



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA,
NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Práticas e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade

Ivanusa Mendonça

Dissertação orientada pela Professora Doutora

Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Março de 2024



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA,
NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Práticas e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade

Ivanusa Mendonça N° 5210073

Dissertação de Mestrado

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Leiria, março 2024

A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor

Florence Nightingale

março, 2024

AGRADECIMENTOS

Quando conseguimos suplantar mais uma etapa na vida onde adquirimos vários conhecimentos, desde a formação da ideia, passando por questões técnicas e principalmente pelas relações estabelecidas, não deixamos de agradecer toda a ajuda e colaboração.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino pela disponibilidade, apoio, paciência e imprescindível orientação.

E a técnica Isabel Monteiro, pelo apoio importante prestado na biblioteca.

A todos os outros professores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria que me apoiaram ao longo deste percurso, aos quais agradeço o apoio, a disponibilidade e as imprescindíveis observações.

A todos os alunos, que dedicaram parte do seu tempo a responder ao questionário, contributo indispensável para este trabalho.

A todos quantos, direta ou indiretamente, com a sua ajuda e boa vontade, tornaram possível este trabalho.

Um agradecimento ainda aos meus familiares especialmente ao meu marido e aos meus filhos, e a todos os colegas de trabalho pelo apoio e motivação.

O meu sincero Obrigado!

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma etapa estruturante do ciclo vital da família, determinando o desenvolvimento humano e suas transformações ao longo da vida nas diferentes sociedades. A sexualidade do adolescente pode apresentar-se desarmoniosa, pois o equilíbrio emocional nem sempre acompanha o equilíbrio física. Há que destacar que a sexualidade do adolescente transcende o aspeto biológico, manifestando-se como um fenómeno psicológico e social, neste sentido a necessidade de ações educativas preventivas aos adolescentes, pois a falta de informação contribui para a sua vulnerabilidade. Os adolescentes reconhecem a importância da educação sexual, mesmo não tendo uma lei que garanta a mesma, mas as estratégias de implementar garantirão a promoção, proteção e ganhos em saúde e da família.

Objetivo: Avaliar as práticas e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade e prevenção das ISTs e gravidez; conhecer quais são os métodos contraceptivos que os adolescentes utilizam, compreender como os adolescentes utilizam os métodos contraceptivos, conhecer a opinião dos adolescentes sobre a importância da educação sexual nas escolas e na família.

Método: Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa para análise dos dados realizado numa escola católica das periferias de Bissau no ano 2023, com autorização do comité de ética em saúde n: 034, com uma amostra não probabilística de conveniência constituída por estudantes dos 13 aos 16 anos de idade, o instrumento de investigação integra duas partes, uma corresponde à caracterização sociodemográfica dos estudantes e uma segunda parte com questões relacionadas com a sexualidade e métodos contraceptivos. O tratamento de dados foi efetuado através do programa SPSS Statistics Base versão 27.

Resultados: verificou-se que a maioria dos participantes são raparigas no 8º e 9º ano (55,20% e 66,70% respetivamente), ao passo que no 7º ano são os rapazes a maioria 60,90%. Podemos verificar que a larga maioria dos participantes recebeu educação sobre a sexualidade/ planeamento familiar especialmente no 9º ano (100.00%), no 7º ano temos 78,30% e no 8º são já 86.20%.

Ainda constatam que a larga maioria dos participantes não usa os métodos contraceptivos na sua primeira relação sexual especialmente, no 8º ano (89,70% dos respondentes refere não ter utilizado); no 7º ano tem 87.00% que refere o não uso e no 9º ano só são 52.80%, contudo neste ano de escolaridade 36.90% não responderam. Assim podemos inferir que apesar de terem recebido educação, a maioria não usou métodos contraceptivos na sua primeira relação sexual.

Considerações finais: nesta fase do ciclo vital familiar é fundamental uma adequada educação sexual para que a adolescente tenha a possibilidade de aprender a cuidar não só de sua saúde reprodutiva, como também tenha abertura para falar de dúvidas, medos, desejos e emoções.

Palavras-Chave: Comportamentos de Risco à Saúde, conhecimentos, adolescente, sexualidade.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a structuring stage in the family's life cycle, determining human development and its transformations throughout life in Western and contemporary societies. Adolescent sexuality is often disharmonious, as emotional maturity does not always accompany physical maturity. It should be noted that adolescent sexuality transcends the biological aspect, manifesting itself as a psychological and social phenomenon, in this sense the need for preventive educational actions for adolescents, as the lack of information contributes to their vulnerability. Adolescents recognize the importance of sexual education, even though there is no law that guarantees it, but the strategies to implement will guarantee promotion, protection and gains in health and family.

Objective: To evaluate adolescents' practices and knowledge regarding sexuality and prevention of STIs and pregnancy; know which contraceptive methods teenagers use, understand how teenagers use contraceptive methods, know teenagers' opinions on the importance of sexual education in schools and in the family.

Method: Exploratory, descriptive study, with a quantitative approach to data analysis carried out in a Catholic school on the outskirts of Bissau in the year 2023, with authorization from the health ethics committee n: 034, the study sample is a non-probabilistic convenience sample consisting of students from 13 to 16 years of age, the research instrument includes two parts, one corresponding to the sociodemographic characterization of the students and a second part with questions related to sexuality and contraceptive methods, data processing was carried out using the SPSS Statistics Base program version 27 .

Results: it was found that the majority of participants are girls in the 8th and 9th years (55.20% and 66.70% respectively), while in the 7th year the majority are boys, 60.90%. We can see that the vast majority of participants received education about sexuality/family planning especially in the 9th year (100.00%), in the 7th year we have 78.30% and in the 8th year it is already 86.20%.

Thus we can infer that knowledge increases with education and age as well. They also note that the vast majority of participants do not use contraceptive methods in their first sexual

intercourse, especially in the 8th year (89.70% of respondents report not having used them); In the 7th year, 87.00% reported not using it and in the 9th year, only 52.80%, however, in this year of schooling, 36.90% did not respond. Therefore, we can infer that despite having received education, the majority did not use contraceptive methods during their first sexual intercourse. Final considerations: at this stage of the family life cycle, adequate sexual education is essential so that the teenager has the possibility of learning to take care of not only her reproductive health, but also be open to talking about doubts, fears, desires and emotions.

Keywords: Health Risk Behaviors, knowledge, Adolescent, sexuality.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- AIDS-Síndrome, da Imunodeficiência, adquirida
- APF-Associação, para Planeamento, familiar
- BPS- British, Psychological, Society
- INASA– Instituto Nacional de Saúde da Guiné-Bissau
- IFNA-Associação Internacional de Enfermagem da Família
- ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
- MICS- Inquérito de Indicadores Múltiplos
- PNDS- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- OE-Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONU- Organização das Nações Unidas
- OPAS-Organização Pan-americana da Saúde
- UNAIDS-
- UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas
- VIH - Virus da Imunodeficiência Humana
- WHO -World Health Organization

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Freqüências e percentagens do variável género	41
Tabela 2: médias e valores de dispersão da idade dos participantes.....	41
Tabela 3: Freqüências e percentagens do nível de escolaridade dos participantes.....	42
Tabela 4: Freqüências e percentagens relativas ao informação recebido sobre a sexualidade/planeamento familiar, e local de informação.....	43
Tabela 5: Médias e valores de dispersão da idade dos participantes em que iniciou a 1ª relação sexual.....	43
Tabela 6: Freqüências e percentagens segundo a utilização de métodos contraceptivos e qual é o utilizado.....	44
Tabela 7: Freqüências e percentagens segundo se tem uma vida sexual ativa e os cuidados que tem para evitar a gravidez.....	45
Tabela 8: Freqüências e percentagens segundo se já ouviu falar desses métodos contraceptivos, e se já fez uso deste	46
Tabela 9: Freqüências e percentagens segundo qual os métodos contraceptivos utilizados a quem recorre quando tem dúvidas	47
Tabela 10: Médias e desvio padrão da variável idade segundo os anos de escolaridade.	48
Tabela 11: Freqüências e percentagens do género, conhecimentos sobre a sexualidade e se utilizou métodos contraceptivos segundo os anos de escolaridade	49
Tabela 12: Freqüências e percentagens da variável se sabe o que são métodos contraceptivos, quais conhece e se utiliza, segundo os anos de escolaridade	51
Tabela 13: Médias e desvio padrão da variável idade segundo os anos de escolaridade.	52

Tabela 14: Frequências e percentagens da variável a quem recorre quando tem dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar segundo os anos de escolaridade 53

Figura 1: APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO OU FICHA DE REGISTO DOS PARTICIPANTESII

Figura 2: APÊNDICE II CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMATIVO..... IV

Figura 3: ANEXO I: ORÇAMENTO DETALHADO VI

Figura 4:ANEXO III: CARTA CNEPS / PEDIDO VIII

Figura 5: ANEXO IV: CARTA CNEPS / RESPOSTA..... IX

Figura 6: ANEXO V: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO XI

Figura 7: ANEXO VI: CARTA DE PEDIDO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOSXII

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	13
1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: A FAMÍLIA COM ADOLESCENTES -----	10
1.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR -----	10
1.2. FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES -----	15
2. LITERACIA EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE SAUDÁVEL-----	20
3. DESAFIOS GLOBAIS E PERSPETIVAS FUTURAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL-----	29
4. METODOLOGIA -----	35
4.1 Os objetivos de estudo-----	36
4.2 População e amostra -----	36
4.3 Instrumento de investigação e variáveis -----	37
4.4 Procedimentos formais e éticos -----	38
4.5 Tratamento de dados-----	39
5. RESULTADOS-----	41
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA-----	41
5.2. EDUCAÇÃO E COMPORTAMENTOS NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE-----	42
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	54
7. CONCLUSÃO -----	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	64

INTRODUÇÃO

A realização da presente dissertação surge no âmbito da Unidade Curricular “Dissertação” do “Mestrado Enfermagem de Saúde Familiar”, inserida no plano de estudos do segundo ano, do sexto Curso de mestrado de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Adolescência faz parte da etapa de ciclo vital de uma família e de subsistema familiar (Relvas, 1996).

“A adolescência, é também um tempo de transição, hoje é considerado um período em que os jovens, após o momento de maturação diversificadas, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida” falar dos desafios familiares no respeitante à individualização/autonomização face à família, continuando esta a ser o “porto de abrigo” e suporte (Costa 2018).

Nas sociedades ocidentais e contemporâneas, a adolescência é uma etapa do ciclo vital da família, ou seja, faz parte do desenvolvimento humano e, com as suas transformações ao longo da vida, torna-se num ciclo transitivo, tal como referido por Lepre et al (2022) citando Zanelato e Urt, “acrescentando que a adolescência é um período do desenvolvimento relacionado às mudanças físicas e sociais, constituindo-se como «um período de superação das estruturas de consciência desenvolvidas desde a infância e incorporação de elementos da vida adulta, principalmente no que tange à capacidade de pensar por conceitos ou desenvolvimento do pensamento teórico (p. 1)”.

Adolescência é uma fase do ciclo vital da família tão importante que esta autonomia passe também por escolhas promotoras da saúde, nomeadamente em relação à sexualidade. Os conhecimentos e as práticas são indicadores sobre a aquisição destas competências salutogénicas e promotoras de saúde, que podem ancorar nos contextos de vida dos adolescentes, em primeiro lugar a família, mas também a escola, enquanto contexto de socialização maior.

A presente dissertação enquadra-se na temática: “práticas e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade” e tem como objetivo geral avaliar as práticas e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade e à prevenção da gravidez precoce, e os objetivos específicos são:

- Conhecer quais são os métodos contraceptivos que os adolescentes utilizam;
- Compreender de que forma é que os adolescentes utilizam os métodos contraceptivos;
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre a importância da educação sexual nas escolas e na família.

Realizou-se a pesquisa sobre «práticas e conhecimentos dos adolescentes sobre a vida sexual e métodos contraceptivos». O estudo foi realizado numa escola católica da Guiné-Bissau, situada nas periferias da cidade de Bissau.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, com uma amostra não probabilística de conveniência constituída pelos estudantes dos 13 aos 16 anos de idade.

A vivência da sexualidade é uma transição (deve ser estudada no sentido de capacitar os adolescentes para a saúde individual e familiar, e ganhos em saúde).

Para além da evidência sobre a necessidade de investir no tema selecionado, está associado ao interesse da investigadora relativamente à situação dos adolescentes face à sexualidade e gravidez precoce, e à preocupação de todos os pais. Aliás, da maioria das famílias, tendo em conta o desenvolvimento social da “globalização” principalmente nos países em vias de desenvolvimento. Chitumba, Nangulo e Kahuli (2022, p.12) informam que, em alguns países da África Subsaariana, entre os quais se encontra a Guiné-Bissau, a gravidez na adolescência “continua a ser uma problemática atual”.

A gravidez na adolescência é um fenómeno multifacetado e multicausal, ocorrendo em todos os continentes, pelo que tem sido colocado na agenda de alguns países; no entanto, a sua resolução é complexa (Trombetta et al, 2022; Cabral e Brandão, 2020).

Os adolescentes da Guiné-Bissau encontram-se num ambiente social e economicamente suscetível. Esta situação transcorre em sistemas de má organização nas áreas político-sociais, educacionais, e de saúde pública, que se tornam assim incompetentes de firmar alguma segurança dia a dia, assim como confiança na disponibilidade de apoio para lidarem com as dificuldades (Guerreiro et al., 2019, p. 239-264).

Percebe-se que o foco na Saúde Familiar, tendo a família como unidade de cuidados, abrange a promoção do bem-estar físico e mental de todos os membros da família. Essa área olha para a saúde do núcleo familiar como um todo, pensando na situação de cada pessoa e como acaba por afetar o grupo (família e comunidade), sendo assim, cuidar da saúde coletiva é uma maneira de fortalecer a individual, familiar e os contextos sociais (Relvas, 1996).

A dissertação apresenta a primeira parte relativa ao enquadramento Teórico, em que se aborda num primeiro capítulo a Enfermagem Saúde Familiar: A família com adolescente, segue-se uma revisão sobre a Literacia em saúde e a educação para sexualidade saudável num terceiro capítulo abordamos os Desafios Globais e Perspetivas Futuras na Promoção de Saúde Sexual.

Apresentamos, seguidamente, o capítulo da metodologia, onde descrevemos a amostra e o instrumento de recolha de dados e procedimentos metodológicos.

Apresentamos os resultados conforme as áreas em estudo: caracterização socio demográfica, uso de métodos contraceptivos e educação sexual. Discutimos seguidamente os resultados e apresentamos a conclusão.

1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: A FAMÍLIA COM ADOLESCENTES

A adolescência é a quarta etapa do ciclo vital da família, onde a família se depara com desafios e perigos principais entre quais: mau humor e bipolaridade, depressão, suicídio, ansiedade, transtorno de déficit de atenção hiperatividade, álcool e drogas, sexualidade, e, é um fenómeno sociocultural que envolve modificações psicológicas importantes, nomeadamente a alteração na aparência que contribui para que o adolescente tenha dificuldade em perceber se e de se está relacionado com o mundo. Segundo Lepre et al (2022, p. 10) citando Souza e Silva “Não só os componentes maturacionais que ajustam os atributos próprios do funcionamento psíquico nesse período, assim como a sociedade tem uma quota-parte na construção de uma particular conceção de adolescência, historicamente determinada”. Nesta citação podemos considerar que é essencial entender as alterações que ocorrem na vida dos adolescentes de ordem orgânica, histórica e cultural.

A abordagem à família nesta fase do ciclo vital requer a adoção de modelos teóricos e do recurso à evidência para uma intervenção eficaz e estruturada.

Assim, importa enquadrar os modelos teóricos de suporte à prática de Enfermagem de Saúde familiar e caracterizar esta etapa do ciclo vital.

1.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) (citado por Rodrigues et al.), o conceito da família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.

Minuchin (1990) define a família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a igualmente como um sistema que opera através de padrões transacionais, assim, no interior da família, os indivíduos podem construir subsistemas, podendo estes ser formados por gerações, sexo, interesse e/ou função havendo diferentes níveis de poderes onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros membros. A família como unidade social enfrenta uma série de tarefas

de desenvolvimento, deferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes.

Para Relvas (1996) é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passem sentimentos e comportamentos, com as alterações decorridas ao longo dos tempos no seio familiar deparamos nos com vários tipos de organizações familiares de entre os quais, as famílias nucleares sem filhos biológicos, família monoparentais, quer sejam masculinas ou femininas (que estão a surgir em maior número na nossa sociedade), famílias reconstituídas, alargadas, adotivas e de acolhimento. De facto, não existe um tipo de família modelo ou ideal.

De acordo com Meleis (2015), o ser humano pode experienciar diversos tipos de transições, que de acordo com a sua natureza, podem ser do tipo desenvolvimental (relacionadas com as crises naturais que decorrem do ciclo de vida individual e familiar, por exemplo, o casamento ou o nascimento de um filho); do tipo situacional (em relação com crises acidentais como por exemplo, uma situação de desemprego, do tipo de saúde-doença (ligadas a processos de adaptações a situações como por exemplo, doenças crónicas) e do tipo organizacional (relacionadas com mudanças de papéis, seja no contexto do funcionamento familiar, seja laboral, por exemplo).

Para a Enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar da pessoa e da família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010).

Deste modo o enfermeiro é um agente facilitador do processo de transição, pois ao interagir com os seus utentes, desenvolve uma relação de ajuda e adota uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

A Família como unidade de cuidados é contemplada a assegurar a sobrevivência económica, reprodução, transmissão da fé religiosa, proteção educação e socialização; ao conferir estatuto Função da Família Tradicional, segundo (Hanson, 2005) esta tem a função económica, função

educativa e de socialização, função reprodutora, função de conferir estatuto social, função de saúde (promover a saúde), e a função de relação.

Conceitos inerentes à Estrutura Familiar da Hierarquia, função do poder e a diferença dos papéis dos pais e dos filhos. A hierarquia, clara e inequívoca, é um requisito necessário para a funcionalidade da família. Tem limites como regras que determinam quais são os membros dos diferentes subsistemas, a sua participação e de que forma (Hanson, 2005).

As alianças são uniões relacionais positivas entre certos membros do sistema familiar.

A Adaptabilidade traduz-se na capacidade do sistema familiar para sobreviver, num processo dinâmico que modifica as suas rotinas, caso seja necessário. A Coesão traduz-se nos laços emocionais que os membros da família apresentam entre si (Hanson, 2005).

Os Subsistemas podem ser formados por vários critérios, como o gênero, o grau de parentesco, relacionamento (Muñoz et al., 2012, p. 2444).

A Família como unidade de Cuidados Saúde Familiar trata-se de estado relativo à mudança dinâmica do bem-estar que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema da família (Hanson, 2005, p.7; Stanhope e Lancaster, 2011, pp. 582-583).

A Saúde Familiar na perspetiva multidimensional dos processos de co construção evolutiva, a circularidade entre a estabilidade e a mudança (transições normativas e acidentais), são elementos promotores do desenvolvimento e da funcionalidade familiar, uma vez que a família é um sistema autopoietico (que se autorregula) (Figueiredo, 2012).

A Família como unidade de Cuidados para avaliar a função familiar (Olson, 1978), a Teoria do Modo Anular baseou-se na teoria do sistema familiar e considerou a função familiar em 3 dimensões: (1) Intimidade familiar, com 4 níveis: desligado, separado, conectado, emaranhado; (2) Adaptabilidade com 4 níveis: rígida, estruturada, flexível e caótica; (3) A Comunicação é importante para o desenvolvimento da intimidade e adaptabilidade familiar (Dai e Wang, 2015).

Outras teorias elucidam sobre a relação entre as funções familiares e a capacidade de tensão do sistema familiar (centrípeto e centrífugo), nomeadamente a Teoria do Sistema Beavers: Foi proposta principalmente por Beavers e outros em 1977 (Dai e Wang, 2015).

Neste domínio da análise da família, salientar a Teoria do modelo de funcionamento da família de McMaster, proposta por Epstein em 1987. Ele considera o processo do sistema familiar como o núcleo, e assume que a função básica da família é fornecer ambiente adequado com condições para os membros da família se desenvolverem nos aspetos físico, psicológico, social e outros. Para perceber a função básica, o sistema familiar deve completar uma série de tarefas, incluindo tarefas básicas (necessidades do indivíduo), tarefas de desenvolvimento (adaptação e promover o crescimento e desenvolvimento dos membros) e tarefas de crise (como lidar com todos os tipos de emergências familiares).

Salientar, que o Controle de comportamento de diferentes modos, em diferentes situações de uma família, e Com base nas habilidades de desempenho, a teoria do modo de funcionamento familiar de McMaster investiga se a família funciona bem. (Dai e Wang, 2015).

Em relação à funcionalidade, sabe-se que as famílias passam pela fase Funcionais e Disfuncionais, a funcionalidade Familiar não é um conceito estático, todas as famílias, funcionais ou não, passam por períodos de crise (Dai e Wang, 2015).

Considerando o scope dos cuidados de enfermagem de saúde familiar e os marcos conceituais: Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Stanhope e Lancaster, 1999); Teoria das Transições Meleis (1997), Modelo de Calgary; Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar Wright Leahey (2009).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 pela OE, (ordem dos enfermeiros de Portugal) a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

A associação entre a formação e as atitudes é importante já que todos os profissionais de saúde deveriam possuir conhecimentos das dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e intervenção familiar desde a formação de base, conseguindo por consequência, aperfeiçoar as suas competências durante a atividade profissional (Wright e Leahey, 2013).

A formação avançada dos enfermeiros é uma mais-valia para identificar áreas de atenção na família, com pertinência para a prática de enfermagem, assim como na sua intervenção nos períodos de transição saúde/doença, que podem despoletar desorganização do todo familiar (Rodrigues, 2013).

Para orientação dos profissionais de enfermagem a IFNA desenvolveu duas declarações para orientar o desenvolvimento de competências práticas para o enfermeiro, tanto a nível generalista, como a nível avançado em enfermagem de família (IFNA, 2015; 2017).

Há normas dentro do sistema familiar e relações lógicas entre os subsistemas, a família está em constante mudança em resposta às tensões do meio externo ocorrendo alteração numa só parte do sistema, o restante é afetado (Stanhope e Lancaster, 1999; Hanson, 2005).

As famílias precisam de um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade, a mudança no sistema familiar é gerada por estímulos internos e externos ao próprio sistema e ocorre como uma compensação pelas perturbações, com o propósito de manter a estabilidade no sistema.

A mudança depende da perceção do problema, é determinada pela estrutura, depende do contexto e dos objetivos da ação, mudança não ocorre necessariamente da mesma forma em todos os elementos (Wright e Leahey, 2012).

O Enfermeiro deve questionar o rótulo de "família disfuncional", porque a designação só se aplica quando existem comportamentos desadaptativos estabelecidos como padrões predominantes no dinamismo familiar (Dai e Wang, 2015).

1.2. FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES

Nesta quarta etapa de ciclo de vida da família encontram-se características fundamentais, sequência possível de transformações na estrutura familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. A esta sequência dá - se o nome de ciclo vital, e são estas tarefas que caracterizam as suas etapas. "É o caminho que a família percorre desde que nasce até que morre" (Relvas, 1996). Ainda o autor refere que o desenvolvimento familiar reporta se a mudança da família, enquanto grupo bem como as mudanças nos seus membros individuais expressando um caráter desenvolvimentista.

Diferendo fases ou etapas na vida familiar, o processo de desenvolvimento da família integra diversas forças geracionais e deverá ser equacionado numa perspetiva espiral embora a focalização seja realizada centrada na família nuclear tradicional, Alarcão (2006).

Considera se assim que na compreensão do ciclo vital da família nuclear se cruzam os ciclos de vida de cada uma da família em relação com a 1ª, sendo que estes co evoluem e repercutem uns nos outros, com todas as potencialidades e limitações que podem comportar, Alarcão (2006).

A vida da família é marcada por acontecimentos e experiências que traduzem oscilações entre períodos centrípetos e centrífugos, na passagem de cada etapa do ciclo vital da família ocorre uma crise normativa cuja resolução pressupõe a ocorrência de mudanças de tipo II (Barker, 2000).

Na 4ª etapa: família com filho adolescente -etapa pontuada pela crise individual," é impossível pensar esta etapa do ciclo de vida sem a conceber como um período de grandes mudanças em que todos se tornam de alguma forma novidade para os restantes "esta é uma etapa em que equacionam constantemente os equilíbrios entre as exigências do sistema familiar e dos seus elementos individualmente (Barker, 2000, p. 35).

Corresponde à etapa de maior abertura da família face ao exterior abertura inter sistémica - equacionando a relação com os pares (experimentação de papéis sociais) e com o sistema escolar, necessidade de equacionar transformações profundas na estrutura da família permitindo que as relação entre subsistemas se alteram no sentido de uma maior horizontalidade e

possibilidade de redefinição de regras, que o registo comunicacional entre pais e filhos, entre o cônjuges e entre a família e sistemas externos se transformem as vários gerações em presença (etapa trigeracional) encontrem um equilíbrio relacional e funcional a reorganização exige que a parentalidade assuma uma dimensão menos intensa assumindo a conjugalidade um maior relevo, Ausloos (1996).

Desse modo, proporcionar autonomia aos filhos não significa deixá-los livremente as suas vontades, visto que, além de caracterizar descuido com os filhos, expressa comportamento de abandono porque não os orientam a uma equilibrada liberdade de escolhas (Baptista e Teodoro, 2012). É necessário assumir a intrínseca posição de líderes, buscando subsidiar continuamente, com diplomacia, as demandas relacionais dos filhos, conduzindo-os a uma efetiva formação.

Posto isso, o diálogo dos pais com filhos adolescentes apresenta-se como grande desafio, pois é por meio da comunicação harmoniosa que a família vai redefinindo as novas representações de pais e filhos, priorizando, principalmente, a transmissão da afetividade através do respeito e cuidado (Silva et al., 2021).

Andrade (2017, p.15) afirma que: A palavra “adolescência” tem sua origem no latim “ad” (para) + “olescere” (crescer); portanto, significaria crescer para.

A etimologia dessa palavra remete à ideia de desenvolvimento, dinâmica ou preparação para a vivência de algo que já está posto (por outrem) (Andrade, 2017).

É como se a adolescência fosse uma “fase” a ser transposta para alcançar aquilo que é ideal. Ainda o autor disse que todas as etapas de vida são edificadas socialmente, e a da adolescência é indicada por uma certa mudança porque o adolescente toma conhecimento das alterações que ocorrem no seu corpo, estas geram um período de confusão e renovação do seu sistema psíquico e social (Andrade, 2017). Cerca de 28% da população mundial é adolescente, perfazendo mais de 1,8 bilhão de pessoas entre 10 e 24 anos (UNFPA) e a gravidez na adolescência alcança grandes proporções.

A adolescência para Lemos e Leandro (2017), é definida como um estágio da vida humana marcada pela mutação enorme que ocorre a nível fisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais, que se vivem num assente ambiente cultural.

Refere ainda Lemos e Leandro (2017) que no decorrer deste período, testemunhamos uma sequência de mutação corporal, psicológica e social das típicas personalidades peculiares do indivíduo. Assim sendo, mais do que um estágio, a adolescência é, assim, uma sequência prática de episódios da infância para a idade adulta.

Prosseguiu revelar que é no decorrer destes períodos que as alterações do corpo são notórias, principiando a experiência de sensações estranhas, a vivenciar nos primeiros namoros, bem como as novas relações sociais que, de forma direta ou indireta, poderão prejudicar a vida social do adolescente, por ser o seu ciclo decisório de vida. Muitas das vezes, este desenvolvimento não é constante. Tudo porque, o adolescente perante as determinadas ocorrências sociais na sua vida, tem de anunciar certos comportamentos e tomar certas decisões quando, na generalidade dos casos, não está apto para tal. Como afirmam Lemos e Leandro (2017), citando a OMS, a adolescência é um estágio que se acresce entre os 10 e os 19 anos.

Na Guiné-Bissau, adolescência é um período de maior risco para certas formas de violação e exploração, o início da puberdade marca uma importante transição das meninas e meninos, na qual o género, a sexualidade e a identidade sexual começam a adquirir maior importância, aumentando a vulnerabilidade a formas particulares de violência, especialmente para adolescentes. Certas práticas tradicionais danosas, como mutilação / corte genital feminino e o matrimônio infantil, no momento tem início na puberdade (Inquérito de Indicadores Múltiplos [MICs], 2018, 2019).

Entretanto, em 2018 e 2019 vê-se 8% das meninas casadas antes dos 15 anos e 26% das mesmas casadas antes dos 18 anos na zona urbana do país; e em relação a zona rural são de 12% das meninas casadas antes dos 15 anos e 36% delas antes dos 18, (MICs, 2018, 2019).

Calcula-se que mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz a cada ano no mundo, sendo que as taxas na África Subsaariana são estimadas em 60%, no Brasil essa taxa é de 57% (UNFPA

2018). Complicações na gravidez e no parto são consideradas a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos em todo o mundo, sendo responsáveis mundialmente por 99% das mortes maternas de mulheres (Silva et al, 2021).

Estes autores, com dados do mundo obtidos em relatório da Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2018), informam que, das 7,3 milhões de adolescentes grávidas, cerca de 2 milhões têm 14 anos e os índices de morbimortalidade atingem 70 mil adolescentes por complicações durante a gravidez ou no parto.

Uma pesquisa de base populacional, realizada na Guiné-Bissau, revelou que 88% das adolescentes tiveram a sua primeira relação sexual antes dos 17 anos e somente poucas sabiam buscar informações ou localizar serviços de saúde disponíveis (WHO, 2012).

Numa reportagem recente com a Ministra da Saúde da Guiné-Bissau, são citados dados da ONU (UNFPA, 2018), indicando que "58 milhões de mulheres na África Subsaariana querem evitar a gravidez, mas não têm acesso ou não utilizam um método eficaz de planeamento familiar".

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS-II) da Guiné-Bissau, referente ao período entre 2008 e 2017, as altas taxas de mortalidade materna decorrem da prática do aborto clandestino, em função da gravidez indesejada. O risco de mulheres guineenses morrerem durante a vida fértil é 184 vezes superior às que vivem em países desenvolvidos (Ministério da Saúde Pública, 2017). Como outras populações de países africanos, os guineenses enfrentam diversos problemas na saúde pública, que não apresenta serviços de qualidade e em quantidade suficiente (Ministério da Saúde Pública, 2017).

No caso da Guiné-Bissau, o país é caracterizado por acentuadas assimetrias ao nível regional, rural e urbana; sendo que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e os demais sistemas e serviços de saúde não atendem adequadamente às necessidades da população (Embaló; Rouberte, 2019; Sanca, 2021).

Na educação, pode-se apontar, também, a ineficácia da escola como processo educativo de valor e a família como a base” (Favarato; Seixas, 2020, p. 40). Como observam os autores, que abordam o fenómeno na perspectiva de diversos países como Williamson (2013) ou,

especificamente, a realidade da Guiné-Bissau como Nhaga (2016), referem-se aos aspetos atribuídos à cultura: aqueles legitimados pela sociedade - como a desigualdade de género, atitudes e estereótipos em relação ao sexo feminino e ao masculino, o matrimónio infantil, a pressão dos companheiros, dos pares, das famílias e das comunidades; a violência e coerção sexual, a falta de acesso à educação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

2. LITERACIA EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE SAUDÁVEL

Considerando o foco na promoção da saúde na fase do ciclo de vida "família com adolescentes", a literacia em saúde assume um papel central na autonomização do adolescente, para a vivência de uma sexualidade saudável.

Segundo (Almeida et al 2019):

"A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida". European Health Literacy Consortium ((Almeida et al.2019), citando (OMS, 2013).

A utilização de boas práticas de Literacia em Saúde é um processo complexo, pela dificuldade de caracterização das mesmas e pelo potencial da sua implementação depende, muitas vezes, de contextos específicos.

Não obstante este facto, a adequação das melhores práticas de promoção de Literacia em Saúde deve sempre considerar o estágio de desenvolvimento e os níveis de literacia de cada pessoa, permitindo uma personalização das intervenções. Para além de uma abordagem por ciclo de vida, com todas as especificações inerentes a cada estadio do desenvolvimento, importa também considerar os diferentes contextos, destacando as oportunidades de promoção de Literacia em Saúde (Almeida et al 2019).

Dentro do campo da literacia, existem meios informativos que esclarecem e vão ao encontro das dúvidas que surgem aos adolescentes, e destes, contam-se as Campanhas de prevenção, a Promoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente; a Promoção de atividade física, e a Promoção de alimentação saudável (Almeida et al, 2019).

Oportunidades Específicas são os centros de apoio aos adolescentes e que constituem oportunidades extraordinárias para aumentar a Literacia em Saúde de e respetivas famílias,

nomeadamente nas áreas da alimentação saudável, da atividade física e da saúde oral (Almeida et al 2019).

Muitos dos fatores de risco para a saúde, associados ao comportamento, iniciam-se neste estadio de desenvolvimento (e.g., consumo de tabaco; consumo de bebidas alcoólicas; inatividade física), (Almeida et al, 2019).

É uma fase de vida muitas vezes caracterizada por contextos mais informais, surgindo oportunidades de promoção da Literacia em Saúde de forma diária e em diferentes contextos (e.g., conversas entre pares, contexto familiar), (Dermota et al., 2013).

Dada a caracterização desta Fase do ciclo de vida de elevada curiosidade natural, constitui um momento chave para a transmissão de informação de saúde que induza a aquisição de hábitos e estilos de vida promotores de saúde (Almeida et al.2019).

Desde a Promoção de locais de acesso fácil e desburocratizado onde o jovem possa expor os seus problemas/questões; a Adequação de linguagem e da mensagem; a Promoção de estratégias de âmbito familiar que permitam a discussão sobre temas de saúde; Desenvolvimento de recomendações protetoras nos ambientes onde se encontre esta população (e.g., espaços promotores de atividade física; proibição de fumar ou de consumir álcool); à utilização de mensagens simples, apelativas e bem sistematizadas, adaptadas à população-alvo poderão induzir alterações de comportamento promotoras de saúde ((Almeida et al.,2019).

Estas mensagens devem ser mediadas por profissionais de saúde que desenvolvam uma abordagem socio ecológica de prevenção, adequando-as ao contexto e às necessidades individuais da criança e do jovem e às características específicas da família ((Almeida et all, 2019).

Aproveitar as plataformas digitais existentes e saber de que forma estas podem ser uma ferramenta de apoio às famílias, complementando o trabalho dos profissionais em contextos de saúde, constituindo uma fonte de informação fidedigna e adaptada ao estadio de desenvolvimento da criança ((Almeida et all, 2019).

Nesta etapa do ciclo de vida, os programas de competências sociais e emocionais promovem o desenvolvimento de autoconhecimento, autocontrole, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável, pelo que, em contextos de saúde escolar, estes tipos de programas deverão ser amplamente considerados ((Almeida et all 2019).

A educação sexual nas escolas é uma preocupação global e importante, e pode ser vista como uma oportunidade para países em vias de desenvolvimento, em especial para a Guiné-Bissau.

Segundo o UNFPA (2018), a educação sexual é um processo que compreende o acesso à informação e participação social sobre o corpo, a puberdade, a reprodução, a relação de poder nos relacionamentos, as normas de géneros e a saúde reprodutiva, incluindo prevenção de ISTs e HIV, e a gravidez na adolescência. Ela deve ser empregada na sociedade baseada na comunicação com o jovem, dentro de um ambiente saudável e seguro (Haberland e Rogow, 2015).

A educação de qualidade e experiências escolares afetam positivamente a saúde física e mental, tal como a segurança, a integração cívica e o desenvolvimento social. Os adolescentes, no entanto, também podem enfrentar o risco de abandonar a escola, o casamento (forçado) ou a gravidez precoce, ou serem incorporados prematuramente na força do trabalho (MICs, 2018).

Assim sendo, a sexualidade do adolescente é frequentemente desarmoniosa, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física (Kerntopf et. al., 2016).

Há que destacar que a sexualidade do adolescente é intrínseca e transcende o aspeto biológico, manifestando-se como um fenómeno psicológico e social, influenciado pelas crenças, valores pessoais e familiares, normas morais e tabus (Kerntopf et. al., 2016).

A sexualidade na adolescência é considerada um problema de saúde pública, sendo que a escola e os centros de saúde são locais privilegiados para implementar políticas públicas que promovam a saúde do adolescente, contribuindo para o esclarecimento e problematização relativa à educação sexual. Uma rede participativa no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Freitas et al., 2020).

A divulgação cada vez mais frequente nos meios de comunicação social de assuntos relacionados com o sexo, encoraja a precocidade do início sexual e torna-o banal (Nelas, Coutinho, Chave e Cruz, 2018; Oliveira et.al, 2017).

Sobre a afetividade, existe a família como um sistema constituído de relações que formam citando (Garcia-Preto e Carter, 2016).

As características da família e a natureza de suas relações podem funcionar como mecanismo de proteção, diminuindo a possibilidade de desencadear problemas emocionais/comportamentais e de saúde (Freitas et al., 2020 citando Hess e Falcke).

Por outro lado, algumas formas de relacionamento dentro da família, nomeadamente o excesso de conflito e a baixa afetividade, podem funcionar como vulnerabilidade, aumentando o risco para saúde física e mental (Freitas et al., 2020 citando Hess e Falcke).

O modelo teórico do desenvolvimento familiar dirige os mecanismos de desenvolvimento para as relações entre os membros da família ao longo do curso da vida, estabelecendo como indicadores as seguintes dimensões (Freitas et al., 2020):

- a) Afetividade, assente nos vínculos afetivos entre os membros;
- b) Conflito, que representa as divergências entre os membros;
- c) Hierarquia, caracteriza as relações de poder dentro do sistema familiar;

A combinação entre essas dimensões gera alguns padrões, revelando se a família apresenta coesão, ou seja, se o sistema tem um perfil de relacionamento que preserva a individualidade dos membros e, ao mesmo tempo, forma uma unidade (Freitas et al., 2020 citando McGoldrick et al.).

Existem provas que demonstram que existe relação entre problemas emocionais e comportamentais, e alta frequência de conflitos na família durante a infância e a adolescência (Freitas et al., 2020 citando Conceição e Marques).

A evolução e perspetivas da dinâmica familiar comprovam que os padrões contribuíram para demonstrar os parâmetros das relações interpessoais presentes na vida dos adolescentes que podem formar a vulnerabilidade emocional identificada nessa faixa etária.

A vulnerabilidade emocional e os problemas de saúde mental surgem como algumas das principais causas da mortalidade entre os adolescentes, provando a importância de pesquisas que investigam as causas desse fenómeno, que parece ter uma natureza multifatorial (Freitas et al. 2020, p. 96, citando WHO).

Na adolescência, os adolescentes tendem a distanciar-se do sistema familiar com objetivo de fortalecer a formação da identidade através da aproximação dos grupos de pares. “A dinâmica das relações interpessoais na adolescência tem sido investigada como importante fator de explicação para os problemas de saúde emocional” (Freitas et al., 2020, p. 96 citando Cardoso e Malbergier).

Segundo Blakbunn, Chambers e Earle (2016), citando a OMS (2006), referem que a sexualidade é importante na vida do ser humano ao longo da vida, abrange o sexo, as identidades, papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressa através das seguintes dimensões: pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Mas nem todas as dimensões são sempre vivenciadas e expressas.

Na sexualidade interferem diversos fatores: biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Mas, tendo em conta as mais diferentes mutações sociais ocorridas nos últimos tempos, exige definir a sexualidade como sendo um "conjunto de atitudes e de comportamentos sexuais, definidos num determinado ambiente, fruto da cultura estatutária de cada grupo social" Lemos e Leandro (2017, p. 128).

As questões de identidade de género e de orientação sexual e as atitudes discriminatórias inerentes à tal, constituem-se enquanto um problema atual. É fundamental advogar os direitos de todos na sua individualidade, inclusive dos adolescentes e a família, segundo Gaspodini e

Jesus (2020), advoga-se que os psicólogos/a apliquem as definições propostas nos Princípios de Yogyakarta (American Psychological Association / Psyc Extra, 2017), que constam no acordo assinado em 2017 por 24 associações de Psicologia de 16 países, incluindo oito órgãos brasileiros, nomeadamente a orientação sexual e a identidade de género considerados direitos humanos que são relevantes para a dignidade e humanidade de cada pessoa.

A orientação sexual é a capacidade de cada pessoa para uma profunda aptidão emocional, afetiva e sexual, bem como relações íntimas e sexuais com indivíduos de um género diferente, ou do mesmo (Psyc Extra, 2017).

Por orientação sexual depreende-se como padrão de excitação física e emocional de um indivíduo, incluindo fantasias, comportamentos e atividades, e o(s) género(s) a quem um indivíduo é física ou sexualmente atraído ou se identifica.

As classificações que existem sobre a orientação sexual segundo Levine (2013) são as seguintes: Homossexual (atração sexual pelo mesmo género, denominando gays para homossexuais masculinos e lésbicas para homossexuais femininas); Heterossexual (atração sexual pelo género oposto). No entanto, Gaspodini e Jesus (2020), referem que partir do pressuposto que a heterossexualidade tradicionalmente ocupa uma posição axial na compreensão do que se entende por orientação sexual, fazendo com que as expectativas sociais sobre a sexualidade sejam compartilhadas de acordo com o género dos sujeitos, pressupõe que homens se atraem sexual e afetuosamente por mulheres e vice-versa.

É uma didactologia que perpassa o sujeito desde criança, quando passa a receber conhecimentos sobre quais os tipos de relações íntimas que deve estabelecer com crianças do seu género e do género oposto. Bissexual (atração sexual pelo mesmo género ou oposto) Pansexual (atração sexual por pessoas de qualquer género sexual ou pela identidade de género na qual a pessoa se identifica).

A identidade de género segundo Psyc Extra (2017) é uma experiência interna e individual do género sentida profundamente por cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, como por exemplo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre

escolha, a modificação da aparência ou função corporal com o recurso de meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de género (vestimenta, modo de falar e maneirismos).

Gaspodini e Jesus (2020) realçam que as crenças de superioridade sobre orientação sexual (heterocentrismo) e sobre sexo e género (ciscentrismo) fundamentam práticas quotidianas de invisibilidade e estigma de pessoas transgénero (cisgenerismo) e pessoas intersexo (cissexismo), as quais se transformam em violência explícita quando culturalmente dessensibilizadas, motivo pelo qual os autores destacam a importância do conhecimento e de novos conceitos sobre a diversidade sexual e de género, como forma de combater o estigma, a intolerância e a violência.

Alguns autores, em diversos artigos publicados como se pode analisar, revelam que as faltas de conhecimento sobre a sexualidade têm implicações na saúde e bem-estar dos adolescentes, conforme se pode analisar em: Bitzer, Abalos, Apter, Martin e Black (2016).

A OMS (2019) destaca que as atitudes para integrar a diferença as questões culturais, dos adolescentes no começo da atividade sexual coloca-os em maior risco de gravidez indesejada, aborto inseguro e Doenças Sexualmente Transmissíveis ISTs).

O comportamento sexual dos adolescentes é influenciado por fatores culturais em todo o mundo, sendo a Guiné-Bissau um dos países da África subsaariana, consideram-se estratégias de prevenção e educação que respeitem a diversidade cultural e se adaptem às especificidades culturais do mesmo.

Em muitos contextos, o comportamento sexual pode ser considerado um fator de risco para problemas sociais e de saúde, isso inclui saúde reprodutiva, HIV, e outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), igualdade e empoderamento de género (MICs, 2018, 2019).

Ainda o MICs (2018, 2019), na Guiné, os jovens sexualmente ativos, no que toca a percentagem de meninos de 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 são de 44% a nível nacional, já os que tiveram mais que uma parceira sexual, tiveram sexo com uso de preservativo representam 57% a nível nacional.

As jovens sexualmente ativas, em percentagem das meninas dos 15 aos 24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos, representam 14% a nível nacional, e as jovens que tiveram mais que um parceiro e fizeram uso de preservativo sobe para 47% (MICs, 2018, 2019).

Sobre as relações sexuais com homens mais velhos por 10 ou mais anos: a percentagem de adolescentes dos 15 aos 19 anos são de 16% (MICs, 2018, 2019). Já o contrário, no caso das diferenças de idades, não é tão visível (da mulher com o menino).

Uma compreensão dos padrões de comportamento sexual da população pode informar os programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A sexualidade na adolescência ou noutra etapa da vida é intrínseca à pessoa e a sua vivência é heterogénea, estando esta sujeita à influência de diversos fatores socioculturais e às particularidades individuais do desenvolvimento bio fisiológico e psico afetivo de cada pessoa (Associação para Planeamento Familiar [APF], 2014).

Do ponto de vista psicossocial distinguem-se claramente: o período pré-pubertário, a adolescência, a vida adulta. A adolescência apresenta os primeiros sinais físicos da maturidade sexual culminando com a realização social do adulto independente (Silva et al., 2021 citando Margarida, Reis e Pais, 2014).

As primeiras relações amorosas, cada vez mais precoce, apesar de ser uma prática para a qual os adolescentes não estão preparados, uma vez que não são planeadas, pode proporcionar os mesmos à primeira experiência sexual (Calero Yera, Roura e Jorlen, 2017; Silva et al., 2021).

Como tal, as modificações (maturidade fisiológica adquirida antes do psicossocial) que ocorrem na adolescência associada à baixa perceção de risco que os adolescentes exibem, pode ter repercussões na sua saúde, inclusive na saúde sexual (Mármol, Muñoz e Sánchez, 2016).

Por outro lado, “na adolescência surge a necessidade de testar, sendo a experimentação sexual ou a curiosidade face à intimidade com outras pessoas uma parte recorrente do processo. Assim sendo, é de elevada importância apoiar os jovens na construção de atitudes responsáveis e conscientes nas suas práticas sexuais” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020, s.p.).

Segundo a APF, a sexualidade é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (APF, 2014, citando a OMS, 2001, s.p.).

A sexualidade constrói-se e aprende-se, fazendo parte do desenvolvimento da personalidade e pode interferir na aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo (APF, 2014, citando a OMS, 2001, s.p.).

Toda a transformação biológica e psicológica implica mudanças na convivência social. Os adolescentes inicialmente agrupam-se por grupos isolados, no exercício da bissexualidade, acabando gradualmente por desenvolver possibilidades de relacionamento com os outros (Brêtas, Ohara, Jardim, Júnior e Oliveira, 2011).

A literacia em saúde sexual permite a compreensão e aplicação de informações sobre saúde sexual e traz benefícios que vão além da saúde. A literacia em saúde é um elemento importante para alcançar competências cognitivas na promoção da saúde, Rakhshae et al. (2020).

3. DESAFIOS GLOBAIS E PERSPETIVAS FUTURAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL

A gravidez na adolescência é um desafio global e pode estar associado ao comportamento sexual de risco, não obstante a gravidez é apenas uma das problemáticas decorrentes dos comportamentos sexuais de risco, sendo este um fenómeno multifatorial e com impacto em várias dimensões: individual, familiar e social.

A adolescência é, sob vários pontos de vista, o período mais saudável do curso da vida, mas também pode marcar as primeiras manifestações de problemas que podem ter efeitos ao longo da vida na saúde e no bem-estar, como comportamento sexual inseguro, maternidade precoce e abuso de substâncias. No entanto, as intervenções de saúde durante esse período demonstraram ter efeitos duradouros (MICs, 2018, 2019).

A complexidade das interferências numa gravidez precoce determina a necessidade de uma equipa de saúde que possua o conhecimento da problemática abordada, a fim de que intervenham positivamente nos aspetos críticos e prioritários da atenção primária de saúde neste grupo de risco (Oyamada, 2014).

Ainda segundo o mesmo autor, alguns fatores são indicativos e desviam essas adolescentes a engravidarem neste período improprio são a ausência de conhecimento quanto ao aparelho reprodutor e a sua função, uso indevido de métodos contraceptivos, a não adoção de atitudes concisas para o sexo seguro e, o que é mais preocupante, a deficiência de educação sexual proporcionada pelas escolas e pelas famílias.

O acesso a métodos contraceptivos apropriados é essencial para prevenir a gravidez na adolescência e as suas consequências, permitindo que as adolescentes migrem para a idade adulta com a capacidade de planear a sua gravidez e viver vidas saudáveis e produtivas (MICs 2018, 2019).

O estado completo de bem-estar físico, mental e social relacionado com a reprodução e com o exercício da sexualidade (OPAS, OMS, 2017).

Reconhecido como direitos humanos pela ONU, e pelo mundo, os direitos sexuais e reprodutivos relacionam-se com os direitos à saúde, à educação, à informação, aos direitos individuais e de não interferências, e não discriminação.

Segundo (Yakubu e Salisu, 2018), saúde reprodutiva não é apenas uma preocupação de saúde, ela também deve ser tratada como uma questão de desenvolvimento e de direitos humanos.

O impacto da saúde reprodutiva não se limita ao indivíduo, a família ou sociedade como um todo. ele perpassa fronteiras nacionais atingidos o mundo todo. estes impactos são provocados, sobretudo por dois aspetos de saúde reprodutiva: a capacidade de regular a fecundidade e a proteção contra ISTs (Yakubu e Salisu, 2018).

A inabilidade de pessoas e, especialmente, de mulheres em países em desenvolvimento de regular e controlarem sua fecundidade não afeta apenas a sua saúde das pessoas diretamente envolvidas, ela também afeta o equilíbrio mundial e a relação entre a população e os recursos naturais disponíveis e entre as pessoas e o meio ambiente, e deve ser considerada uma violação dos direitos humanos das mulheres (Yakubu e Salisu, 2018).

No mundo, apenas 46% dos partos ocorrem nas instalações médicas, sendo que 57% deles são acompanhados por equipas médicas capacitadas, e em torno de 68% das mulheres grávidas recebem atendimentos pré-natal. A cada ano morrem no mundo aproximadamente 515.000 mulheres de complicação durante a gravidez e o parto. nos países em desenvolvimento, a maternidade é listada como sendo a primeira causa de problemas de saúde entre mulheres e jovens adultos com idade entre 15 e 49 anos de idade representando 18% do total de doenças neste grupo. A mortalidade materna varia mais entre países do que qualquer outro indicador de saúde pública. Nos países africanos, uma em cada 16 mulheres corre o risco de morrer por causas ligadas à maternidade durante a sua vida (Yakubu e Salisu, 2018).

A saúde sexual e reprodutiva, portanto, implica em se oferecer aos cidadãos acesso a informação e aos meios para que possam expressar sua sexualidade e exercê-la de maneira segura e satisfatória, livre de coerção, violência e discriminação, tendo autonomia para se

reproduzirem e a liberdade de decidirem se querem ter filhos, quando as ter e quantos, (Yakubu e Salisu, 2018).

A saúde sexual e reprodutiva, portanto, implica em se oferecer aos cidadãos acesso a informação e aos meios para que possam expressar sua sexualidade e exercê-la de maneira segura e satisfatória, livre de coerção, violência e discriminação, tendo autonomia para se reproduzirem e a liberdade de decidirem se querem ter filhos, quando as ter e quantos, (Yakubu e Salisu, 2018).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2022), todos os dias, quatro mil pessoas, incluindo 1.100 adolescentes e jovens (entre 15 e 24 anos de idade) são infetadas por HIV. Se as tendências atuais continuarem, haverá 1,2 milhão de novas infecções por HIV em 2025, três vezes mais do que a meta de 370 mil novas infecções estabelecida para o mesmo ano. O impacto humano da desaceleração do progresso na resposta ao HIV é assustador. Em 2021, 650 mil [entre 500 mil e 860 mil] pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS isso representa uma pessoa a cada minuto. Compreende-se, deste modo, que as ISTs são um desafio global, de forma transversal.

O maior aumento ocorreu na África Ocidental e Central, enquanto na África Oriental e Austral, foi muito menor do que nos anos anteriores. Como resultado, agora a cobertura do tratamento em ambas as regiões é a mesma: 78% das pessoas vivendo com HIV estão recebendo tratamento. (UNAIDS, 2022).

O preservativo é o fator chave na prevenção das ISTs, e embora os adolescentes tenham aumentado o seu uso, ele não é utilizado na proporção que evitaria na disseminação das infecções, já que não ocorre em todas as relações (Bearinger et al., 2007), configurando um comportamento sexual de risco e sustentando a perspectiva de vulnerabilidade para esse grupo etário.

As estratégias de prevenção de ISTs podem ser partilhadas globalmente, permitindo que outro país em via de desenvolvimento se beneficie da experiência e conhecimentos de outros países desenvolvidos.

As intervenções e programas de prevenção a nível global no que diz respeito à sexualidade e gravidez precoce tem tudo a ver com programas de educação para saúde dos adolescentes e implementar saúde sexual nas escolas e identificar os problemas dos adolescentes quer a nível familiar, quer emocional.

Alguns autores em diversos artigos publicados como se pode analisar revelam que as faltas de conhecimento sobre a sexualidade têm implicações na saúde e bem-estar dos adolescentes:

A OMS (2019) destaca que o défice de conhecimentos e capacidades dos adolescentes na iniciação da atividade sexual coloca-os em maior risco de gravidez indesejada, aborto inseguro e ISTs.

Trussel (2011) menciona que o método contraceptivo mais utilizado na primeira relação sexual é o preservativo, que é importante do ponto de vista da prevenção das ISTs, mas é menos confiável como método contraceptivos, devido à falha típica de uso.

A abordagem de assuntos/temas referentes à educação sexual no âmbito da saúde, da escola e no convívio familiar é indispensável para a formação do adolescente, pois é uma etapa da vida marcada por conflitos emocionais, dúvidas, descobertas de si mesmo e do mundo.

Essa complexidade de sensações tem implicações na vida pessoal, estudantil e familiar da adolescente.

Nos últimos anos, devido ao desenvolvimento tecnológico e de inteligência artificial, houve um aumento na disponibilidade de informações de conteúdo sexual na internet (Anderson., O. Gorman, Dingle, e Gullo, 2020).

Apesar do maior acesso à informação, o défice de conhecimento dos adolescentes a respeito dos métodos contraceptivos, da prevenção de ISTs e das questões sobre a sexualidade persiste e representa um problema atual e pertinente (Almeida et al., 2017).

Os adolescentes, apesar de sua habilidade em tecnologia, são vulneráveis no que diz respeito às escolhas das informações oferecidas livremente (Witcher et al., 2020).

Oriundo desse quadro deficitário, um evento recorrente e polêmico no cenário da saúde, o sexo inseguro, tem como principais desdobramentos a gravidez indesejada e/ou doenças de transmissão sexual, que envolvem os indivíduos, a família e a sociedade, além de aumentar os custos da atenção à saúde em todos os níveis de assistência (Almeida et al., 2017).

Ao considerar os prejuízos à saúde dos adolescentes, decorrentes da falta de informação adequada e de qualidade, as IST constituem-se, da mesma forma que a gravidez não planejada, questão de saúde pública (Almeida et al., 2017).

No plano dos desafios globais, a violência sofrida por adolescentes e a violência sexual constituem um grave problema de saúde pública e representa uma principais causas de morbidade neste grupo, geralmente acompanhada de outras agressões, que incluem psicológica, física, pode acarretar de lesões e traumas nem sempre visíveis e ainda pode levar a morte, segundo os autores (Vera et al., 2022).

Quando a violência sexual é sofrida em idades mais jovens, pode desencadear e afetar o indivíduo por toda a vida, em consequência disto e em outras esferas como sob desempenho educacional, praticas sexuais não seguras, transtorno de ansiedade, depressão e abuso de substâncias ainda os autores acima citados, citando (OMS, 2020).

Ainda os autores referidos, no mundo cerca de 9% das meninas já sofreram abuso sexual antes dos 18 anos, na maior parte das vezes por um familiar próximo (Vera et al., 2022).

A violência sexual foi definida como qualquer ação na qual uma pessoa, valendo se da sua posição de poder, e fazendo uso de força física, coerção intimidação influencia psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter de presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro vingança ou outra intenção, (Vera et al., 2022) citando (Ministério de Saúde do Brasil).

Para os autores Furlanetto (2018) e Samadaee e Massoumi (2021), a educação sexual, é um instrumento de transformação social capaz de reduzir ISTs e a gravidez precoce, além de aumentar adesão a métodos contraceptivos evitar o início precoce de atividade sexual. Ela é um

pilar na construção da saúde reprodutiva dos adolescentes e pode ter um efeito positivo na diminuição dos comportamentos sexuais de risco.

A OMS, propõe uma série de metas, objetivos e pontos de ação para a Europa até 2030, que evidenciam a importância da sexualidade informada para todos e, especialmente, para os adolescentes (WHO, 2016).

É nesta direção que a problemática do fenómeno foi construída e que esta proposta se insere: Como contribuir para uma atuação mais eficaz na área da saúde (prevenção e promoção de ações promotoras da saúde) e da literacia na área da saúde sexual (informação, formação, capacitação e empoderamento) direcionada a adolescentes guineenses.

4. METODOLOGIA

Segundo Fortin, (2009) a investigação é uma estratégia ou um processo racional visando a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo a aquisição de conhecimentos e, por isso, a metodologia deve ser adequada à natureza do objeto em estudo de investigação científica (Fortin, 2009).

Neste capítulo clarifica-se as opções metodológicas seguidas no estudo, tipo de estudo, questões de investigação, população e amostra, instrumento de investigação, procedimentos formais e éticos, e tratamento dos dados.

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos foi necessário optar por uma metodologia que garantisse a credibilidade e validação do estudo.

Considerando a natureza da problemática que se pretende analisar, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma abordagem de cariz quantitativo, pois este visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos (Fortin 2009), do tipo descritivo dado que fornece informação sobre características de uma população (Ribeiro, 1999), pois tem como objetivo examinar as relações entre variáveis. Em termos temporais classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorre num único momento para cada participante (Fortin, 2009).

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo transversal, com abordagem quantitativa.

O Instrumento de colheita de dados integra duas partes (ver anexo I):

Parte I - caracterização sociodemográfica (idade, escolaridade, sexo) dos estudantes;

Parte II - questões relacionadas com a sexualidade e métodos contraceptivos.

De acordo com Fortin (2009), as questões de investigação derivam diretamente dos objetivos delineados e definem a informação a que se pretende chegar. Desta forma definiu-se as seguintes

4.1 Os objetivos de estudo

O estudo tem como objetivo descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado (Fortin, 2009). De acordo com as questões de investigação e a natureza do estudo delinear-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Avaliar as práticas e os conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade e prevenção das ISTs e gravidez;

Objetivos específicos:

- Conhecer quais são os métodos contraceptivos que os adolescentes utilizam.
- Conhecer a forma como os adolescentes utilizam os métodos contraceptivos.
- Conhecer a opinião dos adolescentes sobre a importância da educação sexual nas escolas e na família.

4.2 População e amostra

Segundo Fortin, a técnica de amostragem é o processo de seleção numa população de sujeitos ou de unidades de estudo e o seu objetivo consiste em assegurar a representatividade da população a fim de permitir a generalização. A primeira parte do processo de amostragem consiste em identificar a população. Este define-se por um conjunto de elementos que possuem determinadas características pré-definidas. Estes partilham em comum uma ou mais características. A população alvo corresponde ao conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente delineados e que permitem fazer generalizações. A amostra corresponde à fração da população sobre o qual se desenvolve o estudo, devendo ser fielmente representativa da população alvo do estudo (2009).

Realizou-se esta pesquisa, para atingir o público-alvo numa faixa etária dos 13 aos 16 anos de idade, onde participaram 88 adolescentes numa escola católica situada nas periferias da cidade de Bissau, a amostragem é não probabilística, intencional.

4.3 Instrumento de investigação e variáveis

As variáveis constituem as unidades base de um estudo, caracterizando-se por qualidades, propriedades ou características e podem classificar-se consoante o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009). As variáveis devem ser definidas de forma operacional, com vista a permitir a sua medição. A escolha dos métodos de colheita de dados vai depender desta operacionalização (Fortin, 2009).

Esta etapa consiste em determinar a forma como as variáveis vão ser medidas, como serão operacionalizadas, e convertidas em expressões quantificáveis e mensuráveis (Fortin, 2009). Neste estudo foram identificadas variáveis que incidem na caracterização sociodemográfica, e, as que incidem pelas questões ou perguntas.

Temos assim o perfil sociodemográfico dos adolescentes: o sexo, a idade e escolaridade que significa parte I que incide na caracterização sociodemográfica.

Entretanto, a Parte II aborda as questões (conhecimento dos adolescentes em relação a métodos contraceptivos; iniciação da vida sexual; conhecimento ou utilização do preservativo e anticoncepcional; existência de educação para a saúde sexual, em contexto escolar).

O instrumento que foi utilizado para a colheita dos dados foi um questionário desenvolvido pela autora, com base na literatura e validado por peritos na área, constituído por duas partes.

O instrumento de recolha de dados resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar. Quanto se trata de descrever as relações entre variáveis, geralmente aplicam-se escalas de medida e as observações estruturadas são os métodos de recolha indicados (Fortin, 2009).

Os questionários são instrumentos planeados para pesquisar dados de sujeitos, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos e visam, de maneira sistemática e ordenada, obter a informação acerca da população e das variáveis, objeto de estudo (Vilelas, 2017). Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário semiestruturado em duas partes distintas (APÊNDICE II). Na primeira parte, consta a caracterização da amostra relativa

aos dados sociodemográficos nomeadamente: género, idade e escolaridade, e na segunda parte fala das questões (conhecimento dos adolescentes em relação a métodos contraceptivos; Iniciação da vida sexual; conhecimento ou utilização do preservativo e anticoncepcional; Existência de educação para a saúde sobre a saúde sexual, em contexto escolar. (Oliveira et al., 2009; 2011).

4.4 Procedimentos formais e éticos

Em qualquer percurso de investigação, algumas questões formais e éticas são colocadas ao investigador.

De acordo com Nunes (2020), alguns dos princípios éticos devem guiar a investigação, com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo; o princípio da não maleficência; o direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo; o direito da autodeterminação; o direito à intimidade e o direito ao anonimato e à confidencialidade. Previamente à aplicação do instrumento de recolha de dados efetuou-se um conjunto sequencial de procedimentos éticos e formais, que se apresentam seguidamente.

O percurso foi feito pela investigadora para o efeito de recolha de dados na Guiné-Bissau, foi feito o pedido de autorização para a realização do estudo e foi enviado à Comissão de Ética de Pesquisa em Saúde, (ANEXO 2), cujo parecer foi favorável n.º Ref.ª 034 CNES/INASA/2023 (ANEXO 3). O pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados ao diretor da escola onde o estudo foi realizado (ANEXO 6), foi pedido pela investigadora a todos os participantes de forma voluntária o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido (APÊNDICE II), de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e da Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98). No consentimento informado, livre e esclarecido, a investigadora apresentou um resumo dos elementos para a compreensão do estudo: a sua contextualização; os objetivos; o processo de recolha de dados; os pressupostos éticos que assegura o respeito pela individualidade da pessoa; pelo anonimato e confidencialidade da informação recolhida e foi também evidenciada a importância da participação para o desenvolvimento do estudo.

Após o conhecimento de toda a informação relevante sobre o estudo, os participantes deram permissão para a obtenção e apresentação dos dados. As recolhas de dados foram feitas no dia 19 de setembro 2023, das 14h a 15:30, distribuímos os questionários em três salas de aulas (7.º, 8.º e 9.º ano), e tivemos 30 minutos em cada sala. Estes projetos de pesquisa foram feitos com base em procedimentos formais e éticos, respeitando as normas de deontologia ética profissionais, de maneira geral pedir autorização dos pais de adolescentes, e direções da escola sobre o contexto da pesquisa e os seus possíveis e respetivos resultados. A obra do conhecimento não é uma atividade neutra ela prevê uma posição entre pesquisador e pesquisado, entre aquele que tem um objetivo no específico de coleta de dados (o pesquisador) e, aquele que fornece a informação (O sujeito, o pesquisado, o informante, o participante) que usualmente tem muito menos conhecimento e apoderamento sobre o método do que a outra parte envolvida na pesquisa (BPS, 2014-2021).

4.5 Tratamento de dados:

No decurso de um estudo concretizado, através de técnicas que sintetizam os planos teórico e empírico, obtém-se a ferramenta real que proporciona a informação de que necessitamos e estando o investigador na posse dos dados recolhidos, estes necessitam de ser organizados e ordenados, processados, de modo a poder retirar as conclusões gerais destinadas a esclarecer o problema formulado (Vilelas, 2017).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial recorrendo ao programa estatístico para ciências sociais Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics) na versão: 28.0.0.0 (190). A estatística descritiva consiste num conjunto de técnicas e regras que resumem a informação recolhida, sem distorção/perda de informação, permitindo caracterizar os dados da amostra e responder à questão de investigação, enquanto a estatística indutiva (ou inferencial) ajuda a inferir até que ponto os resultados poderão ser representativos da população subjacente à amostra (Vilelas, 2017).

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, de acordo com as características das variáveis em estudo, tais como:

Frequências absolutas (n) e relativas (%); Medidas de Tendência Central: Média (\bar{x}); Mediana (Md); Moda (Mo); Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio Padrão (σ); Valor Mínimo (XMin) e Valor Máximo (XMáx);

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Para a obtenção dos resultados a partir dos dados obtidos, utilizámos métodos de estatística descritiva para organizar, resumir e descrever os aspetos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos (Fortin, 2009).

Apresentamos os resultados relativos à caracterização sociodemográfica avaliada através do questionário utilizado.

Tabela 1: Frequências e percentagens do variável género

SEXO	Nº	%
Masculino	39	44.30
Feminino	49	55.70
Total	88	100.00

Pela tabela acima, podemos verificar que o género dos participantes é, na maioria, o género feminino (49 raparigas a que equivale a um peso da amostra de 55.70%).

Tabela 2: Médias e valores de dispersão da idade dos participantes

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	13	16	13.84	0.91

Pela tabela 2, verificamos que a idade dos participantes varia entre 13 e 16 anos, com uma média de 13.84 anos e um desvio padrão de 0.91.

Tabela 3: Frequências e percentagens do nível de escolaridade dos participantes

Nível de escolaridade	Nº	%
7º ano	23	26.10
8º ano	29	33.00
9º ano	36	40.90
Total	88	100.00

Ao analisar a variável nível de escolaridade da tabela 3, verificamos que a maioria dos participantes, está no 9º ano (36 participantes a que equivale um peso amostral de 40.90%).

5.2. EDUCAÇÃO E COMPORTAMENTOS NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

De seguida vamos descrever e caracterizar as respostas dadas pelos adolescentes, relativamente à informação sobre sexualidade/planeamento familiar e a forma como a adquiriram e comportamentos relacionados com a sexualidade e início da vida sexual.

Tabela 4: Frequências e percentagens relativas ao informação recebido sobre a sexualidade/planeamento familiar, e local de informação

Variáveis	Nº	%
Informação sobre a sexualidade/planeamento familiar		
Sim	79	89.80
Não	9	10.20
Local de informação		
Em casa	17	19.30
Na escola	57	64.80
Não respondeu onde recebeu informação	5	5.70

Nesta tabela acima, verificamos que cerca de 4/5 tem conhecimento sobre a sexualidade e ou planeamento familiar (89.80% a que corresponde 79 alunos); os restantes 10.20% não estão informados. Ao analisar a variável o local onde recebeu a informação, verificamos que cerca de 2/3 recebeu informação na escola (64.80%), ao passo que 19.30% recebeu em casa. segue se tabelas 5, 6, 7 onde descrevemos que idade iniciou a 1ª relação sexual, e sobre conhecimentos e uso dos métodos contraceptivos dos adolescentes participantes no estudo.

Tabela 5: Médias e valores de dispersão da idade dos participantes em que iniciou a 1ª relação sexual

Variável	Média	Desvio padrão
Idade de início da 1ª relação sexual	11.23	2.47

Pela tabela 05, verificamos que os participantes referem a idade em que tiveram a 1ª relação sexual, varia entre os 7 e 16 anos, com uma média de 11.23 anos e um desvio padrão de 2.47, apesar de serem os próprios a reportar colocamos algumas reservas nos valores de 7 e 10 anos.

Tabela 6: Frequências e percentagens segundo a utilização de métodos contraceptivos e qual é o utilizado

Variáveis	Nº	%
Utilização de métodos contraceptivos na 1ª relação sexual		
Sim	8	9.10
Não	65	73.90
Não respondeu	15	17.00
Método contraceptivos utilizado		
Preservativo	7	8.00
Não respondeu qual é método contraceptivo usou	1	1.10

Ao analisar a variável se na primeira relação sexual usou algum método contraceptivos (tabela 6), verificamos que cerca de 3/4 refere que não usou nada (73.90%), ao passo que 9.10% (8 alunos) refere que sim. De salientar que 15 alunos (17.00%) não responderam a esta questão. Ainda, na mesma tabela, analisamos a variável para conhecer o método contraceptivos utilizado e apenas 7 alunos referiram o preservativo (8.00% de peso amostra); os restantes 92.00% não responderam ou não é aplicável (81 alunos).

Tabela 7: Frequências e percentagens segundo se tem uma vida sexual ativa e os cuidados que tem para evitar a gravidez

Variáveis	Nº	%
Vida sexual ativa		
Sim	11	12.50
Não	68	77.30
Não respondeu	9	10.20
Cuidados que adota para evitar gravidez e IST's		
Preservativos	2	2.30
Não respondeu	86	97,7

Ao analisar a variável se tem uma vida sexual ativa (tabela 7), verificamos que cerca de 3/4 refere que não (77.30%), ao passo que 12.50% (11 alunos) refere que sim. De salientar que 9 alunos (10.20%) não responderam a esta questão. Ao analisar a variável quais são os cuidados que adota para evitar gravidez e ISTs (tabela 7), verificamos que apenas 2 alunos referem que utilizam preservativos (2.30%); os restantes 86 alunos não respondem (97.70%), seguidamente apresenta as tabelas que descreve e caracteriza o uso e conhecimento dos métodos contraceptivos.

Tabela 8: Frequências e percentagens segundo se já ouviu falar desses métodos contraceptivos, e se já fez uso deste

Variáveis	Nº	%
Método contraceptivo que conhece		
Preservativo	37	42.00
Pílula	21	23.90
DIU	6	6.80
Diafragma	3	3.40
Não respondeu	1	1.10
Não aplicável	20	22.70
Uso do método contraceptivos		
Sim	10	11.40
Não	74	84.10
Não respondeu	4	4.50

Ao indagar se já ouviu falar dos métodos contraceptivos (tabela 8), verificamos que cerca de 3/4 refere vários métodos (76.20%), ao passo que 23.80% (21 alunos) não respondeu ou não é aplicável. Ao analisar a variável se já fez uso do método contraceptivos (na mesma tabela), verificamos que cerca de 4/5 refere que não (84.10%), ao passo que 11.40% (10 alunos) refere que sim. De salientar que 4 alunos (4.50%) não responderam a esta questão.

Tabela 9: Frequências e percentagens segundo qual os métodos contraceptivos utilizados a quem recorre quando tem dúvidas

Variáveis	Nº	%
Método contraceptivos utilizado		
Preservativo	8	9.10
Não respondeu	6	6.80
Não aplicável	74	84.10
A quem recorre se tem dúvidas		
Família	51	58.00
Professor	7	8.00
Médico	1	1.10
Google	1	1.10
Amigos	2	2.30
Ninguém	14	15.80
Não respondeu	12	13.60

Ao analisar a variável qual é o método contraceptivos utilizado para evitar a gravidez e ISTs (tabela 9), verificamos que, apenas 8 alunos referem utilizar o preservativo (9.10%), ao passo que os restantes não responderam a esta questão ou não aplicável (90.90%).

Analisando a questão, se já ouvir falar dos métodos contraceptivos (tabela 9), verificamos que cerca de 3/4 refere vários métodos (76.20%), ao passo que 23.80% (21 alunos) não respondeu ou não é aplicável.

Vamos proceder, descrever e caracterizar dados sociodemográficos, e questões sobre o conhecimento e uso de métodos contraceptivos nos 3 anos de escolaridade nas seguidas tabelas abaixo.

Tabela 10: Médias e desvio padrão da variável idade segundo os anos de escolaridade

	7º ano		8º ano		9º ano	
Variável	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	13	0	14	1	14	1

Na tabela 10, podemos verificar a média de idades dos alunos ao longo dos vários anos de escolaridade que oscila entre os 13 e 14 anos.

Tabela 11: Frequências e percentagens do género, conhecimentos sobre a sexualidade e se utilizou métodos contraceptivos segundo os anos de escolaridade

Variáveis	7º ano		8º ano		9º ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Género						
Masculino	14	60.90	13	44.80	12	33.30
Feminino	9	39.10	16	55.20	24	66.70
Recebeu informação sobre a sexualidade/ planeamento familiar						
Sim	18	78.30	25	86.20	36	100.00
Não	5	21.70	4	13.80	0	0.00
Na 1º relação sexual usou métodos contraceptivos						
Sim	3	13.00	2	6.90	3	8.30
Não	20	87.00	26	89.70	19	52.80
Não respondeu	0	0.00	1	3.40	14	36.90

Pela tabela acima, podemos verificar que a maioria dos participantes são raparigas no 8º e 9º ano (55.20% e 66.70% respetivamente), ao passo que no 7º ano são os rapazes a maioria (60.90%). Na tabela 11, podemos verificar que a larga maioria dos participantes recebeu conhecimentos sobre a sexualidade/planeamento familiar especialmente, no 9º ano (100.00%) em que todos revelam ter conhecimentos. No 7º ano temos 78.30% e no 8º ano são já 86.20%. Assim, verificamos que receberam educação para saúde, aumenta com a escolaridade e idade. Ainda na tabela 10, constatamos que a larga maioria dos participantes, não usou métodos

contracetivos na sua relação sexual especialmente, no 8º ano (89.70%); no 7º ano temos 87.00% que não usou e no 9º só são 52.800%. contudo, neste ano de escolaridade 36.90% não responderam. Assim, podemos concluir que, apesar de terem a informação, a maioria não usou métodos contracetivos, na sua primeira relação sexual.

Tabela 12: Frequências e percentagens da variável se sabe o que são métodos contraceptivos, quais conhece e se utiliza, segundo os anos de escolaridade

Variáveis	7º ano		8º ano		9º ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabe o que são métodos contraceptivos?						
Sim	7	30.40	28	96.60	36	100.00
Não	16	69.60	1	3.40	0	0.00
Quais os métodos contraceptivos que conhece?						
Preservativo	5	21.70	19	65.50	13	36.10
Pílula	3	13.00	5	17.20	13	36.10
DIU	0	0.00	2	6.90	4	11.10
Diafragma	0	0.00	1	3.40	2	5.60
Não respondeu	0	0.00	1	3.40	0	0.00
Não aplicável	15	65.20	1	3.40	4	11.10
já fez uso do método contraceptivos						
Sim	1	4.30	4	13.80	5	13.90
Não	22	95.70	25	86.20	27	75.00
Não respondeu	0	0.00	0	0.00	4	11.10

Pela tabela 12, constatamos que a larga maioria dos participantes, sabe o que são métodos contraceptivos especialmente, no 9º ano (100.00%); no 8º ano temos 96.60%; no 7º ano cerca de 2/3 refere que não sabe (69.90%). Assim, podemos inferir que, a escolaridade influencia o

conhecimento sobre os métodos contraceptivos, na sua relação sexual. Nesta tabela ainda, verificamos que o método contraceptivo mais conhecido dos participantes, é o preservativo em todos os anos de escolaridade (no 7º ano 21.70%, no 8º ano 65.50% e no 9º ano 36.10%); contudo como no 8º e 9º ano há mais raparigas a usar pílula, o DIU e o diafragma não apresentam tanto peso percentual nos rapazes. Assim, podemos inferir que, os participantes conhecem o preservativo e as raparigas têm mais conhecimentos sobre métodos femininos.

Adicionalmente, constatamos que a larga maioria dos participantes, não fazem uso dos métodos contraceptivos na sua relação sexual especialmente, no 7º ano (95.70%); no 8º ano temos 86.20% que não usou e no 9º só são 75.00. Assim, podemos inferir que, apesar de terem recebido informação sobre educação sexual, a maioria não usou métodos contraceptivos, na sua relação sexual.

Tabela 13: Médias e desvio padrão da variável idade segundo os anos de escolaridade

Variável	7º ano		8º ano		9º ano	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade da 1ª relação sexual	12	2	11	2	12	3

Na tabela 13, podemos verificar a média de idades dos alunos ao longo dos vários anos de escolaridade que oscila entre os 11 (8º ano) e 12 anos (7º e 9º anos).

Tabela 14: Frequências e percentagens da variável a quem recorre quando tem dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar segundo os anos de escolaridade

	7º ano		8º ano		9º ano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A quem recorre quando tem dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar						
Família	9	39.10	18	62.10	24	66.70
Professor	1	4.30	3	10.30	3	8.30
Médico	0	0.00	1	3.40	0	0.00
Google	1	4.30	0	0.00	0	0.00
Amigos	0	0.00	0	0.00	2	5.60
Ninguém	5	21.70	7	24.10	2	5.60
Não respondeu	7	30.40	0	0.00	5	13.90
Total	23	100.00	29	100.00	36	100.00

Através da tabela 14, verificamos que o recurso à família (quando necessitam de tirar dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar) varia entre 39.10% (no 7º ano) e 2/3 nos 8º e 9º anos. Juntando papel do professor e da escola, temos cerca de 3/4 dos participantes a tirar dúvidas. Logo podemos inferir que, a família e a escola são o centro nuclear a quem recorrem quando têm dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados obtidos, constitui um momento de crítica reflexiva, onde se procura estabelecer a relação entre os resultados e a questão de investigação formulada (Fortin, 2009). Após a análise e tratamento dos dados apresentados anteriormente, surge o momento para uma reflexão acerca dos mesmos. Será feita a discussão dos resultados obtidos, em função dos objetivos definidos e das questões de investigação previamente enunciadas, confrontando com a literatura consultada no âmbito da temática em estudo.

Na pesquisa da literatura, encontram-se vários estudos acerca da importância da Sexualidade dos Adolescentes e prática do conhecimento face ao mesmo, nos mais diversos contextos, e em relação aos cuidados de saúde.

Verificou-se uma predominância de estudos de sexualidade nos adolescentes, tendo sido mais utilizados os resultados e inferências de estudos que envolvessem os adolescentes em contexto Escolar (Ribeiro W.A. & all,2019).

Quanto às **“caraterísticas sociodemográficas”** dos 88 adolescentes em estudo, verificou-se que o sexo predominante é o feminino (55,70%), podemos verificar que o género dos participantes é, essencialmente, do género feminino (49 raparigas a que equivale a um peso da amostra de 55.70%), podemos inferir que, os participantes conhecem o preservativo e as raparigas têm mais conhecimentos sobre métodos femininos. Num estudo, com propósito similar, desenvolvido pelos autores Torquato et al (2017), participaram 25 alunos (100%), que apresentaram idade entre 14 e 17 anos, sendo 13 (52%) do sexo feminino e 12 (48%) do sexo masculino e que o uso de métodos anticoncepcionais é maior em mulheres que tiveram uma iniciação sexual mais tardia, do que as que tiveram uma iniciação até os 15 anos citando (Ayres, 2009).

“No que concerne à idade”, a amostra do presente estudo, apresenta uma média de idades de 13,84 anos, verificamos que a idade dos participantes varia entre 13 e 16 anos, e um desvio padrão de 0.91. No estudo de Torquato et al (2017) os participantes apresentam idade entre 14 e 17 anos.

No que concerne à escolaridade, o que vai ao encontro dos adolescentes estudados de 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, contudo como no 8º e 9º ano, o nível de escolaridade (tabela 03), verificamos que a maioria dos participantes, está no 9º ano (36 participantes a que equivale um peso amostral de 40.90%). De acordo com um estudo similar feito pelos autores Torquato et al. (2017) apontam que participaram das atividades só os 25 estudantes dos 48 matriculados do ensino fundamental no oitavo e nono ano, a respeito das IST e a prevenção da gravidez indesejada, mostra que a literacia em saúde tem muito valor e muita dificuldade ao adolescentes por lo na pratica, de modo que aplicação dos conhecimentos e praticas do mesmo suprirão consideravelmente às consequências provenientes da sexualidade inseguros.

Para caracterizar se **“recebeu algum tipo de informação sobre a sexualidade e ou planeamento familiar”**, verificamos que cerca de 4/5 tem conhecimento sobre a sexualidade e ou planeamento familiar (89.90% a que corresponde 79 alunos); os restantes 10.20% não estão informados. Ao analisar a variável o local onde recebeu a informação (tabela 04), verificamos que cerca de 2/3 recebeu informação na escola (64.80%), ao passo que 19.30% recebeu em casa. Segundo o autor Ribeiro et al., (2019) em uma pesquisa feita, referiu que relação às informações que os adolescentes recebem dos familiares sobre os métodos contraceptivos, quando indagadas sobre a questão, obtiveram os seguintes resultados: a maioria 52% afirmou não receber informações em casa, 48% afirmou ter recebido as orientações em casa através dos responsáveis e ainda expõe um índice de informações mais elevado sobre os métodos de contraceção na residência desses adolescentes, totalizando 48% , em seguida a escola com 28%, os amigos 12% ,8% nunca ouviram falar , e na ESF (posto) com 4% . Verifica-se que existe uma falha na educação desses adolescentes por parte dos profissionais de saúde, eles necessitam de uma atenção maior durante esta fase. O autor ainda refere que o profissional de enfermagem junto com a equipe de saúde deve oferecer uma maior assistência ao adolescente desde a anticoncepção no puerpério, participando da formação do adolescente sobre sua sexualidade. Para a Enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar da pessoa e da família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010).

“**Relativamente à idade que iniciou a primeira relação sexual**”, pela tabela 5, verificamos que os participantes referem a idade em que tiveram a 1ª relação sexual, com uma média de 11.23 anos e um desvio padrão de 2.47, apesar de serem os próprios a reportar, colocamos algumas reservas nos valores de 7 e 10 anos. Enquanto o autor Ribeiro et al., (2019) na sua pesquisa com relação à 1ª relação sexual, verifica-se um maior índice na idade entre 14 e 15 anos, seguida dos 16 - 17 anos e com o menor índice 12- 13 anos. Observa-se que os dados revelam um problema de saúde pública, para Ribeiro et al. (2019) a idade da 1ª menstruação está relacionada à 1ª relação sexual, sabendo que o início da puberdade é o processo da saúde sexual feminino que está ligado a essas fases, e essa sexualidade é influenciada por fatores biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e culturais. Contudo, ressalta a importância de ações educativas voltadas para o público de menor faixa etária para assegurar-lhes pleno exercício de sua sexualidade. Porém outros autores Torquato et al. (2017) disseram que cada vez mais se comportam dentro dos modelos modernos socialmente estabelecidos, Podemos observar que mais cedo crianças de 3 e 4 anos, seja no bairro onde moram ou na escola, apresentam “namoradinhos” com outras crianças de seu círculo de convivência, e muitas vezes até incentivado pelos próprios pais, citando (Bretas et al., 2009), Desta forma, crianças e adolescentes aprendem nos primeiros anos de vida que existem diferentes sentimentos de afeto que eles podem sentir por outra pessoa. A expressão "ficar" entre os adolescentes, não é um fenômeno superficial ou modismo, mas conectados com outras formações do seu sujeito, produzidas na sociedade moderna. Este ato pode ser a expressão de novos paradigmas de relacionamentos emergentes dos tempos atuais. O "ficar" vai ser então, a forma básica de relacionamento afetivo e sexual entre os adolescentes, se constituindo um jogo erótico e muitas vezes perigoso e citando (Justo, 2005).

No que diz respeito “**na primeira relação sexual usou algum método contraceptivos**”, ao analisar a variável se na primeira relação sexual usou algum método contraceptivos (tabela 6) verificamos que cerca de 3/4 refere que não usou nada (73.90%), ao passo que 9.10% (8 alunos) refere que sim. De salientar que 15 alunos (17.00%) não responderam a esta questão. Ainda, na mesma tabela, analisamos a variável para conhecer o método contraceptivos utilizados e apenas

7 alunos referiram o preservativo (8.00% de peso amostral); os restantes 92.00% não responderam ou não é aplicável (81 alunos), segundo os autores Torquato et al. (2017) Outro dado interessante é de que o uso do preservativo durante a primeira relação sexual aumenta a probabilidade do uso dele nas próximas relações. Isso mostra que os jovens que fazem o uso do preservativo na iniciação sexual, tendem a manter esta prática no decorrer de sua vida sexual, citando (Teixeira et al., 2006).

Em seguida, “**tem uma vida sexual ativa**”, ao analisar a variável se tem uma vida sexual ativa, verificamos que cerca de 3/4 refere que não (77.30%), ao passo que 12.50% (11 alunos) refere que sim. De salientar que 9 alunos (10.20%) não responderam a esta questão.

Quanto aos “**cuidados que adota para evitar gravidez indesejada e ISTs**”: 9 alunos (10.20%) não responderam a esta questão, ao analisar a variável quais são os cuidados que adota para evitar gravidez e ISTs (tabela 07), verificamos que apenas 2 alunos referem que utilizam preservativos (2.30%); os restantes 86 alunos não respondem ou não é aplicável (97.70%). Ainda estes autores, Torquato, B. G. S. et al (2017) referem quando se trata de prevenção, todos os alunos participantes sabem que para não contraírem DST basta utilizar sempre o preservativo. Porém, uma controvérsia ocorre quando apenas metade confirma fazer o uso dele em todas as suas relações sexuais. De um modo geral, os adolescentes não possuem a capacidade de negociar o sexo seguro e o uso do preservativo com seus parceiros, também possuem a crença de que relacionam sexualmente apenas com pessoas saudáveis, expondo-se a vulnerabilidades de contraírem alguma DST e gravidez precoce, citando (Holanda et al., 2010; Bezerra; Araújo; Barroso, 2006).

Quando indagamos “**se Sabe o que são métodos contraceptivos**”, constatamos que a larga maioria dos participantes, sabe o que são métodos contraceptivos especialmente, no 9º ano (100.00%); no 8º ano temos 96.60%; no 7º ano cerca de 2/3 refere que não sabe (69.90%). Assim, podemos constatar que, a escolaridade influencia o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, nesta tabela ainda, verificamos que o método contraceptivo mais conhecido dos participantes, é o preservativo em todos os anos de escolaridade (no 7º ano 21.70%, no 8º ano

65.50% e no 9º ano 36.10%); contudo como no 8º e 9º ano há mais raparigas a pílula, o DIU e o diafragma não apresentam tanto peso percentual nos rapazes. Assim, podemos inferir que, os participantes conhecem o preservativo e as raparigas têm mais conhecimentos sobre métodos femininos. E ainda prosseguimos com ilustres autores Torquato et al. (2017), quando se trata de prevenção, as raparigas, demonstram possuir mais conhecimento que os rapazes, principalmente no que diz respeito ao uso do preservativo masculino e a ida a consultas médicas periódicas citando (Bretas et al., 2009). Em níveis imaginários dos adolescentes, o fato de conhecerem o parceiro, elimina as chances de adquirir alguma DST, pois os adolescentes desconhecem que as doenças possuem um período de latência que não apresenta sintomas, o que encobre a doença durante um período. Outra possibilidade do desuso do preservativo pode ser o fato de que muitos alunos alegaram que o preservativo masculino diminui o prazer na relação sexual citando (Vieira; Paiva; Sherlock, 2001).

“Já ouviu falar desses métodos”, ao indagar se já ouviu falar dos métodos contraceptivos, verificamos que cerca de 3/4 refere vários métodos (76.20%), ao passo que 23.80% (21 alunos) não respondeu ou não é aplicável. Dados semelhantes como os desta pesquisa, segundo o autor Torquato et al. (2017), demonstram que a anticoncepção de emergência tem sido o terceiro método mais usado em meninas sexualmente ativas. É essencial o cuidado com a divulgação e distribuição deste método, pois as mulheres podem fazer uso regular dele, abandonar o preservativo e outros métodos contraceptivos regulares. O uso inadequado provocaria o abandono do processo de educação sexual, à medida que mulheres e homens priorizam um método contraceptivo para situações emergenciais no pós-coito diz os aurores Torquato et al. (2017). **Já fez o uso desses métodos**, ao analisar a variável se já fez uso do método contraceptivo, verificamos que cerca de 4/5 refere que não (84.10%), ao passo que 11.40% (10 alunos) refere que sim. De salientar que 4 alunos (4.50%) não responderam a esta questão.

Quando tem dúvida sobre a sexualidade e / planeamento familiar, a quem recorre, verificamos que o recurso à família (quando necessitam de tirar dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar) varia entre 39.10% (no 7º ano) e 2/3 nos 8º e 9º anos. Juntando papel do professor e da escola, temos cerca de 3/4 dos participantes a tirar dúvidas, logo podemos inferir que, a família e a escola são o centro nuclear a quem recorrem quando

têm dúvidas sobre a sexualidade/planeamento familiar. Segundo os autores numa pesquisa parecida, Torquato et al. (2017) disseram que para tirar as dúvidas sobre sexualidade, no pré-teste, 7 (28%) nunca esclareceram suas dúvidas, 5 (20%) perguntam para os pais, 2 (8%) com os amigos, 4 (16%) com o médico, 4 (16%) conversam com o namorado e 1 (4%) tira suas dúvidas na internet. No pós-teste, 12 (48%) dos adolescentes tiram suas dúvidas com os pais, 3 (12%) tiram as dúvidas com amigos, 3 (12%) perguntam para o médico, 2 (8%) perguntam para algum familiar, 1 (4%) conversa com o namorado, 1 (4%) esclarece as dúvidas com o professor e 1 (4%) procura esclarecê-las através da internet.

A escola passou a ser vista como um bom espaço de intervenção sobre a sexualidade com os adolescentes, sendo um local privilegiado para a implementação de políticas públicas de promoção à saúde para adolescentes de acordo com os autores Torquato et al. (2017) citando (Fonseca; Gomes; Teixeira, 2010). Portanto, a educação sexual na escola deve se dar no âmbito pedagógico, as aulas de sexualidade devem ser um espaço em que possamos problematizar temáticas, levantar questionamento e ampliar o conhecimento e visão de mundo, através de conversas e dinâmicas. Pelo menos uma aula semanal é importante, para que os jovens tenham um espaço para tirar suas dúvidas e trabalhar temas importantes para seu dia a dia, na interação com outros jovens. Nas aulas devem-se discutir os preconceitos à sexualidade, orientações sexuais, identidade do género, as diferentes crenças, os tabus e as atitudes da nossa sociedade ainda os autores Torquato et al. (2017) citando (Maia et al., 2012). Porém outro estudo identificou que a grande parte dos adolescentes tem como principais fontes de informações sobre DST: a televisão, professores, veículos da média, como revistas, jornais, livros e conversas informais com amigos, o que ressalta a baixa interferência dos pais sobre o assunto. Muitos pais relatam ter dificuldade em educar seus filhos quando se trata da temática sexualidade, por falta de coragem de se comunicarem sobre o assunto e pela desatenção e falta de interesse dos filhos (Camargo; Ferrari, 2009). A família é sinalizada como centro do desenvolvimento humano e como local de reprodução da violência de género, construída a partir das relações desiguais entre os sexos naturalizados no processo da socialização

Quando os enfermeiros acreditam que os membros da família são importantes e necessários para uma melhor prestação de cuidados e com mais qualidade, então são profissionais mais bem

capacitados para estabelecer interações significativas com as famílias. A atitude favorável perante a família envolve a valorização dos seus saberes, das suas crenças e da sua tomada de decisão durante o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência (Benzein et al., 2008).

Vale a pena lembrar as palavras da ministra da cooperação e do desenvolvimento alemã, Hidemarie Wiczorek-Zeul, na abertura do Fórum do Banco Mundial " África on the Rise" (África em Ascensão) de 2007, quando dizia que a chave de ouro para o desenvolvimento dos países africanos “é um crescimento económico que beneficie também os mais pobres.

7. CONCLUSÃO

O conhecimento sobre as práticas e conhecimentos face à sexualidade na adolescência, ajuda significativamente na prevenção de problemas na família, nos riscos à saúde e nos ganhos socioeconómicos. Nesse contexto da saúde pública, em primeira instância a saúde familiar constitui preocupação, sobre os maiores riscos quando as idades dos adolescentes são mais precoces, o que solicita a pesquisa e a elaboração das técnicas de intervenções às políticas públicas efetivas direcionadas a essa população. O contributo desta pesquisa, vai desde as implicações para os profissionais da saúde e da educação e intervenção comunitária, até à intervenção na família, com o seu envolvimento e capacitação para a promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência. É crucial a estratégia integrada focada na adolescência face à transição no ciclo vital, marcada por mudanças somáticas e psíquicas, o que afeta todo o campo emocional dos jovens. Neste sentido, para além dos conhecimentos a nível da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino, o adolescente necessita ter ideias claras sobre o que vai sentir diretamente no seu próprio corpo, sobre a vivência e expressão da sexualidade e da componente relacional envolvida, também de expressão de afetos, de intimidade e de crescimento.

O estudo possui limitações metodológicas, nomeadamente relacionadas com a dimensão da amostra e a não aleatorização. Sugere-se pesquisas com abordagem quantitativa e qualitativa, implementar estudos com

humano, as vivências emocionais, sociais e culturais das pessoas, mostrando a realidade participantes de diferentes escolas nacionais nas zonas urbanas em áreas públicas e privadas que abrangem maiorias da população adolescente e que inclui os pais sobre esta transição, podendo acrescer uma melhor compreensão sobre o fenómeno, com uma perspetiva diferente e complementar.

Assim, percebe-se a necessidade do enfermeiro como educador intervir de forma estratégica desenvolvendo uma abordagem participativa, focada na educação para a saúde, que não seja uma abordagem apenas ocasional ou com conceção biomédica, curativas, mas sobretudo preventiva. Com orientações que não só informam, mas também formam e educam pais e filhos,

que abordam, além da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor sobre o assunto, visto que o índice de informações recebidas se mostra incontestavelmente insuficiente e a forma como se aplica literacia em saúde. É importante salientar que os enfoques tradicionais até aqui utilizados tratam essa questão a partir da ideia de que a gravidez na adolescência é indesejada, ou seja, através da ótica dos profissionais de saúde. Não se valoriza o discurso da adolescente sobre a sua gravidez, o que explicaria o fracasso de vários projetos de educação sexual, visto que os desejos e fantasias desses adolescentes quanto à sua gravidez não são priorizados e se associa discriminações e respostas pouco estruturadas para face as questões de identidade de género orientação sexual. Por fim, pensar a sexualidade como um processo que surge na adolescência é pensar num universo de desejos, excitações, descobertas, sentimentos; portanto, esse assunto não pode ser ignorado ou adiado, devendo ser elaborado, discutido e construído desde o início da adolescência, pela família, e escola, visto que a idade da menarca e puberdade está ligada a inicialização sexual, constituindo um problema de saúde pública. Assim, neste período de vida, é fundamental uma adequada educação sexual para que a adolescente tenha a possibilidade de aprender a cuidar não só de sua saúde reprodutiva, como também tenha abertura para falar de dúvidas, medos, desejos e emoções.

A melhoria das condições no sistema nacional de saúde educativas é imprescindível à elevação da qualidade de vida das famílias e dos adolescentes

A promoção da igualdade de género, a luta contra a pobreza e a estimulação das capacidades comunitárias só é exequível se existir respeito pela cultura e se implementar modelos adequados de ensino / aprendizagem.

Os grupos sociais menos privilegiados e mais vulneráveis financeiramente (mulheres, habitantes rurais, trabalhadores do sector informal urbano e rural) devem constituir o grupo-alvo de ação dos parceiros locais.

O futuro é possível e desejável na Guiné-Bissau. Este deve apostar no desenvolvimento humano (principalmente da família e dos adolescentes) integrado e sustentável, na luta contra a pobreza, na formação e retorno de quadros e na articulação de serviços e bens públicos.

Conclui-se que com este trabalho é possível perspetivar o desenvolvimento de intervenções que se foquem em aumentar os níveis da literacia que permitam a prevenção ISTs e gravidez precoces, promoção da saúde sexual dentro do contexto familiar, e ter ganhos em saúde, em contexto real e desenhar uma medida as reais necessidades a Guiné-Bissau possui inúmeras potencialidades, nem sempre prontamente evidentes, as quais deverão ser honestamente exploradas e desenvolvidas de forma equitativa tendo por base o desenvolvimento sustentável. Para que tal aconteça é necessário modificar a mentalidade gestora dos líderes, para que estas potencialidades beneficiem todo o país e não apenas uma minoria nacional ou internacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica Psicologia Clínica e Psiquiatria.
- Almeida, R. A. A. S., Corrêa, R. D. G. C. F., Rolim, I. L. T. P., Hora, J. M. D., Linard, A. G., Coutinho, N. P. S., & Oliveira, P. D. S. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 1033-1039.
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*
[literaciaManual.PDF \(ucp.pt\)](#)
- Anderson, L. E., Dingle, G. A., O’Gorman, B., & Gullo, M. J. (2020). Young adults’ sexual health in the digital age: Perspectives of care providers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25, 100534–100534.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100534>.
- Associação para o Planeamento da Família (APF 2014), disponível em: www.apf.pt
- Ausloos, Guy (2003), *A Competência das Famílias*, Lisboa, Climepsi Editores, 2ª ed.
- Barker, P., & do Amaral, M. D. F. C. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. *The Lancet*, 369(9568), 1220–1231. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60367-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60367-5).
- Beavers, R., & Hampson, R. (2000), The beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22: 128-143. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00143>
- Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., & Black, A. (2016). Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 417–430. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1237629>.

- Blackburn, M., Chambers, L., & Earle, S. (2016). Talking about sex, relationships and intimacy: new guidance and standards for nurses and other health and social care professionals working with young people with life-limiting and life-threatening conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2265–2267. <https://doi.org/10.1111/jan.13089>.
- British Psychological Society, BPS (2014). Code of Human Research Ethics, disponível em: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>
- Calero Yera, E., Rodríguez Roura, S., e Trumbull Jorlen, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592. <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1134>
- Cunha-Oliveira, A., Caramelo, F., Patrício, M., Camarneiro, A. P., Cardoso, S. M., & Pita, J. R. (2017). Impact of an educational intervention program on the sexual behaviors of higher education students. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 71-82.
- Cruz, Daniel da A. de S. e Andrade, Alcilene L. de A. (2022). Principais políticas públicas para adolescentes em situação de vulnerabilidade social: Possíveis contribuições da Psicologia na promoção/garantia de direitos. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 2. https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/883_principais_politicas_publicas_para_adolescentes_em_situacao_de_vulnera.pdf
- Dai, L., e Wang, L. (2015). Review of Family Functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 03(12), 134–141. <https://doi.org/10.4236/jss.2015.312014>.
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde.
- Figueiredo, M., Grau, F., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2014). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família*, 55–60. <https://doi.org/978-989-96103-6-1>.

- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures. Lusociência Edições Técnicas e Científicas (5ª ed.).
- Freitas, P. M. de, Costa, R. S. N. Rodrigues, M. S., Ortiz, B., R. de A., & Santos, J. C. dos. (2020). Influência das relações familiares na saúde e no estado emocional dos adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 95–109. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1065>.
- Gaspodini, I., & Gomes De Jesus, J. (n.d.). Heterocentrismo e ciscentrismo: Crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero Prejudice Against Sexual and Gender Diversity and Clinical Practice in Psychology View project Jealousy, Infidelity and Conjugal Violence: A Sequential Mixed-Methods Study View project. Retrieved December 12, 2023, from https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/858237/mod_resource/content/2/000ARTIGOPUBLICADO.pdf.
- Global strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health 2016–2030: Implementation in the African Region (AFR/RC66/9) - World. (2016, August 21). ReliefWeb. https://reliefweb.int/report/world/global-strategy-women-s-children-s-and-adolescents-health-2016-2030-implementation?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI-e2n4qqSgwMVOJ1oCR0eNgGvEAAAYASAAEgLvPD_BwE.
- Guerreiro, Cátia Sá, Hartz, Zulmira, Paulo Ferrinho, Paulo e Havik, Philip J. (2019). 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu planeamento estratégico em saúde. *Cadernos de Estudos Africanos*, 38, 239-264. <https://doi.org/10.4000/cea.4619>
- Guiné-Bissau Ministério da Economia e Finanças Direcção-Geral do Plano Instituto Nacional de Estatística Monitorização da Situação da Criança e da Mulher Inquérito aos Indicadores Múltiplos. (2018). <https://www.unicef.org/guineabissau/media/1106/file/Guinea%20Bissau%202018-19%20MICS6.pdf>.
- Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S15–S21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013>.
- Helena, M., Nunes, M. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*, 6ª Edição Revista e Aumentada com novos modelos teórico e aplicações práticas. A obra de referência da Análise de dados em Portugal. Iscte-Iul.pt. <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/analise-de-dados-para-ciencias-sociais-a-complementaridade-do-spss-6-edicao-revista-e-aumentada-com/18040>.

- Hermenegildo Osvaldo Chitumba, Victor Nhime Nungulo, & Cezaltina Nanduva Kahuli. (2022). Perfil das adolescentes grávidas atendidas no Centro de Saúde Materno-Infantil da Mineira (Huambo, Angola). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental E Social*, 8(1). <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.226>.
- <https://www.facebook.com/DiariodeNoticias.pt/?fref=ts>. (2018, July 11). DN. DN; DN. <https://www.dn.pt/lusa/crencas-populares-dificultam-o-planeamento-familiar-na-guine-bissau---governo-9579302.html>.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). Position statement on generalist competencies for family nursing practice. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDFdocument-Portuguese-language-translation.pdf>.
- Kerntopf, M. R., Fernanda, J., Fonseca, N. H. Nascimento, Santiago, C., Fernandes, G. P., e Rose, I. (2016). Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. *Rev. Adolesc. Saúde (Online)*, 106–113. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-657>.
- Keshvar Samadaee Gelehkolae, Raziye Maasoumi, Seyed Ali Azin, Saharnaz Nedjat, Parto Moslem, & Ilia Zamani Hajiabadi. (2021). Stakeholders' perspectives of comprehensive sexuality education in Iranian male adolescences. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01084-0>.
- Kleber José Vieira, Nayara Gonçalves Barbosa, Cristina, J., de, L., e Flávia Azevedo Gomes-Sponholz. (2021). Conhecimentos de adolescentes sobre métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39015>.
- Laura, A., e da, P.-A. (2017). Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. *Paho.org*. <https://doi.org/978-85-7967-119-7>.
- Lepre, R. M., & De Oliveira, J. (2022). Adolescência e construção da personalidade moral. *Dialogia*, 41, e21333. <https://doi.org/10.5585/41.2022.21333>.
- Levine, D. A. (2013). Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Pediatrics*, 132(1), e297–e313. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1283>.
- Luboslava Pavelová, Archalousová, A., Zuzana Slezáková, Zrubcová, D., Solgajová, A., Zuzana Spáčilová, Křištofová, E., & Slamková, A. (2021). The Need for Nurse Interventions in Sex Education in

- Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 492–492.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020492>.
- Meleis, A.I. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York. - References - Scientific Research Publishing. (2015). Scirp.org. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1387493>.
- Milene Fontana Furlanetto, Lauermann, F., Batista, C., & Ângela Helena Marin. (2018). Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Pesquisa*, 48(168), 550–571.
<https://doi.org/10.1590/198053145084>.
- Minuchin, S., & Cunha, J., A. (2023). Famílias: funcionamento & tratamento. *Bvsalud.org*, 238–238.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1085796>.
- Neto, S., Bombas, T., Arriaga, C., Do, M., Almeida, C., Moleiro, P., Santos, E., Palma, F., Sousa, F., Martins, I., Trindade, M., Pinheiro, M., & Fonseca, P. (n.d.). *Contraceção na adolescência Recomendações para o aconselhamento contracepcional Autores: Colaboradores*.
https://www.spdc.pt/files/noticias/Contraceo_adolescentes_verso_final.pdf.
- Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Oyamada, H., Cordeiro Mafra, P., De Andrade Meireles, R., Mayara, T., Guerreiro, G., Olavo De Caires Júnior, M., Moreira, F., & Silva, D. (2014). Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research -BJSCR*, 6(2), 38–45.
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212052.pdf...
- Plano Nacional de Desenvolvimento dos RHS da.(n.d.). Retrieved December 15, 2023, from https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country_docs/Guinea-Bissau/pndrhs_2008-2017_gb.pdf.
- Rakhshae, Z., Maasoumi, R., Nedjat, S., & Khakbazan, Z. (2020). Sexual Health Literacy, a Strategy for the Challenges of Sexual Life of Infertile Women: A Qualitative Study. *Galen medical journal*, 9, e1862.
<https://doi.org/10.31661/gmj.v9i0.1862>

- Rebelo, R. M. (2022). Conhecimento dos adolescentes de uma escola da zona do Porto sobre sexualidade. Bdigital.ufp.pt. <http://hdl.handle.net/10284/11617>.
- Relvas, A.P. (1996). O Ciclo vital da família. Edições Afrontamento.
- Relvas, A.P., Madalena Torres Veiga, Dias, J., Rangel, I., & Madalena, M. (2003). Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família. Quarteto.
- Relvas, A. P. (1999). Conversas com famílias. Cienciavita.pt. <https://www.cienciavita.pt/portal/8812-A00C-0D96>.
- Ribeiro et al. / Braz. J. Surg. Clin. Res.V.27,n.3,pp.47-51 (Jun - Ago 2019)Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Robards, F., & David Louis Bennett. (2013). What is adolescence and who are adolescents? ResearchGate; unknown. https://www.researchgate.net/publication/281343666_What_is_adolescence_and_who_are_adolescents.
- Roberto, Ohara, S., Dulcilene Pereira Jardim, Wagner de Aguiar, & Rodrigo. (2011). Aspectos da sexualidade na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7), 3221–3228. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000800021>.
- Rodrigues, M., Macedo, P., & Montano, T. (2007). Manual do formador - formação dos membros das comissões de protecção de crianças e jovens. Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.
- Services de santé adaptés aux adolescents: Un programme pour le changement. (2023). Who.int. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-FCH-CAH-02.14>.
- Silva, S., Margarida, M., Amaral-Bastos, M., Maria Amélia Monteiro, & Couto, G. (2021). Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. Acta Paulista de Enfermagem, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0210>.

- Torquato, B. G. S., Oliveira, M. S., Oliveira, L. F., de Carvalho Leitão, M. L., Cavellani, C. L., Teixeira, V. D. P. A., & da Fonseca Ferraz, M. L. (2017). O saber sexual na adolescência. *Revista Ciência em Extensão*, 13(3), 54-63. https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1467/1413.
- Smith, M.C. and Parker, M.E. (2015) *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4th Edition, F. A. Davis, Philadelphia. - References - Scientific Research Publishing. (2015). Scirp.org. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2776100>.
- Sousa, L. C. (2001). *Gravidez na adolescência: subsídios para proposta pedagógica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Statistics of Privately Owned Electric Utilities in the United States, ... Classes A and B Companies. (1970). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241514606>.
- Suzuki, C. M., Esther, M., Falcão, M. C., & Costa, A. (2023). Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Journal of Human Growth and Development*, 17(3), 95–103. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300010.
- Trombetta, T.C., Bentes, T.K, Silva, Y. S. Q., Garcia, C., & Breno. (2022). Identificação das condições maternas e fatores de risco da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), e47311629498-e47311629498. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29498>.
- United Nations Population Fund (2018). *UNFPA Relatório sobre a Situação da População Mundial 2018: O poder de escolha - Direitos reprodutivos e a transição demográfica*. P&D Factor – Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento. https://popdesenvolvimento.org/planos-e-relatorios/descarregar.html?path=UNFPA_SWOP_RelatPopMund2018_PT.pdf
- Viana, V. A. O. Madeiro, A. P., Mascarenhas, M. D. M., & Rodrigues, M. T. P. (2022). Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(27), 2363–2371. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.14992021>,
- Vieira, L., Luana, M., De Andrade, C., Santos, A., Narezi, J., Leonidas, A., Oliveira, D., & De Taubaté, U. (n.d.). MPB 1488 CICLO VITAL DA FAMÍLIA: A COMUNICAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS NA

FASE ADOLESCENTE ORIENTADOR(A).

https://unitau.br/files/arquivos/category_154/MPB1488_1427286040.pdf.

World. (2023, July 13). HIV and AIDS. Who.int; World Health Organization: WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gclid=EAIaIQobChMIh7f005qSgwMVUw0GAB0slg8EEAAYASAAEgJPJvD_BwE.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2000). Nurses and Families. F A Davis Company. <https://www.wook.pt/livro/enfermagem-de-saude-publica-jeanette-lancaster/11462827>.

Xavier, A., Maia, & Maria. (2012). Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 588–596. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822012000300012>.

Yakubu, I., e Salisu, W.J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-04>

APÊNDICES

APÊNDICES APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO OU FICHA DE REGISTO DOS PARTICIPANTES

PARTE I (CARATERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA)

IDADE

SEXO:

Masculino
Feminino

Escolaridade

.....

PARTE II

Recebeu algum tipo de conhecimento sobre a sexualidade e/ ou planeamento familiar?

Sim
Não

Se sim, especifique como adquiriu.....

Idade que iniciou a primeira relação sexual

Na primeira relação sexual usou algum dos métodos contraceptivos:

Sim
Não

Se sim, especifique qual (quais)

Tem uma vida sexual ativa:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Sim, refira os cuidados que adota para evitar gravidez indesejada e ISTs.-----

Sabe o que são métodos contraceptivos:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Já ouviu falar desses métodos:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se sim, especifique quais -----

Já fez uso desses métodos

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Sim, se sim qual(ais) -----

Quando tem dúvidas sobre a sexualidade e/ou planeamento familiar, a quem recorre? ---

APÊNDICE II CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMATIVO

Está-lhe a ser pedido para participar no estudo “*Práticas e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade e gravidez*”, que está a ser realizado pela Mestranda Ivanusa Mendonça na Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria Ciências da Saúde, para efeitos de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a supervisão Científica da Professora Doutora Célia Jordão Simões Silva (Escola Superior de Saúde de Leiria). A sua participação consistirá no preenchimento de um inquérito anónimo e inteiramente voluntário/a. A sua decisão em participar ou não participar não terá qualquer consequência. Coloque todas as suas dúvidas se houver algo que não compreenda. Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadro abaixo indicado, confirmando dessa forma que aceita participar.

Sim, aceito participar

Data-----/-----/-----

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração!

ANEXOS

ANEXO I: ORÇAMENTO DETALHADO

Nota: Os custos abaixo mencionados não estão totalmente definidos, poderão sofrer alterações

Atividades	Quantidade	Preço Unitário	Total
	1-Lisboa-Bissau	850 €	850 €
Viagens	1- Bissau-Lisboa	900 €	900 €
Estadia	2 Meses	2 000 €	2 000 €
Custos Administrativos		1 100 €	1 100 €
Total Geral			4 850 €

ANEXO II: DESCRIÇÃO DO RESPONSÁVEL (CV) DO ESTUDO E DA INSTITUIÇÃO;

Ivanusa Mendonça, guineense, enfermeira, graduada pela Escola Nacional de Saúde em 2013. Enfermeira chefe de serviço da oftalmologia no Hospital Militar Principal, desde outubro de 2013 a presente data, atualmente mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar no Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria- Portugal. A Escola Superior de Saúde de Leiria, funciona desde 25 de setembro de 2006 no edifício situado no Campus 2, Morro do Lena, Alto do Vieiro, em Leiria e também nos polos de formação do Politécnico em Torres Vedras e Pombal. É uma das cinco escolas superiores integradas no Politécnico de Leiria, dependendo hierarquicamente deste e tendo como tutela o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

ANEXO III: CARTA CNEPS / PEDIDO

Ivanusa Mendonça
Email: ivanusa88@gmail.com / 5210073@my.ipleiria.pt
Tel. 95 580 05 91

Exmo. Presidente, de CNEPS
Doutor, Cunhate Nanbagna

Bissau, 27/07/2023

Assunto: Pedido de isenção

Eu, Ivanusa Mendonça, guineense, enfermeira, graduada pela Escola Nacional de Saúde. Atualmente frequento o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Vim respeitosamente solicitar a vossa Excelência, a isenção das taxas para a aprovação do meu protocolo de estudo para a investigação e recolha de dados no quadro da minha dissertação de Mestrado em Bissau, SAB, sobre **PRÁTICAS E CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE E GRAVIDEZ**, em Escola Liceu João XXIII.

Com objetivo de avaliar as práticas e os conhecimentos dos adolescentes face a prevenção da gravidez precoce.

Estarei disponível para qualquer informação adicional.

Agradecendo antecipadamente a atenção que a vossa Excelência possa dispensar-me, apresento os meus melhores cumprimentos.

Ivanusa Mendonça



NB: Em anexo o protocolo de investigação e CV.

ANEXO IV: CARTA CNEPS / RESPOSTA



Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde

Nº Ref.ª 034/CNES/INASA/2023

Bissau, 13 de Agosto de 2023

À
Sr.ª Dr.ª Ivanusa Mendonça
Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde de Leiria
LEIRA, PORTUGAL

ASSUNTO: Aprovação do Protocolo de Pesquisa

Com os melhores cumprimentos.

O Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde (CNEPS) reunido na sua terceira sessão extraordinária no dia 25 de agosto de 2023 analisou um protocolo do estudo sob o título "**Práticas e Conhecimentos dos Adolescentes face à Sexualidade e Gravidez**", que lhe foi submetido para apreciação e deliberação.

Após uma sucinta e minuciosa análise, o coletivo entendeu que o protocolo cumpre na integralidade todos os parâmetros exigidos pelo CNEPS, para o efeito, decidiu-se em consenso por sua aprovação.

Ainda assim, o coletivo adverte ao responsável do estudo que espera receber as informações preliminares (seguimento na base de relatórios) sobre o evoluir da implementação do protocolo de pesquisa ora validado.

Aceite os protestos da nossa elevada consideração.



O Presidente
Dr. Cunhate Na Bangna
Secretário Permanente

ANEXO V: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



Certidão não específica

Rui Manuel da Fonseca Pinto, Diretor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, certifica que **Ivanusa Mendonça**, estudante n.º 5210073, com o documento de identificação n.º C00136822 no ano letivo 2022/2023, encontra-se matriculada/inscrita no 1.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Mais se certifica que a estudante tem a propina regularizada no ano letivo 2022/2023.

Esta certidão destina-se a ser entregue na comissão da ética da Guiné Bissau.

Consta dos documentos arquivados nestes serviços.

Em conformidade com as disposições legais em vigor, é emitida a presente certidão não específica que vai assinada e autenticada com a assinatura digital certificada.

Leiria, 20 de julho de 2023.

Assinado por: **RUI MANUEL DA FONSECA PINTO**
Num. de identificação: 11095463
Certificado por: **Diário da República Eletrónico**
Atributos certificados: **Diretor da Escola de Saúde do Politécnico de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria**

Estudante n.º 5220039

ANEXO VI: CARTA DE PEDIDO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Ivanusa Mendonça
Email: ivanusa88@gmail.com / 5210073@my.ipleiria.pt
Tel. +245 95 580 05 91 | +351 960189522

À Direção, da Escola
Liceu João XXIII, Bissau

Bissau, 17/06/2023

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Ivanusa Mendonça, guineense, enfermeira, graduada pela Escola Nacional de Saúde. Atualmente frequento o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Vim respeitosamente solicitar a vossa Excelência, a autorizar o meu pedido de recolha de dados no quadro da minha dissertação de Mestrado em Bissau, SAB, sobre **PRÁTICAS E CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE E GRAVIDEZ**, a vossa instituição de ensino, aos alunos entre 13 à 16 anos. Entre dia 27 à 30 do mês em curso se possível.

Com objetivo de avaliar as práticas e os conhecimentos dos adolescentes face a prevenção da gravidez precoce.

Estarei disponível para qualquer informação adicional.

Agradecendo antecipadamente a atenção que a vossa Excelência possa dispensar-me, apresento os meus melhores cumprimentos.

Ivanusa Mendonça
