na cidade do Porto, Coimbra e Lisboa.

6 CONCLUSÕES DO ESTUDO

A saúde familiar manifesta-se pela capacidade do sistema familiar promover estratégias que possibilitam a sua funcionalidade, mantendo a sua organização, criando mudanças estruturais e dando soluções às necessidades individuais dos seus membros. Na família com filhos adolescentes verifica-se um afastamento do subsistema paternal, no entanto, deve manter-se como suporte relacional e afetivo, cabendo aos pais o facilitar da autonomia do mesmo promovendo um equilíbrio entre a responsabilidade e a liberdade. Os processos de saúde são influenciados pelo sistema de valores desenvolvido pela família, expresso por crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, refletindo o estado de saúde da família, daí a extrema importância que esta assume na fase de adolescência (Figueiredo, 2012).

O presente estudo realizado na USF Moliceiro na cidade de Aveiro com 100 adolescentes de nacionalidade, maioritariamente Portuguesa de classe média e média alta procurou verificar quais as atitudes e conhecimentos destes adolescentes tendo em conta as variáveis sociodemográficas (idade, género e estatuto socioeconómico), bem como a perceção dos adolescentes relativamente ao apoio do EF e ainda qual a perceção destes relativamente a esse mesmo apoio.

Apesar de, nos dias de hoje, existir cada vez mais acesso à informação, verifica-se um desajuste entre a informação assimilada e a existência de atitudes favoráveis face à sexualidade. Neste estudo, é evidenciado que os adolescentes apresentam atitudes maioritariamente desfavoráveis, no entanto apresentam bons conhecimentos, o que nos permite afirmar que ter bons conhecimentos não significa, necessariamente, atitudes favoráveis face à sexualidade. Assim sendo, a promoção da saúde sexual é indispensável para que os adolescentes aprendam a ser responsáveis pelos seus comportamentos e atitudes. A atitude é complexa, isto é, simultaneamente estável e suscetível de mudar, está ligada a crenças e valores, com os quais interage, determinando-se mutuamente. Não é possível conceber o indivíduo fora do contexto no qual se insere, que se constitui fundamental para o seu ser e para o seu estar (Almeida, Silva & Cunha, 2007).

Dos resultados obtidos, verifica-se que os adolescentes mais velhos pertencentes ao grupo etário dos 17-19 anos apresentam em média atitudes e conhecimentos mais favoráveis relativamente à sexualidade e que o grupo dos adolescentes mais jovens do grupo etário dos 11-13 anos apresenta atitudes e conhecimentos menos favoráveis a uma vivência saudável da sexualidade. Quanto ao género e ao estatuto socioeconómico, a sua influência não se verifica significativa relativamente às atitudes face à sexualidade.

São os adolescentes do sexo feminino que apresentam um maior nível de conhecimentos sobre sexualidade, o que pode ser compreendido pelo melhor acompanhamento que têm através das consultas de PF e que são maioritariamente frequentadas por raparigas.

São os adolescentes pertencentes à classe alta que evidenciam um maior conhecimento sobre a temática da sexualidade o que pode ser explicado por uma boa profissão e instrução dos pais, um bom rendimento familiar e, conseqüentemente, um bom tipo de habitação e local de residência em meio urbano.

A maioria dos adolescentes afirma que nas últimas consultas a ES não foi abordada pelo EF e que um dos temas menos abordados são as DST's, os sentimentos e a masturbação. Já os enfermeiros da USF Moliceiro consideram ser eles próprios a ter a iniciativa durante a consulta de enfermagem e consideram como temas mais fáceis de abordar os métodos contraceptivos e como mais difíceis os sentimentos, iniciação da vida sexual, masturbação e as DST's.

Das metodologias utilizadas para abordar a temática da sexualidade, os Enfermeiros de família destacam o método expositivo e as novas tecnologias. Relativamente ao tipo de formação que consideram ser essencial para dar resposta adequada às necessidades da consulta ao adolescente, destaca-se a formação na área da psicologia/relacional.

Os Enfermeiros assumem como tema difícil de abordar, as DST's e os adolescentes referem o tema como pouco abordado e ainda apresentam um menor conhecimento sobre DST's, incluindo sobre o HPV. Surge assim evidenciada a necessidade da ES nesta fase da vida. Segundo Almeida, Silva e Cunha (2007) a mudança de comportamentos consiste num processo complexo, que se desenvolve em várias etapas e que difere de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas características psicológicas, sociais e culturais. Estima-se que ¼ dos adolescentes irá ter DST's antes de chegar à Universidade.

Face à questão primordial que deu início a este trabalho, sobre qual é realmente o papel do EF relativamente à ES na adolescência, a resposta que encontrei remete para a promoção de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de competências por parte dos adolescentes no assumir atitudes positivas face à sexualidade, valorizando a componente afetiva. Para a concretização destes requisitos é fundamental que os enfermeiros desenvolvam ações mais personalizadas, de acordo com as características socio culturais dos adolescentes, envolvendo a família considerando as dimensões ética, afetiva e comunicacional (Prazeres, 1998). Através do atendimento personalizado e ações de promoção de saúde e prevenção com adolescentes, deve ser incentivada a abertura e o envolvimento social favorável à procura dos serviços de saúde, não esquecendo o assegurar da equidade e a acessibilidade de ambos os sexos, permitindo quer o aumento da informação, quer da educação sobre a sexualidade e reprodução.

7 SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Espera-se que este trabalho, através de algumas conclusões que resultaram de uma perspectiva crítica à análise dos resultados contribuam para uma visão mais clarificadora da problemática da sexualidade na adolescência e para a apresentação de um conjunto de sugestões de intervenção para a promoção de comportamentos e atitudes face à sexualidade responsáveis em adolescentes, constituindo-se um contributo para a reflexão das práticas dos enfermeiros de família e a melhoria da qualidade de cuidados prestados. No entanto, esta investigação além da complexidade da temática apresenta algumas limitações pelo tamanho da amostra ser pouco significativo para o universo dos adolescentes, não permitindo generalizar. Considera-se também uma limitação a ausência de questões abertas em entrevista aos adolescentes, o que permitiria aprofundar alguns aspetos mais relacionados com os sentimentos, medos e angústias face a este tema. Uma vez que uma das conclusões deste trabalho aponta para a importância do envolvimento dos vários atores (pais, escola e adolescentes) seria interessante colocar algumas questões aos pais para verificar a sua perceção e as suas crenças relativas ao debate do tema da sexualidade com os filhos. Deixa-se, desta forma a ponte para futuros projetos de investigação.

Esta investigação possibilitou atingir os objetivos delineados, ajudando a uma melhor compreensão desta problemática, uma vez que se identificaram as atitudes e os conhecimentos face à sexualidade dos adolescentes e se analisou a influência das variáveis sociodemográficas. Na globalidade da amostra, a maioria dos adolescentes apresenta atitudes desfavoráveis face à sexualidade, seguida dos adolescentes que avaliam favoravelmente e por fim os que apresentam atitudes indiferentes. A maioria dos adolescentes apresenta bons conhecimentos, mas identificaram-se algumas lacunas relativamente ao tema das DST's. Sintetizando, pode dizer-se que se tem trabalhado no sentido de educar para uma vivência saudável da sexualidade pelos adolescentes mas ainda são necessárias alterações nos modelos de formação para a saúde nesse âmbito.

Neste sentido, é urgente a aplicação de programas de intervenção em contexto da consulta de enfermagem de saúde juvenil para perceber as expectativas dos adolescentes, ampliar o conhecimento e promover a mudança atitudinal destes. A existência de uma consulta estruturada e organizada, que motive os adolescentes à mudança de comportamento é essencial pois apesar de muitos dos adolescentes terem conhecimentos, não se verifica alteração nos comportamentos de risco. O EF deve formar e informar os adolescentes, permitindo-lhes a possibilidade de escolhas assertivas. Além disso, é necessário criar estratégias eficazes para que os diferentes adolescentes se sintam entendidos e valorizados e é fundamental que o conteúdo e a forma de transmissão da mensagem seja compreensível e lógica. Deve apostar-se na educação pelos pares, pois os adolescentes recebem e aprendem grande parte da informação através dos pares e a sua influência é importante nas expectativas,

atitudes e comportamentos. Os indivíduos confiam, dão mais credibilidade e são mais influenciados por um educador com o qual se identificam.

Ramiro, Matos & Vilar (2008) referem que, de um modo geral, se os adolescentes não forem cooperantes e pró-ativos, não há pré-requisitos para o sucesso da ES, pois, para que adotem estilos de vida saudáveis têm que estar motivados para a mudança, ou seja a consciencialização individual assume uma grande importância, pois o aconselhamento de um tipo de comportamento que não lhes faça sentido, ou que de algum modo seja incompatível com a sua realidade nunca será consentido. Couta & Tolma (2008) recomendam, que para promover uma sexualidade e comportamentos sexuais saudáveis entre os adolescentes, os profissionais envolvidos devem incluir perspetivas de género e cultura, ou seja, é fulcral conhecer o contexto sociodemográfico dos adolescentes, a sua vivência sexual e a sua realidade para a planificação das estratégias formativas. Segue-se a proposta de algumas intervenções formativas a inserir na consulta de enfermagem pelo EF que deve ter conta o contexto sociocultural onde está estabelecida:

- Criar protocolos interinstitucionais que promovam formação para pais, família, enfermeiros, professores e demais comunidade;
- Criar um gabinete de apoio na USF onde os adolescentes possam participar em jogos pedagógicos que os habilitem para atitudes responsáveis face à sexualidade, dinamizado por eles em colaboração com o EF;
- Enfatizar a importância da ES, aumentando o tempo da consulta dedicado à temática;
- Privilegiar o contacto pessoal com o adolescente num ambiente privado;
- Realizar ações educativas e preventivas sobre DST's recorrendo às novas tecnologias articuladas com os amigos/grupo de pares, nas quais dúvidas podem ser averiguadas;
- Discutir nas reuniões de equipa, temas no âmbito da sexualidade para que possam partilhar dificuldades e se possam uniformizar intervenções;
- Capacitar os pais para reflexão sobre tabus e preconceitos incluindo-os em programas desenvolvidos neste âmbito para posterior discussão destes temas com os filhos;
- Promover debates com periodicidade regular entre os grupos de pares sobre aspetos biológicos, psicológicos, sociais, relacionais, comunicacionais e afetivos da sexualidade;
- Promover o conhecimento das próprias atitudes face à sexualidade e reconhecer as dos outros;
- Dinamizar e discutir situações reais com o objetivo de permitir a partilha de saberes entre os adolescentes, partindo da realidade para a reflexão;
- Substituir crenças erróneas por conhecimentos suportados cientificamente;
- Promover a leitura e visualização de filmes educativos de conteúdo sexual;

- Utilizar o *role-play* para demonstrar condutas adequadas em situações simuladas e incentivar os adolescentes a participar na elaboração de argumentos que fundamentem a postura considerada adequada;
- Promover maior colaboração entre o EF e a escola (e outros contextos onde estão inseridos os adolescentes);
- Criação de gabinetes de atendimento aos adolescentes nas escolas da periferia urbana com a participação de enfermeiros e outros profissionais de saúde (e.g. psicólogos).

O desenvolvimento deste estudo proporcionou uma oportunidade de aprendizagem e uma maior compreensão sobre as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, contribuindo para o meu enriquecimento pessoal e profissional. Espera-se que este estudo seja um contributo para uma melhor intervenção do EF na criação de estratégias cada vez mais ativas e eficazes para promover a vivência da sexualidade responsável nos adolescentes e um incentivo a novos projetos de investigação, tais como, o desenvolvimento de um estudo de investigação ação com a implementação de um programa de educação para avaliar a influência deste antes e depois trazendo evidências interessantes sobre novas metodologias de formação, nomeadamente metodologias ativas em que os jovens seriam envolvidos de forma a capacitá-los para a tomada de decisão nas escolhas sobre a vivência da sua sexualidade. As avaliações a longo prazo permitem identificar a consistência do conhecimento ao longo do tempo como também avaliar a mudança de comportamentos, permitindo a análise das intervenções efetuadas (Flora, Rodrigues & Paiva, 2013).

É de referir ainda que o período que compreendeu a realização do estágio também permitiu um enriquecimento particularmente a nível profissional uma vez que a minha experiência diária ocorre nos cuidados diferenciados e durante esse tempo vesti o papel de EF com todas as vicissitudes no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.

É possível afirmar que a prestação de cuidados de saúde é ainda fragmentada e que devia ser mais organizada em função das necessidades do utente e dos profissionais de saúde. É necessária uma maior interligação entre as partes, enfermeiros de cuidados de saúde primários e os enfermeiros hospitalares que trabalham para o mesmo fim. É óbvio que juntos são capazes de permitir obter respostas mais completas e coerentes relativamente às necessidades da família e dos seus membros, favorecendo a integração dos cuidados. É a equipa da USF quem conhece melhor o potencial de risco familiar e a história clínica de cada utente, daí a importância destes profissionais como garantia da continuidade na prestação de cuidados de saúde (Dias, 2015).

Enfim, é com satisfação que se chega ao final desta etapa caracterizada por empenho e dedicação ao longo dos últimos meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto Clínico: Fundamentos, teoria e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (1999). *Supervisão na Formação: Contributos Inovadores*. In Actas do I Congresso Nacional de Supervisão (pp. 256 – 266). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Almeida, A., Silva, C. & Cunha, G. (2007). *Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano*. Revista Escola Enfermagem USP, 41 (2), 180-6.
- Almeida, H. & Centa, L. (2009). *A família e a educação sexual dos filhos: Implicações para a enfermagem*. Ata Paulista de Enfermagem, 22 (1), 71 -76.
- Alves, L. (2002). *Portfólios como Instrumentos de Avaliação dos Processos de Ensino*. UNERJ. Acedido Março 10, 2016, em https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=Hc8MWMzeF6mp8weY0LrwDQ&gws_rd=ssl.
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Anastácio, Z. (2010). *Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos*. Repositório da Universidade do Minho. Acedido Março 8, 2016, em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10567/1/Texto_INFAD2010_ZeliaAnastacio.pdf.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. (5ª ed.). Lisboa: Edições 70 Lda.
- Barreira, I., Rodrigues, V., & Antunes, M. (2015). *Cultura Organizacional da família como preditor das atitudes e comportamentos sexuais em adolescentes*. Revista de Enfermagem Referência, IV (6), 17-25.
- Bastos, V., & Faria, C. (2001). *Gravidez na adolescência*. Nascer e Crescer. 10 (3), 140-147.
- Batanete, E., Lopes, M., & Arranca, A. (2012). *Educação sexual no 2º ciclo do ensino básico – do diagnóstico de situação à intervenção*. In Comportamentos de Saúde Infante-Juvenis: Realidades e Perspetivas. Livro de Atas (pp. 495-510). Viseu: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico.
- Bié, A., Diógenes, M., & Moura, E. (2006). *Planeamento familiar: O que os adolescentes sabem sobre o assunto?*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 9 (3), 125-130.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.

Brás, M. (2008). *A Sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Douturamento. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Brás, M., Anes, E., Brás, M., & Praça, M. (2005). *A adolescência e sexualidade a óptica do enfermeiro dos cuidados de saúde primários portugueses*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido Abril 12, 2016, em https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2057&id_event=64.

Canário, R. (2000). *Educação de adultos: Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Cardoso, S., Rodrigues, A., Nelas, P., & Duarte, J. (2010). *Educar para a sexualidade responsável na adolescência*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstretas, (11), 9-14.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Repositório Universidade do Minho. Acedido Março 12, 2016, em <http://hdl.handle.net/1822/5396>.

Castro, M., Abramovay & Silva, L. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasil: UNESCO.

Circular Normativa nº16/SR de 7 de Agosto 2007. Orientações sobre os procedimentos de armazenamento e distribuição dos contraceptivos. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.

Costa, M. (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes a problemática dos comportamentos de risco*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Costa, F. (2011). *O papel do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar*. Revista Enfermagem UNISA, (2), 80-3.

Costa, M., Lopes, C., Souza, R., & Patel, B. (2001). Sexualidade na adolescência: Desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 77 (2), 217-224.

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto. Diário da República n.º 149/14, I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto- Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República nº 240/00, I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Diário da República nº 240/05. II Série. Ministério da Educação. Lisboa.

Despacho nº 2506/2007 de 20 de Fevereiro. Diário da República nº 36/07. II Série. Ministério da Educação. Lisboa.

Dias, A. (2015). *Integração de cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal: Uma avaliação comparativa do modelo de unidade local de saúde*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Dias, H., Cruz, O., & Santiago, C. (2010). *A Educação Sexual: Alunos, Professores e Pais – relato de uma experiência*. Instituto Politécnico de Saúde. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Acedido Abril 16, 2016, em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/670/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20sexualidade.pdf>.

Duarte, T. (2009). *A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)*. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e-WORKING PAPER 60.

Ferreira, L. (2012). *De que falamos quando se em “Enfermeiro da Família”?*. Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional, Região Autónoma dos Açores. Acedido Maio 23, 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>.

Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). *Adolescências...Adolescentes*. Revista do ISPV (32), 141- 162.

Ferreira, M., & Nelas, P. (2008). *Aprendizagem dos afectos e da sexualidade do adolescente: papel da família*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, (9), 62-65.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Flora, M., Rodrigues, R., & Paiva, H. (2013). *Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência, III (10), 125-134.

Frasquilho, M. (1998). *Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. comportamento- problema e comportamento saudável segundo os adolescentes*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 16 (1), 13-19.

Fonseca, H. (2002). *Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presenças.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frias, A. (2006). *Expressões da sexualidade e atitudes contraceptivas dos adolescentes*. Servir 54 (3), 121-130.

Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). *Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face do VIH/SIDA em adolescentes migrantes*. Psicologia, Saúde & Doenças, 7 (2), 299-315.

Guimarães, I. (1995). *Educação sexual na Escola – Mito e realidade*. São Paulo: Mercado das Letras.

Gonçalves, R., Faleiro, J., Santos, M., Costa, D., & Resende, I. (2012). *Concepções dos pais acerca do diálogo sobre sexualidade na adolescência*. Enciclopédia Biosfera. Centro Científico Conhecer, 8 (15), 2053- 2067.

Gonçalves, R., Faleiro, J., & Malafaia, G. (2013). *Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios*. HOLOS, 5, 251- 262.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação*. Loures: Lusociência.

Kouta, C., & Tolma, E. (2008). *Sexuality, sexual and reproductive health: an exploration of the knowledge, attitudes and beliefs of the Greek-Cypriot adolescents*. Promotion & Education, 15 (4), 24-31.

Lei nº 3/84 de 24 de Março. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República nº 71, Iª Série. Assembleia da República. Portugal.

Lei nº 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Diário da República nº186, I Série A. Assembleia da República. Portugal.

Lei nº 60/2009 de 06 de Agosto. Aplicação da educação sexual em meio escolar. Diário da República nº 151, I Série. Assembleia da República. Portugal.

Lemos, A., & Leandro, M. (2004). *Sexualidade e gravidez na adolescência – Um estudo de caso*. In *Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia*. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Corpo e Sexualidade (pp.7 – 13). Braga: Universidade do Minho.

López, F. (2009). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lópes, F., & Fuertes, A. (1998). *Para comprender la Sexualidad*. Pamplona:Editorial Verbo Divino.

López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

- Lou, J., & Chen, S. (2009). *Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behaviour among adolescents: a structural equation model*. International Journal of Nursing studies, 46(12), 15- 95.
- Macedo, J. & Malheiro, R. (1999). *Educação para a Saúde*. Boletim do Hospital de São Marcos, XV (1), 19-22.
- Maia, A., Campos, I. & Costa, M. (2001). *Adolescentes e seus conhecimentos sobre sexualidade*. Informar, (24), 23-28.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (3º edição). Lisboa: Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Reportnumber.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS – primeiros passos*. Lisboa: Escolar.
- Martins, C., Almeida, F., Alencastro, L., Matos, K., & Souza, S. (2012). *Sexualidade na adolescência: mitos e tabus*. Ciencia y Enfermeria, XVIII (3), 25 – 37.
- Matos, M. (2010). *Sexualidade, afectos e cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social. (2006). *Aventura social & saúde – A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos – Relatório preliminar do estudo HBSC*. Lisboa: Aventura Social.
- Matos, M. et al (2009). *Educação sexual em Portugal e em vários países da América Latina*. Psicologia Saúde e Doenças, 10 (1), 127-147.
- Matos, M., Sampaio, D. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2010). *Educação sexual no contexto escolar em Portugal: dando voz aos alunos*. Scielo Portugal. Acedido Junho 10, 2016, em <http://www.esjcff.pt/profs/clubproj/peses15/tese-educsexual.pdf>
- Matos, M. & Reis, M. (2010). *Equipa do projecto aventurasocial – Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes ensino superior: relatório preliminar do estudo*. Lisboa: Aventura Social.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J. & Equipa Aventura Social & Saúde. (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Relatório do estudo HBSC. Lisboa: Aventura Social.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis. & Equipa Aventura Social e Saúde. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempos de Recessão*. Lisboa: Aventura Social.

McLeod, S. (2008). *Cognitive Dissonance*. Acedido Julho 25, 2016, em www.simplypsychology.org/cognitive-dissonance.html.

Melo, P., Figueiredo, M., & Borges, E. (2012). *Os diagnósticos de enfermagem em educação para a sexualidade em meio escolar – Um estudo de Caso*. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Acedido Maio 29, 2016, em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14645/1/ARTIGO-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sexualidade%20em%20Meio%20Escolar.pdf>

Morgan, D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage Publications. (2ª Edição). Portland State University.

Navarro, M. F. (1999). *Educar para a Saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Nelas, P. (2010). *Educação Sexual em Contexto Escolar*. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação.

Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J. & Chaves, C. (2010). *Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA)*. In Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas (pp.180- 184). Braga: Edições CIEEd.

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação Planeamento Familiar.

Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Braga: Círculo de Leitores.

Nogueira, E., Alves, F., & Lobo, L. (2007). *Ser adolescente: um corpo que se transforma, uma imagem que se constrói: educação para a sexualidade responsável em adolescentes*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, (8).

NP 010 (2013). Norma Portuguesa para Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Ministério da saúde.

Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., Pereira, M. L., Pardal, P., Seixas, T., & Ramos, V. (2012). *Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. Acedido Junho 19, 2016, em <http://docplayer.com.br/79720-Papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementacao.html>

Oliveira, R., Carvalho, L. & Silva, M. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 61 (3), 306-311.

Oliveira, M. & Freitas, H. (1998). *Focus Group – pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento*. Revista de Administração. São Paulo, 33, (3), 83-91.

Oliveira, V., Nelas, P., Aparício, G., & Duarte, J. (2014). *A Motivação Sexual dos Adolescentes: Influência dos Fatores Sociodemográficos*. Millenium, 46, 197-210.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Acedido em Maio 14, 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>

Parecer N°6/2009 Conjunto Conselho de Enfermagem e Conselho Jurisdicional. Fornecimento de Contracetivos a Menores. Ordem dos Enfermeiros.

Parecer n° 109/2009 Conselho de Enfermagem. Educação Sexual nas Escolas. Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A. (2004). *SPSS guia prático de utilização - Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (5ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Pereira, J., Fanelli, C., Pereira, R., & Rios, S., orgs. (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milénio*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Acedido em Junho 23, 2016, em http://www.pr5.ufrj.br/anexos/sexualidade_adolesc.pdf.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª edição). Revista e Aumentada. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Pontes, A. (2011). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso?-Promoção do desenvolvimento psicosssexual na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. Tese de Doutoramento em Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. Diário da República. I Série, nº 69 1172-1174. Regulamentação da Lei n.º 60/2009. Ministério da Saúde e da Educação.

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

Programa Nacional. (Saúde Infantil e Juvenil 2013). Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.

Programa Nacional de Saúde Escolar. (2015). Saúde + Educação = Literacia para a saúde e decisões responsáveis. Ministério da Saúde.

Ramiro, I. & Matos, M. (2008). *Perceções de professores portugueses sobre educação sexual*. Revista de Saúde Pública, 42 (4), 684-692.

Ramiro, L., Matos, M. & Vilar, D. (2008). *Factores de sucesso da educação sexual em meio escolar*. Educação Sexual em Rede, 3, 8-13.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J. & Simões, C. (2011). *Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29 (1), 11-21.

Regulamento Interno (2015). Unidade Saúde Familiar Moliceiro. Aveiro.

Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Diário da República n.º 35, 2ª Série. Ministério da Saúde.

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Diário da República n.º 124, 2.ª Série. Ministério da Saúde.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Reis, V., & Maia, A. (2007). *Educação sexual na escola com a participação da família e o uso de novas tecnologias da educação: Um levantamento bibliográfico*. Pelotas (41), 188- 207.

Ribeiro, J. Pontes, A. & Santos, L. (2012). *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual*. Psicologia, Saúde e Doenças, 13 (2), 340-355.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Rua, M. S. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.

Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. Educação & Sociedade, 31 (110), 135-156.

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.

Sá-chaves, I. (2000). *Portfólios Reflexivos: Estratégias de Formação e de Supervisão*. Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores da Universidade de Aveiro.

Sá- Chaves, I. (2009). *Portfólios reflexivos. Estratégias de Formação e de Supervisão*. (4ª Edição). Aveiro: Cadernos Didáticos.

- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar: um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Baptista M., Matos M. & Silva M. (2007). *Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Educação para a saúde: relatório final*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Serrão, C. (2009). *Práticas de educação sexual em contexto escolar – Fatores preditores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Tese de doutoramento não publicada. Porto: Universidade do Porto.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). *Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica*. Acta Pediátrica Portuguesa, 43 (1), 8-15.
- Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. Revista Lusófona de Educação, 26 (26), 175-190.
- Simões, J. (2007). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Enfermagem. II Série (47/48).
- Simões, J. et al. (2006). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados*. Revista Investigação em Enfermagem. (14).
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Revista Referência. II (6), 91- 108.
- Simões, J., & Garrido, A. (2007). *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, 16(4), 599-608.
- Sousa, B., & Ferreira, S. (2003). *Atitudes dos Adolescentes face à Sexualidade*. Sinais Vitais, (48), 35-38.
- Sy, F. & Long-Marin, S. (1999). *Risco e Prevenção das Doenças Transmissíveis*. In: Stanhope, M. e Lancaster, J., *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (827- 852). Loures, Lusociência.
- Teixeira, D. (2011). *Atitudes face à Sexualidade dos Alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Teixeira, D., Nelas, P., Costa., & M., Duarte, J. (2013). *Contributo dos Interlocutores nas Atitudes dos Alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico face à Sexualidade*. Millenium, (44), 127 – 140.

Tôrres, T., Nascimento, E., & Alchier, J. (2013). *O cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes*. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, V (1),16-26.

Trajman, A., et al. (2003). *Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil*. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 127-133.

Vilar, D. & Ferreira, P. (2009). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. *Educação Sexual em Rede*, 5, 2-53.

World Health Organization (2011). Health topics: Adolescent health [em linha]. Acedido Março 16, 2016, em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

World Health Organization (2011). Young people: health risks and solutions [em linha]. Acedido Março 16., 2016, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3a ed.). São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário



Questionário

Data de Aplicação: ___ / ___ / ___

Este questionário faz parte de um Projeto de Investigação “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco (), deve responder de forma clara e legível. A Escala de Graffar (ponto B) deve ser preenchida tendo em conta o elemento da família que tem maior rendimento. Para que o questionário seja válido peça por favor, que não deixe nenhuma questão por responder. Agradeço a sua colaboração.

Parte I.

A. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Feminino Masculino 2. Idade (do inquirido): ___ Anos
3. Nacionalidade: Portuguesa Outra

B. ESCALA DE GRAFFAR

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRaus	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaços c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações < ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família
Mariana Parracho – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (2º Ciclo)

Parte II.

A Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes é constituída por algumas afirmações. Diga qual o seu grau de concordância para cada uma delas assinalando com um (X).

1-Discordo totalmente 2-Discordo Muito 3-Nem Concordo, nem Discordo 4-Concordo Muito 5-Concordo Totalmente

ESCALA DE ATITUDES FACE À SEXUALIDADE EM ADOLESCENTES (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte & Chaves, 2010)

	1	2	3	4	5
1- Para namorar basta que alguém goste de mim.					
2- Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem					
3- A procura da independência faz parte da adolescência					
4- O desgosto amoroso só me acontece a mim					
5- A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo					
6- Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas					
7- Sou agradável no contato com os outros					
8- Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação					
9- As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis					
10- Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a					
11- As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens					
12- Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes					
13- As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos					
14- Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais					
15- A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens					
16- Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade					
17- Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios					
18- A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas					
19- Só os rapazes deveriam ter educação sexual					
20- A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente					
21- A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento					
22- As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais					
23- A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la					
24- Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias					
25- As relações sexuais antes do casamento são um pecado					
26- Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas					

Fonte: Teixeira, D. (2011) *Atitudes face à Sexualidade dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico*. Relatório Final: Volume II, I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família
Mariana Parracho – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (2º Ciclo)

De seguida estão diversas afirmações que deve assinalar com um (X) aquela que considerar mais correta segundo a sua opinião. Estas têm como objetivo verificar os conhecimentos que os adolescentes têm sobre alguns métodos anticoncecionais e infeções sexualmente transmissíveis.

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES: HBSC (Adaptado)
 (Matos, Simões, Camacho, Tomé, Ferreira, Ramiro, Reis, Gaspar, Veloso, Loureiro, Borges, Diniz, J. & Equipa Aventura Social, 2010)

1 – Concordo; 2 – Não concordo nem discordo; 3 - Discordo	1	2	3
1. O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais			
2. Há cuidados especiais na colocação do preservativo			
3. Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo			
4. Posso adquirir preservativos no Centro de Saúde			
5. Deve-se verificar a validade do preservativo			
6. O preservativo protege contra as infeções sexualmente transmissíveis			
7. A pílula impede a transmissão de infeções sexuais			
8. Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula			
9. O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapaz			
10. Um beijo na boca pode transmitir infeções sexualmente transmissíveis			
11. A prevenção contra infeções sexualmente transmissíveis depende muito de nós			
12. A vacina do HPV protege contra o cancro do colo do útero			
13. O planeamento familiar evita gravidezes indesejáveis			
14. A Educação Sexual serve para ter mais informação e esclarecer dúvidas			
1- Sim; 2 - Não Sei; 3 - Não	1	2	3
1. Nas últimas consultas no Centro de Saúde, os enfermeiros abordaram a Educação sexual?			
2. Os temas abordados foram...			
a) Doenças sexualmente transmissíveis			
b) Sentimentos, preocupações e angústias			
c) Masturbação			
d) Reprodução e desenvolvimento do corpo			
e) Comportamentos e relacionamentos			
3. Relativamente aos temas abordados considera-se esclarecido?			
4. Considera que o apoio que tem relativamente a esta temática por parte do seu Enfermeiro de família é suficiente?			

Fonte: Matos, M. Simões, C. Tomé, G. Camacho, I. Ferreira, M. Ramiro, L. Reis, M. Gaspar, T. Veloso, S. Loureiro, N. Borges, A. Diniz, J. & Equipa Aventura Social (2010) *A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES AVENTURA SOCIAL & SAÚDE*. RELATÓRIO DO ESTUDO HBSC

Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família
 Mariana Parracho – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (2º Ciclo)

**Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade:
Intervenção do Enfermeiro de Família**

Guião do *focus group*

A entrevista de *focus group* aos enfermeiros da USF é constituída por quatro questões abertas:

- A) Quem tem a iniciativa da abordagem da temática da sexualidade nas consultas de Enfermagem?

- B) Quais os temas que consideram mais fáceis e mais difíceis de abordar? Porquê?

- C) Quais são as metodologias/estratégias que utilizam nessa abordagem?

- D) Que tipo de formação consideram ser essencial para dar resposta adequada às necessidades deste tipo de consulta?

Aveiro, 24 de Junho de 2016

Mestranda: Mariana Parracho

Orientadora: Professora Doutora Célia Freitas

Co-orientadora: Professora Doutora Assunção Almeida

ANEXO III - Consentimento informado para adolescentes



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO ADOLESCENTE

Exmo. Sr./Sr^a,

Eu, Mariana Henriques Parracho, Enfermeira, pretendo realizar o meu Projeto de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Aveiro, com o tema “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre a Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”.

A Educação Sexual é fundamental na promoção da saúde dos adolescentes e de estilos de vida saudáveis durante a adolescência, nomeadamente no que concerne à saúde sexual e reprodutiva.

Neste âmbito, pretendo com este estudo identificar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, de forma a implementar intervenções de educação para a saúde na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar realizada pelo Enfermeiro de Família.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a participar no estudo, respondendo a um questionário anónimo, sem qualquer tipo de identificação que se destina unicamente à realização da referida investigação.

Agradecendo a sua colaboração, coloco-me à inteira disposição para mais informações, por e-mail para **marianaparracho@ua.pt**.

Atenciosamente

Aveiro, 2016

(Mariana Parracho)

Termo de Consentimento

Assinatura _____

ANEXO IV – Consentimento informado para pais



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PAI/MÃE

Exmo. Sr./Sr^a,

Eu, Mariana Henriques Parracho, Enfermeira, pretendo realizar o meu Projeto de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Aveiro, com o tema “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre a Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”.

A Educação Sexual é fundamental na promoção da saúde dos adolescentes e de estilos de vida saudáveis durante a adolescência, nomeadamente no que concerne à saúde sexual e reprodutiva.

Neste âmbito, pretendo com este estudo identificar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, de forma a implementar intervenções de educação para a saúde na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar realizada pelo Enfermeiro de Família.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, se digne autorizar o seu filho (a) a participar no estudo, respondendo a um questionário anónimo, sem qualquer tipo de identificação que se destina unicamente à realização da referida investigação.

Agradecendo a sua colaboração, coloco-me à inteira disposição para mais informações, por e-mail para **marianaparracho@ua.pt**.

Atenciosamente

Aveiro, 2016

(Mariana Parracho)

Termo de Consentimento

Autorizo o meu filho (a).....a responder ao questionário: Sim Não

Assinatura _____

ANEXO V – Consentimento informado para Enfermeiros de Família



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO ENFERMEIRO

Exmo. Sr./Sr^a,

Eu, Mariana Henriques Parracho, Enfermeira, pretendo realizar o meu Projeto de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Aveiro, com o tema “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre a Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”.

A Educação Sexual é fundamental na promoção da saúde dos adolescentes e de estilos de vida saudáveis durante a adolescência, nomeadamente no que concerne à saúde sexual e reprodutiva.

Neste âmbito, pretendo com este estudo identificar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, de forma a implementar intervenções de educação para a saúde na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar realizada pelo Enfermeiro de Família.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a participar no estudo, participando numa sessão de *focus groups* e que se destina unicamente à realização da referida investigação.

Agradecendo a sua colaboração, coloco-me à inteira disposição para mais informações, por e-mail para marianaparracho@ua.pt.

Atenciosamente

Aveiro, 2015

(Mariana Parracho)

Termo de Consentimento

Assinatura _____

ANEXO VI – Autorização do coordenador da USF



Exmo. Sr. Coordenador da USF Moliceiro
Doutor José António Madail Ratola.

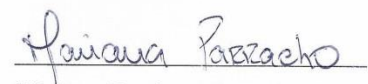
Eu, Mariana Henriques Parracho, Enfermeira, no âmbito da realização da dissertação como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem da Universidade de Aveiro, proponho-me a desenvolver uma investigação cujo tema é “Atitudes e Conhecimentos dos Adolescentes sobre a Sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família”.


Neste âmbito, pretendo com este estudo identificar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, de forma a implementar intervenções de educação para a saúde na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar realizada pelo Enfermeiro de Família.

Dessa forma, venho solicitar autorização para realizar a recolha de dados para esse estudo nas instalações Unidade de Saúde Familiar Moliceiro, no período a decorrer entre Novembro de 2015 e Fevereiro de 2016.

Agradecendo desde já a disponibilidade prestada,
Com os melhores cumprimentos

Aveiro, Novembro 2015


(Mariana Henriques Parracho, Enf^ª.)
(marianaparracho@ua.pt)

autorizado

D. José António Madail Ratola
Coordenador Moliceiro da USF Moliceiro
26/11/2015

ANEXO VII – Autorização da Comissão de Ética da ARS



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Favorável</p> <p>Trabalho bem elaborado, bem documentado. Considero o trabalho pertinente</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologa-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>19.11.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr.ª Maria Augusta Mota Vice-Presidente,</p>
--	---

Estudo 64/2015 de 04/08/2015

[Signature]
Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cebal
Vogal,

ASSUNTO: **Atitudes e conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade; intervenção do enfermeiro de família**

18 Novembro 2015

[Signature]

[Signature]

ANEXO VIII- Autorização da autora da Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes

Mariana Parracho

Responder a todos|

30-11-2015

pnelas@gmail.com

Itens Enviados

PEDIDO DE PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DE ESCALA

Exma. Sr^a. Dr^a. Paula Nelas,

O meu nome é Mariana Henriques Parracho, sou Enfermeira no Centro Hospitalar do Baixo Vouga no serviço de Medicina II e aluna da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Encontro-me a frequentar o 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e o tema do meu projeto é "Atitudes e Conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade: Intervenção do Enfermeiro de Família".

Venho por este meio solicitar a permissão para a utilização das "Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes" por sua Excelência.

Agradecendo desde já a sua atenção, estou sempre disponível para prestar qualquer esclarecimento.

Mariana Henriques Parracho

Escola Superior de Saúde

Universidade de Aveiro

Agras do Crasto - Campus Universitário de Santiago

Edifício 30

3810-193 Aveiro, Portugal

paula nelas <pnelas@gmail.com>

Responder a todos|

05-12-2015

Mariana Parracho

Reencaminhou esta mensagem a 13-12-2015 19:28

Boa tarde Enfermeira Mariana,

Desde já desejo as maiores felicidades para a sua formação avançada e autorizo a utilização da escala solicitada

Cumprimentos

Paula Nelas