

# A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA (E.P.E.P.C.S.P.S.A)

Manuel Alberto Morais Brás <sup>(1)</sup>  
Zaida de Aguiar Sá Azeredo <sup>(2)</sup>



O artigo abaixo descreve o estudo realizado com o objectivo de desenvolver e validar para a população de enfermeiros portugueses dos Cuidados de Saúde Primários, o instrumento de medição da perspectiva dos enfermeiros sobre a sexualidade dos adolescentes (Escala da Perspectiva dos Enfermeiros Portugueses dos Cuidados de Saúde Primários Sobre a Sexualidade dos Adolescentes). A amostra foi constituída por 1735 enfermeiros de 226 Centros de Saúde de Portugal Continental e das Regiões autónomas da Madeira e Açores. A análise psicométrica foi realizada por meio de um estudo de confiabilidade e a validade das medidas obtidas com o instrumento. Os resultados obtidos para a confiabilidade, por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha=0,52$ ), e validades de conteúdo, simultânea e de constructo; demonstram boa consistência interna. Desta forma, este estudo coloca ao dispor dos investigadores, uma ferramenta acerca da perspectiva dos enfermeiros portugueses dos cuidados de saúde primários sobre a sexualidade dos adolescentes.

Resumo

**Palavras-chave:** Sexualidade, Adolescência, Enfermagem, Confiabilidade, Validade

*The perspective of portuguese nurses primary health care nurses on adolescent's sexuality: development and validation of a scale (E.P.E. C. S. P. S. A.)*

*Objective: The article below describes the study with the aim to develop and validate for the Portuguese Primary Health Care Nurses, the instrument of measurement from the perspective of nurses on the adolescents sexuality (E.P.E.P.C.S.P.S.A). The sample consisted of 1735 nurses from 226 Health Centers of Continental Portugal and the Autonomous Regions of Madeira and Azores. The psychometric analysis was performed by means of a study of the reliability and validity of the measurements obtained with the instrument. The results for the reliability, through Cronbach's coefficient alpha ( $\alpha=0,52$ ), and validity of content, simultaneous and construct; show good internal consistency. Thus, this study puts at the disposal of researchers, a tool about the prospect of Portuguese Primary Health Care Nurses about the adolescents sexuality.*

**Keywords:** Sexuality, Adolescence, Nursing, Reliability, Validity

## INTRODUÇÃO

Oscar Wilde, citado por Moore Thomas (1999:232), disse, que “o melhor modo de tornar as crianças boas é torná-las felizes”. Frequentemente, a moralidade parece uma corrente que nos separa do prazer sexual. Neste meio extremamente impiedoso, não é fácil sentirmo-nos moralmente à vontade com o sexo. As nossas vidas sexuais seriam melhores se nos conseguíssemos ajustar com a culpa duradoura, e celebrar um estilo de vida ético que pudesse admitir e dar início a um processo contínuo de aprofundamento decente (Moore Thomas, 1999; Marques António, 2000).

Torna-se imperativo clarificar o conceito de educação sexual, no sentido da sua melhor compreensão. Antes de tudo há a considerar que possuímos um corpo sexuado, especialmente apto para responder a estímulos de ordem sexual, procurando o prazer, a satisfação e obviamente o bem-estar.

A sexualidade, como grandeza humana eminentemente relacional e íntima, tem uma vertente emocional que é um elemento capital na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima e do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. A sexualidade faz parte integrante do relacionamento com os outros, especialmente no domínio afectivo e amoroso. Contudo, a sexualidade pode também estar relacionada com episódios negativos, problemas de ordem emocional, ocorrência de gravidezes não desejadas, recurso ao aborto, contágio de doenças de transmissão sexual, violência e abuso.

É uma dimensão da identidade e do relacionamento humano, que se vai transformando no contexto do nosso desenvolvimento integral, tendo uma expressão singular nas diferentes etapas do ciclo de vida, atravessando ciclos de evolução mais lenta e estádios de evolução mais brusca e fogosa, especificadamente durante a adolescência.

A sexualidade é uma das características humanas que o processo de socialização tornou mais plástica, podendo considerar-se, que tudo o que somos, pensamos, desejamos, fantasiámos e fazemos no domínio sexual é fruto de um processo contínuo de reflexões, interacções e aprendizagens, que se opera em todos os círculos de vida, nas relações entre

Este percurso é contínuo e composto de mensagens incoerentes e, por vezes, até mesmo conflituais. É, contudo, neste emaranhado de múltiplas influências e experiências, que se vai construindo a identidade sexual.

A prestação de cuidados aos adolescentes não dispensa a multidisciplinaridade, podendo usufruir das acções conjuntas entre os diferentes técnicos de saúde de forma a assegurar uma visão compreensiva e globalizante do adolescente, por isso é de primordial importância que “quem atende um adolescente, seja o médico de família, o enfermeiro de saúde comunitária ou escolar, o pediatra hospitalar, etc. possa apoiar-se numa equipe de saberes e formas de intervenção diferentes, que sustente respostas mais adequadas, quando tal for necessário” (Prazeres Vasco, 1998: 30).

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes atendimento individual, com o objectivo de facilitar o reforço de atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, salientando as actividades de planeamento familiar ligadas à satisfação das necessidades especiais dos adolescentes e de estimular a sua capacidade para tomarem as suas próprias decisões, nomeadamente sobre a utilização e escolha de métodos contraceptivos (Parra & Baquero, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Se os cuidados de saúde primários através dos profissionais de saúde, quiseram fornecer um alto nível de cuidados de saúde aos adolescentes, é necessário a existência de uma formação contínua sobre a sexualidade, ética moral, deontologia e planeamento familiar, tornando os enfermeiros mais familiarizados com a prestação de cuidados e aconselhamento.

O enfermeiro é um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental da sociedade. Na medida em que o enfermeiro educa, também podemos dizer que socializa. Os enfermeiros pela sua capacidade de compreensão, adaptação aos mais variados contextos socioculturais e pelo seu carácter tido como carinhoso, meigo e simpático, têm a possibilidade de estabelecer relações de grande amizade, confiança e intimidade com pessoas, e assim com as crianças e respectivos pais, podendo abordar temas como a sexualidade.

O profissional de saúde do presente e do futuro é um agente promotor de estilos de vida saudáveis, e por isso deve promover a saúde sexual (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

É no entanto de salientar que alguns profissionais de Enfermagem não sentem total segurança para desenvolver actividades e projectos na área da sexualidade humana. Surge muitas vezes a insegurança face ao que se deve ou não dizer ou fazer, insegurança face às reacções das crianças, dos jovens adolescentes, das famílias e insegurança muitas vezes face aos próprios colegas de trabalho.

Desta forma, é necessário que os profissionais de enfermagem e restante equipe multidisciplinar invistam na formação sexual e adquiram a motivação que lhes permita ultrapassar todos os factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e utilidade da tentativa no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

No campo da sexualidade, podemos dizer que este profissional de saúde pode e deve ter um papel preponderante no aconselhamento aos pais, da forma como devem abordar os seus filhos neste seu papel educativo.

O enfermeiro tem uma presença junto das pessoas que o médico e outros profissionais não têm: aproxima-se em personalidade, tem um cariz mais popular, que qualquer outro profissional de saúde. É uma generalização talvez um pouco abusiva, mas é a imagem tradicional que as pessoas têm sobre este profissional de saúde.

De facto todos nós fazemos educação sexual assim como todos tivemos ou temos uma educação sexual, porque somos seres sexuados e objecto constante de um processo de aprendizagem desde o nascimento até à morte.

Muitos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários sentem-se eventualmente inseguros para desenvolver actividades e projectos na esfera da sexualidade humana, visto não existirem indicações muito claras e oportunidades de formação em educação sexual.

Assim surge não raras vezes insegurança face ao que devem ou não dizer ou fazer, insegurança ainda face a possíveis reacções das crianças dos jovens ou das suas famílias, insegurança muitas

Urge a imperativa necessidade de uma motivação que nos permita ultrapassar estes factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e a utilidade da temática. O trabalho em equipa pode melhorar a preparação das acções e aumentar a autoconfiança pessoal no tratamento destes temas (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

Só dá valor aos outros quem se conhece a si mesmo e aos seus sentimentos, tendo aprendido a descobrir-se, aceitar-se e valorizar-se. Como seres sociais precisamos uns dos outros, implicando tal facto o dever de haver um imenso respeito. Esta será a mensagem que enquanto profissionais de enfermagem nomeadamente dos cuidados de saúde primários, precisamos passar aos jovens.

“Ela (a educação) é o fio-de-prumo de uma vida equilibrada onde a sexualidade tem um lugar essencial. E referimo-nos à sexualidade com a naturalidade de quem fala de afectividade, de quem fala de uma forma inteligente de sentir, de quem fala de partilha, de emoção, de prazer, mas também, e em simultâneo, de responsabilidade e respeito” (Carvalho Teresa, 1999:5).

No que respeita à sexualidade, aos abusos sexuais, a salvaguarda dos direitos de cidadania das crianças e dos adolescentes implica, da parte dos profissionais e serviços de saúde, a prestação de cuidados de qualidade, em estreita colaboração com outros sectores (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

## OBJECTIVOS

Desenvolver e validar para a população de enfermeiros portugueses dos Cuidados de Saúde Primários, o instrumento de medição da perspectiva dos enfermeiros sobre a sexualidade dos adolescentes (Escala da Perspectiva dos Enfermeiros Portugueses dos Cuidados de Saúde Primários Sobre a Sexualidade dos Adolescentes).

## MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia deve ser escolhida mercê dos ob-

tipo de análise que se deseja efectivar (Albarello, Luc *et al.*, 1997).

Trata-se de um estudo de cariz misto (quantitativo com um cunho qualitativo), exploratório, descritivo, analítico e transversal. Este tipo de estudo pretende obter informação acerca do estado actual dos fenómenos, tentando precisar a natureza de uma situação tal como ela existe no momento do estudo. Para Polit e Hungler (1995), os estudos de corte transversal consistem na colheita de dados num período de tempo ou momento particular.

Pesquisas desta natureza têm por objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1995). Neste estudo pretendeu-se, conhecer algumas das características dos profissionais de enfermagem inquiridos, as suas opiniões, atitudes e conhecimentos face à sexualidade do adolescente, bem como procurar identificar o que e, quem contribui para essas atitudes e conhecimentos.

Assim é importante fazer alusão à população em estudo. Dos 2930 questionários enviados para 293 Centros de Saúde do território português, recebemos 1848, o que corresponde a (60,07%) do total enviado, tendo sido rejeitados 113 por não obedecerem aos critérios de inclusão (estarem devida e totalmente preenchidos). Assim a amostra é, composta por 1735 (59,21% dos inquiridos enviados) profissionais de enfermagem que exercem actividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários, de 226 Centros de Saúde das dezoito Sub-Regiões de Saúde do Continente e das duas Secretarias da Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, os dados foram colhidos no período de tempo que media, 25 de Março de 2004 a 25 de Julho de 2005.

Apesar dos dados se referirem exclusivamente ao grupo de sujeitos inquiridos, estamos cientes de poder fazer extrapolação dos resultados para os restantes profissionais de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários que exercem actividade nestes e nos restantes Centros de Saúde que não entraram no estudo.

Dado que as variáveis em estudo envolviam dimensões afectivas de opiniões, atitudes e conhecimentos dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários face à sexualidade dos jovens adoles-

centes, consideramos que o método de recolha de dados mais adequado seria o questionário. As respostas obtidas através do instrumento de recolha de dados, sobre a orientação, a realização e as práticas sexuais devem ser lidas preferencialmente como declarações. Pois embora remetam para orientações, realizações e práticas comportamentais concretas e com elas têm alguma correspondência, devem estas ser tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao que o inquirido espera que seja a resposta profissional, social e politicamente mais correctas.

Reportando-nos ao referencial teórico, pensamos que ficou claro, que a convergência de padrões sexuais está longe de ser absoluta, persistindo ainda, crenças tradicionais sobre o comportamento sexual dos rapazes e das raparigas; o primeiro orientado pelos valores da virilidade e da compulsão sexual enquanto que, a sexualidade feminina continua subordinada a uma lógica de preservação. Deste modo, as respostas dos profissionais de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, do sexo feminino e do sexo masculino, não podem ser desligadas dos estereótipos dominantes sobre o que pensa que deve ser, respectivamente, o comportamento sexual do rapaz e da rapariga.

A sociedade portuguesa parece ser mais culpabilizante e negativa quanto à sexualidade feminina.

A apresentação e análise dos dados é um processo que tem por objectivo resumir as observações que foram realizadas para que forneçam respostas às questões da pesquisa, contudo deve proporcionar um significado mais amplo para essas respostas, relacionando-as com outros conhecimentos disponíveis.

## MÉTODO

O estudo de desenvolvimento e validação da Escala da Perspectiva dos Enfermeiros Portugueses dos Cuidados de Saúde Primários Sobre a Sexualidade dos Adolescentes, iniciou-se a partir do parecer favorável das comissões de ética das respectivas instituições de saúde onde o instrumento foi aplicado, garantindo-se o consentimento, o sigilo, confidencialidade e o anonimato das respectivas respostas.

### Desenvolvimento Teórico

Desenvolveu-se o constructo do questionário com base na recolha bibliográfica sobre a sexualidade dos adolescentes. No entanto, as principais fundações da escala, assentam num trabalho realizado por um dos autores do estudo (Brás Manuel, 2002) que foi um dos primeiros investigadores no estudo da sexualidade dos adolescentes sobre o ponto de vista do enfermeiro português que exerce actividade nos Cuidados de Saúde Primários.

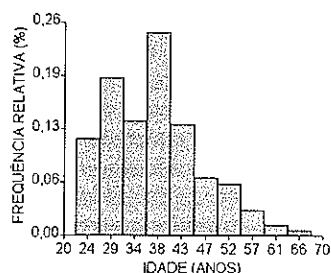
### Instrumento da Recolha de Dados

Desta forma, a versão final da escala é composta por 12 itens (ANEXO 1), que consideramos como uma versão reduzida e suficiente para o estudo do tema. Cada um dos itens, tem cinco possibilidades de resposta, alicerçadas numa escala de Likert, variando de "concordo totalmente" até "discordo totalmente".

### Sujeitos

A idade dos enfermeiros inquiridos varia de um mínimo de 22 anos até um máximo de 68 anos (Gráfico 1), com uma média de 37,3 anos, o que corresponde exactamente aos resultados do estudo de Mestrado realizado por (Brás Manuel, 2002), uma moda de 39 anos e um desvio padrão de 9,2 anos.

Gráfico 1 – Histograma da idade dos enfermeiros



A distribuição das idades apresenta uma configuração assimétrica positiva, significando que a profissão de enfermagem dos cuidados de saúde primários é relativamente jovem.

Pela aplicação de Teste de Aderência do Qui-Quadrado ( $\chi^2 = 202,385$ ; g.l.=9;  $P < 0,001$ ), podemos concluir que a proporção observada das idades dos enfermeiros inquiridos é significativamente diferente da proporção observada pela ordem dos enfermeiros em 2002. Apesar desta diferença, vemos que a estrutura é a mesma, mas desfasada de mais ou menos 5 anos, o que vem dar representatividade à amostra inquirida.

Do estudo segundo as Regiões de Saúde, deduzimos que os enfermeiros subordinados à Região de Saúde do Algarve têm maior média de idades (40,1 anos) e os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e Açores têm menor média de idade (35,1 e 34,1 anos, respectivamente).

Recorrendo ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (KW=84,336; g.l.=19;  $p < 0,001$ ) e (KW=37,651; g.l.=6;  $p < 0,001$ ), para o estudo da idade, podemos concluir que existem diferenças significativas na idade dos enfermeiros respectivamente segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde onde exercem actividade profissional.

Tabela 1 – Tabela de frequências do sexo dos enfermeiros.

SEXO	N	%
Masculino	117	6,7
Feminino	1618	93,3
Total	1735	100

Dos 1735 enfermeiros, a grande maioria (93,3%) é do sexo feminino (Tabela 1), o que vem de encontro às inscrições na ordem dos enfermeiros em Portugal para a população de todos os enfermeiros, Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados, onde os dados a que tivemos acesso nos remetem para números muito próximos dos nossos e quase decalcados dos encontrados por (Brás Manuel, 2002), aquando do seu estudo de Mestrado, que versava sobre a mesma problemática.

A distribuição do sexo dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde, permitiu concluir que as Sub-regiões com maior proporção de enfermeiros do sexo masculino são as Sub-regiões de Saúde do Porto (13,3%) de Faro (11,9%) de Portalegre

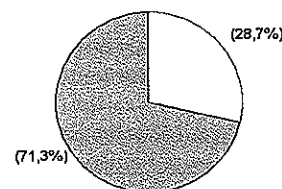
(9,8%), de Bragança (9,5%) e de Castelo Branco (9,1%).

De forma inversa, vimos que Lisboa (98,9%), Viana do Castelo (97,7%), Aveiro (97,0%), Santarém (96,6%) e Beja (95,7%) são as Sub-regiões de Saúde com maior proporção de enfermeiros do sexo feminino.

Comparando o sexo dos enfermeiros tendo em conta a Regiões de Saúde a que pertencem, vimos que as Regiões de Saúde do Algarve e do Norte são as que apresentam maior proporção de enfermeiros do sexo masculino (11,9% e 9,2%, respectivamente), enquanto que a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta maior proporção de enfermeiros do sexo feminino (96,2%).

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ( $\chi^2=35,428$ ; g.l.=19;  $p=0,013^{**}$ ) e ( $\chi^2=16,749$ ; g.l.=6;  $p=0,011^{**}$ ), para o estudo da variável sexo, podemos concluir que o sexo dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde exercem actividade.

Gráfico 2 – Gráfico circular da existência de filhos adolescentes



Pela observação do gráfico 2, vemos que a maioria dos 1735 enfermeiros inquiridos não tem filhos adolescentes (71,3%), o que vem de encontro aos dados do estudo de (Brás Manuel, 2002), onde também (70,5%) dos inquiridos referiram não ter filhos nesta faixa etária, enquanto que (28,7%) referem o contrário, o que também prova a proximidade de números entre os dois estudos já que à época (29,5%) dos profissionais diziam ter filhos nesta fase.

Cruzando a existência de filhos adolescentes com a Sub-região de Saúde, onde os enfermeiros exercem actividade profissional, vemos que nas Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco (29,1%), Coimbra (32,7%), Faro (34,3%), Guarda (34,7%), Leiria (30,4%), Madeira (30,1%), Portalegre (51,2%), Porto (30,6%) e Setúbal (41,7%), existe maior proporção de enfermeiros com filhos adolescentes.

Cruzando a existência de filhos adolescentes por partes dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde onde trabalham, vemos que na Região de Saúde do Centro (30,3%), na Região de Saúde do Alentejo (36,0%), na Região de Saúde do Algarve (34,3%) e na Região de Saúde da Madeira (30,1%), dos inquiridos referem ter filhos nesta faixa etária (em média percentagens superiores à da amostra em estudo).

No entanto, pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ( $\chi^2=12,750$ ; g.l.=6;  $p=0,051$  ns) e ( $\chi^2=48,545$ ; g.l.=19;  $p < 0,001^{***}$ ), para o estudo da variável ter filhos adolescentes, podemos concluir que a existência de filhos adolescentes é significativamente independente das Regiões de Saúde mas não é significativamente independente das Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros exercem actividade profissional.

### FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS ENFERMEIROS PARA LIDAR COM ADOLESCENTES

A maior parte dos enfermeiros inquiridos (78,1%), não possui qualquer formação específica para lidar com adolescentes (Tabela 2), dados bastante próximos dos encontrados por (Brás Manuel, 2002), aquando do estudo de Mestrado que versava sobre a mesma temática, onde também (83,2%) referiam não possuir. Ao invés (21,9%) referem possuir formação, números ligeiramente superiores aos encontrados por um dos autores (Brás Manuel, 2002), que eram à altura de (16,8%). Em nossa opinião e das várias perspectivas que temos sobre a formação que o curso de licenciatura em enfermagem proporciona sobre esta esfera do ciclo

vital, é mínima, o que vem muito provavelmente realçar o pensamento da maioria dos inquiridos. Perante estes dados parece-nos muito significativa a percentagem de profissionais que não possui formação específica para lidar com adolescentes. Ao que não será alheio os conteúdos curriculares do curso de licenciatura em enfermagem e também ao ênfase posto essencialmente na vertente da formação em cuidados essencialmente vocacionados para a prestação de cuidados na área hospitalar.

Tabela 2 – Tabela de frequências da existência de formação específica dos inquiridos para lidar com adolescentes

FORMAÇÃO	N	%
Sim	380	21,9%
Não	1355	78,1%
Total	1735	100%

Dos inquiridos, os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde dos Açores (22,8%), Castelo Branco (32,7%), Coimbra (38,1%), Faro (31,3%), Leiria (24,3%), Porto (24,9%), Santarém (23,6%), Setúbal (53,6%) e Viana do Castelo (30,2%) referem possuir significativamente mais formação específica para lidar com adolescentes que os das restantes Sub-regiões de Saúde.

Discriminando a existência de formação específica por parte dos enfermeiros para lidar com adolescentes tendo em conta as Sub-regiões e Regiões de Saúde e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ( $\chi^2=105,245$ ; g.l.=19;  $p<0,001^{***}$ ) e ( $\chi^2=37,526$ ; g.l.=6;  $p<0,001^{***}$ ), podemos concluir que aquela não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde o enfermeiro trabalha. Tendo os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro (24,4%), Lisboa e Vale do Tejo (28,8%), Algarve (31,3%) e Açores (22,8%) significativamente mais formação específica sobre sexualidade que os oriundos de outras Regiões de Saúde.

Assim analisando os resultados, vemos que os enfermeiros que têm formação específica para lidar

com adolescentes são os enfermeiros com 38-68 anos de idade, com especialização e/ou mestrado, com categoria profissional de especialista ou chefe, que têm filhos adolescentes e têm o hábito e obtiveram informação para lidar com adolescentes.

### FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS ENFERMEIROS SOBRE SEXUALIDADE

Uma substancial maioria dos enfermeiros inquiridos (88,5%), considera não possuir formação específica sobre sexualidade, um número muito próximo foi encontrado no estudo realizado por (Brás Manuel, 2002), com (85,9%), dos inquiridos que também afirmavam não possuir formação específica, já (11,5%) dos inquiridos considera possuir formação específica sobre a temática em apreço, o que também se aproxima dos (14,1%), dos inquiridos por (Brás Manuel, 2002).

Tabela 3 – Tabela de frequências da existência de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos

FORMAÇÃO	N	%
Sim	199	11,5%
Não	1536	88,5%
Total	1735	100%

Pela nossa experiência profissional no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e enquanto coordenador concelhio da Saúde Escolar, constatamos inúmeras vezes a indisponibilidade dos colegas para abordar estes temas com jovens da comunidade escolar, o que nos remete talvez para a não formação dos inquiridos sobre esta temática.

Comparando a existência de formação específica sobre sexualidade por parte dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ( $\chi^2=17,054$ ; g.l.=6;  $p<0,05^*$ ) e ( $\chi^2=54,054$ ; g.l.=19;  $p<0,001^{***}$ ), podemos concluir que aquela não é significativamente independente respecti-

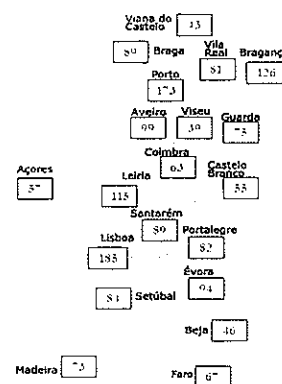
vamente da Região nem da Sub-região de Saúde onde o enfermeiro trabalha. Possuindo os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve (19,4%), Açores (15,8%) e Lisboa e Vale do Tejo (14,5%), significativamente mais formação específica sobre sexualidade.

Tendo os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (15,8%), Braga (12,4%), Castelo Branco (16,4%), Coimbra (20,6%), Faro (19,4%), Lisboa (11,9%), Porto (12,7%), Setúbal (25,0%) e Viana do Castelo (20,9%) referido possuir formação específica sobre sexualidade superior à média nacional (para a população inquirida).

### RESIDÊNCIA DOS ENFERMEIROS

Constatamos que a maioria (54,1%), dos enfermeiros vivem em meio urbano e (45,9%), vivem em meio rural. Ainda segundo o estudo (46,3%), vivem no interior e (46,2%), residem no litoral, mais ainda (4,2%) vivem na Madeira e (3,3%) residem nos Açores. Dos enfermeiros inquiridos (7,5%), residem nas ilhas e (92,5%), no continente (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição geográfica de residência dos enfermeiros inquiridos



fermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Braga, Faro, Guarda, Lisboa, Madeira, Porto, Santarém e Setúbal residem maioritariamente em zonas urbanas; enquanto que os enfermeiros que trabalham nas restantes Sub-regiões de Saúde residem preferencialmente em zonas rurais.

De idêntica forma, vemos que os enfermeiros interligados às Regiões de Saúde do Centro, Alentejo e Açores vivem principalmente em zonas rurais e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Madeira residem preferencialmente em zonas urbanas.

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ( $\chi^2=112,802$ ; g.l.=19;  $p<0,001^{***}$ ) e ( $\chi^2=64,513$ ; g.l.=6;  $p<0,001^{***}$ ), podemos concluir que a ruralidade/urbanidade da zona de residência dos inquiridos não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde exercem actividade.

### A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES, VALIDAÇÃO DA ESCALA (E.P.E. P.C.S.P.S.A.)

Para identificar as opiniões, tendo em consideração a ideia veiculada por Seltitz *et al.*, (1987), de que uma média de respostas em relação a um determinado número de itens é a melhor amostra das verdadeiras opiniões do informante do que a resposta a uma única questão, optámos pela utilização de várias respostas para avaliar as opiniões dos profissionais de enfermagem face à sexualidade dos adolescentes. Tendo em conta a fundamentação teórica, foram criados 12 itens em escala de Likert, como aconselha Mucchielli Roger (1975), pois é um procedimento ou técnica que procura medir a intensidade das opiniões ou as reacções de um indivíduo com referência a um objecto de opinião.

Trata-se de uma escala ordinal com cinco possibilidades de resposta, em que optámos pela posição central ou neutra pois considera-se que desta forma é permitido aos inquiridos o seu posicionamen-

Pelo estudo da associação entre o local de residência e as Sub-regiões de Saúde onde trabalham

## ANÁLISE FACTORIAL

A estrutura relacional das classificações dos 12 itens sobre a perspectiva dos enfermeiros acerca da sexualidade dos adolescentes foi avaliada com base na Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, extraindo os factores com o método das componentes principais e rotando os mesmos com uma rotação *Varimax*. A retenção dos factores foi realizada de acordo com a superioridade dos valores próprios (eigenvalues) em relação a unidade e com base no gráfico de sedimentação. Com o intuito de avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério KMO segundo os critérios de classificação definidos por Maroco (2007), o teste de esfericidade de *Bartlett*, o determinante da matriz de correlações, a medida de adequação da amostra (*Measurement of Sampling Adequacy*).

Em relação ao tamanho da amostra, segundo a opinião de Comrey (1973) podemos dizer que a amostra é excelente (>1000). O índice de adequação da amostra KMO, de *Kaiser-Meyer-Olkin* (1970) é igual a 0,648. Assim segundo *Kaiser* (1974) podemos classificar a AFE como realizável mas razoável. O Teste de Esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2=5597,929$ ;  $gl=66$ ;  $p<0,001$ \*\*\*), permite concluir que existem correlações significativas entre as variáveis iniciais para podermos utilizar a AFE. A mesma conclusão deduziu-se com base no determinante da matriz de correlações, já que o valor é próximo de 0 (0,039). As medidas da adequação da amostra, calculadas para cada item inicial (0,761; 0,605; 0,652; 0,781; 0,798; 0,761; 0,543; 0,544; 0,828; 0,724; 0,749; 0,701) aproximam-se da unidade, indicando que todos os itens são adequados para serem incluídos na AFE.

A realização da análise factorial com rotação *Varimax*, permitiu extrair 4 factores que no seu conjunto explicam 58,746 % da variância dos dados. Desta forma o factor 1 – “Sexualidade Redutora” é composta pelos itens 7, 8 e 9 e explica 22,87% da variância total; o factor 2 – “Sexualidade Alargada” pelos itens 6, 4, 1 e 5, e explica 15,66% da variância total; o factor 3 – “Sexualidade Plural” pelos itens 11, 10 e 12, e explica 11,31% da variância total e o factor 4 – “Sexualidade Afectiva” pelos itens 2 e 3, explica 8,89% da variância total.

Tabela 4 – Análise Factorial da (E.P.E. P.C.S.P.S.A)

Factores	ITENS	Saturação	Valores Próprios	S2(%)	Σ S2(%)
Sexualidade Redutora	Item 7	0,956	2,745	22,872	22,872
	Item 8	0,956			
	Item 9	0,463			
Sexualidade Alargada	Item 6	0,634	1,880	15,664	38,536
	Item 4	0,623			
	Item 1	0,598			
	Item 5	0,480			
Sexualidade Plural	Item 11	0,717	1,357	11,312	49,848
	Item 10	0,705			
	Item 12	0,655			
Sexualidade Afectiva	Item 2	0,836	1,068	8,897	58,746
	Item 3	0,820			

A qualidade do modelo ajustado foi avaliada com base nos resíduos, havendo 48% dos resíduos superiores a 0,05 (valor absoluto), significando que, o modelo factorial tem um bom ajustamento.

## TESTE DA ESCALA E COERÊNCIA INTERNA

O primeiro grupo de testes que efectuamos nos dados começou por um teste aos factores que englobou não só o estudo das distribuições dos vários itens dentro de um mesmo factor e a correspondente dispersão, mas também a análise de relação linear entre os valores de cada item e os do factor de origem (coerência interna), assim como o facto de cada item ser mais bem utilizado para medir um determinado factor do que qualquer outro (validade discriminante).

A coerência interna foi avaliada, determinando as correlações entre cada item e o factor hipotético (Nunnally, 1978), podendo dizer-se que o modelo factorial apresenta uma consistência interna grande, já que aquelas são superiores a 0,40 (Tabela 5).

Tabela 5 – Médias e desvios padrão dos itens e correlações com os factores da (E.P.E.P.C.S.P.S.A)

ITEM	$\bar{x}$	S	F 1	F 2	F 3	F 4
7	4,14	0,98	0,942	-0,139	-0,077	-0,041
8	4,14	0,97	0,940	-0,133	-0,079	-0,056
9	4,76	0,64	0,557	-0,181	-0,034	0,018
6	1,36	0,56	-0,045	0,568	0,125	0,193
4	1,28	0,53	-0,095	0,603	0,202	0,157
1	1,53	0,69	-0,148	0,698	0,254	0,249
5	1,55	0,75	-0,148	0,718	0,154	0,206
11	2,79	1,51	0,007	0,125	0,861	0,044
10	1,67	0,73	-0,165	0,330	0,644	0,169
12	1,26	0,57	-0,097	0,276	0,550	0,049
2	2,38	1,16	-0,003	0,228	0,052	0,882
3	2,10	1,06	-0,065	0,319	0,133	0,856

Observa-se também que as variâncias dos itens em cada factor podem ser comparadas, isto é são muito semelhantes.

A taxa geral de êxito para uma determinada escala é igual ao número de êxitos do factor (correlações superiores a 0,40) dividido pelo número total de testes do factor. Por exemplo, para o primeiro factor (“Sexualidade Redutora”) foram executados três testes, um para cada item.

Tabela 6 – Teste de Coerência Interna da (E.P.E. P.C.S.P.S.A)

Factor	Nº Itens	Amplitude de R (a)	Nº Êxitos / Total	Taxa de Êxitos (%)
F 1	3	0,557–0,942	3 / 3	100%
F 2	4	0,568–0,718	4 / 4	100%
F 3	3	0,550–0,861	3 / 3	100%
F 4	2	0,856–0,882	2 / 2	100%

(a) – Correlações entre os itens e a escala hipotética

Pela observação da tabela 6, vemos que todas as correlações entre cada item e a sua escala excedem o ponto de corte 0,40, obtendo umas taxas gerais de êxito de coerência interna perfeitas (100%).

## TESTES DE FIABILIDADE

Fiabilidade é a medida segundo a qual um instrumento de medição fornece resultados de uma forma consistente e precisa. Para avaliar esta, calculamos a correlação da divisão em metade, partindo-se do pressuposto de que se está a medir um determinada característica, ambas as metades do teste deverão fornecer resultados sensivelmente equivalentes.

Também utilizamos o coeficiente alfa que consiste na média de todas as possíveis fiabilidades de divisão em metade ajustadas para o número de itens. Nunnally (1978) recomenda valores de alpha superiores a 0,70, no entanto, Robinson, Shaver e Wrightsman (1991) sugerem que o coeficiente de alfa pode descer até 0,60.

Tabela 7 – Estimadores de fiabilidade para a Escala (E.P.E.P.C.S.P.S.A)

Factor	Cronbach $\alpha$	Divisão Em Metade
F 1	0,778	0,309
F 2	0,540	0,415
F 3	0,418	0,303
F 4	0,675	0,675
GLOBAL	0,515	0,134

Podemos observar que globalmente (a escala total) a mediana dos coeficientes de fiabilidade nunca chega aos 0,80, estando provavelmente associados ao reduzido número de itens em cada factor, facto esse que reduz significativamente a fiabilidade.

Por outro lado, é necessário referir que a escala serve para medir a perspectiva do enfermeiro português sobre a sexualidade dos adolescentes, no entanto, muitos enfermeiros ao responderem

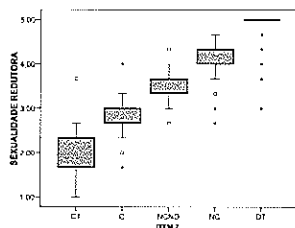
inconscientemente poderiam estar a avaliar a sua sexualidade.

## TESTES DE VALIDADE

Validade é a medida segundo a qual um instrumento de medição mede aquilo que se pretende que meça. Nas ciências da saúde, um dos primeiros testes de validade que normalmente é feito é, o da validade de conteúdo, isto é, a determinação se o instrumento de medição cobre extensivamente o universo dos objectos ou domínio de medição. A distribuição dos principais factores é analisada com um nível de um dos itens previamente fixado.

Pela observação do gráfico 3, podemos observar que conforme aumenta o grau de discordância em relação ao facto de que os “rapazes só devem ter relações sexuais depois do casamento” também aumenta a perspectiva redutora da sexualidade na perspectiva do enfermeiro, como era normal esperar.

Gráfico 3 – Caixa de bigodes da sexualidade redutora segundo a concordância ao item 7



## TESTES DE SENSIBILIDADE

As medidas em saúde, para além de terem de ser fiáveis e válidas, necessitam também de ser sensíveis. E para testarmos isso, fomos ver como é que as várias dimensões medidas pela (E.P.E.P.C.S.P.S.A) se comportavam quando passávamos pelas sub-amostras formadas pela idade, sexo, formação específica sobre sexualidade e formação específica para lidar com adolescentes

Quando analisamos a variável Idade (Tabela 8) verificamos que esta exerce influência sobre os Factores F4 “Sexualidade Afectiva”, isto é quanto maior é a idade dos enfermeiros inquiridos, maior é também a sua discordância relativamente a cada um dos Itens que integram este factor, assim os enfermeiros com menor idade tendem a concordar respectivamente mais com a ligação entre a afectividade e a sexualidade, e com esta e o seu contributo para o bem estar físico e emocional.

Tabela 8 – Comparação dos scores factoriais segundo as classes etárias

Factor	Idade (Anos)	Média das Ordens	Teste de Kruskal-Wallis
F1	22-30	931,1	$\chi^2 = 29,577$ g.l.= 3 p < 0,001 ***
	31-37	876,6	
	38-43	890,9	
	44-68	759,6	
F2	22-30	862,8	$\chi^2 = 5,429$ g.l.= 3 p = 0,143 ns
	31-37	873,8	
	38-43	828,1	
	44-68	907,9	
F3	22-30	865,0	$\chi^2 = 3,925$ g.l.= 3 p = 0,250 ns
	31-37	853,1	
	38-43	848,1	
	44-68	909,9	
F4	22-30	845,3	$\chi^2 = 18,957$ g.l.= 3 p < 0,001 ***
	31-37	852,1	
	38-43	821,8	
	44-68	961,4	

Também constatamos a existência de relação entre a idade e o F1 “Sexualidade Redutora”, assim quanto menor é a idade dos enfermeiros, maior é a sua discordância relativamente a cada um dos itens que compõe esse factor, o que significa que quer no feminino quer no masculino, os enfermeiros inquiridos consideram que as relações sexuais podem acontecer em qualquer altura, mesmo antes do casamento, e que estas devem ser vistas também como forma de carinho, partilha e prazer e não apenas como forma de reprodução.

Relativamente à variável sexo (Tabela 9), os inquiridos femininos discordam mais do F4 “Sexualidade Afectiva”, pois consideram que sexualidade e afectividade, bem como a contribuição da

sexualidade para o bem-estar físico e emocional não têm de andar necessariamente de mãos dadas, o que vem contrariar o opinião de variados autores estudiosos desta temática, pois “durante e a partir da adolescência a sexualidade manifesta-se através de desejos, sonhos e excitações sexuais, pela masturbação e finalmente através das relações sexuais” (Miguel Nuno, 1994:21).

Tabela 9 – Comparação dos scores factoriais segundo o sexo

Factor	Sexo	Média das Ordens	Teste de Mann-Whitney
F1	M	928,1	Z = -1,412 p = 0,158 ns
	F	863,7	
F2	M	926,4	Z = -1,338 p = 0,181 ns
	F	863,8	
F3	M	785,7	Z = -1,864 p = 0,062 ns
	F	874,0	
F4	M	708,3	Z = -3,619 p < 0,001 ***
	F	879,6	

Diferenças na atitude e comportamento sexual nos rapazes e nas raparigas, há variados aspectos em que as atitudes e comportamentos dos rapazes e raparigas são diferentes no tocante à sexualidade. “É evidente que estas diferenças não são exclusivamente relacionadas com o seu cariz biológico que é sabido existir entre homens e mulheres, mas mercê de diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual para rapazes e raparigas, o que leva a gerar nuns e noutros atitudes e comportamentos desajustados” (Miguel Nuno, 1994:25).

Podemos dizer que os factores sociais e culturais fazem com que cada um dos sexos aja de forma diferente relativamente a esta questão; as raparigas são geralmente educadas no sentido de desvalorizarem o Hedonismo e o desejo sexual e até mesmo negando-o. Relativamente aos aspectos afectivos e sentimentais há uma sobrevalorização dos mesmos. Com os rapazes, existem diferenças na sexualidade e na sua vivência uma vez que são vistas como algo que lhes é próprio e é motivo de orgulho. A sua educação é feita no sentido de menosprezarem as manifestações de afectividade, ternura ou exteriorização dos sentimentos (Miguel Nuno,

1994; Vasconcelos Pedro, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Nas raparigas, a primeira relação sexual ocorre geralmente quando estão apaixonadas pelo companheiro e com o qual manteve relações sexuais várias vezes pretendendo um compromisso (Vasconcelos Pedro, 1998).

Quando analisamos a formação específica dos enfermeiros sobre sexualidade (Tabela 10), verificamos que quem não tem formação específica sobre a temática em estudo, discorda mais do F2 “Sexualidade Alargada”, o que na realidade se traduz por; a sexualidade ter pouco a ver com a ternura e o amor, a sexualidade pode não ser vivida de forma responsável, partilhada e em igualdade, bem como o desejo, a troca de carícias e a excitação sexual não serem normais nem fontes de prazer nesta faixa etária.

Tabela 10 – Comparação dos scores factoriais segundo a formação específica dos enfermeiros sobre sexualidade

Factor	Formação Específica	Média das Ordens	Teste de Mann-Whitney
F1	SIM	890,1	Z = -0,695 p = 0,487 ns
	NÃO	865,1	
F2	SIM	800,7	Z = -2,067 p = 0,039 *
	NÃO	876,7	
F3	SIM	821,2	Z = -1,418 p = 0,156 ns
	NÃO	874,1	
F4	SIM	703,2	Z = -4,996 p < 0,001 ***
	NÃO	889,3	

Relativamente ao F4 “Sexualidade Afectiva”, os enfermeiros sem formação sobre sexualidade, também discordam mais da possibilidade da afectividade e bem-estar físico e emocional ter algo a ver com a sexualidade na adolescência.

Tabela 11 – Comparação dos scores factoriais segundo a formação específica dos enfermeiros para lidar com adolescentes

Factor	Formação Específica	Média das Ordens	Teste de Mann-Whitney
F1	SIM	895,4	Z = -1,267 p = 0,205 ns
	NÃO	860,3	
F2	SIM	800,9	Z = -2,067 p = 0,039 *
	NÃO	876,7	
F3	SIM	821,2	Z = -1,418 p = 0,156 ns
	NÃO	874,1	
F4	SIM	703,2	Z = -4,996 p < 0,001 ***
	NÃO	889,3	

F3	SIM	821,3	Z = -2,084 p = 0,037 *
	NÃO	881,1	
F4	SIM	760,2	Z = -4,809 p < 0,001 ***
	NÃO	898,2	

No que concerne à formação específica dos enfermeiros para lidar com adolescentes (Tabela 11), concluímos que quem assume ter formação neste âmbito, concorda mais com o F2 "Sexualidade Alargada", isto traduz a opinião de que a sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor, vida de forma responsável, partilhada e em igualdade, o desejo a excitação e a troca de carícias são importantes fontes de prazer na adolescência. Relativamente a F3 "Sexualidade Plural", a opinião sobre a aceitação face às expressões e orientações sexuais diferentes, as relações sexuais não devem ser entendidas como forma de dominação de um sexo por outro e ainda, a informação sexual deve contribuir para a tomada de decisões conscientes e livres. No tocante a F4 "Sexualidade Afectiva", impõe-se a ideia de que a afectividade, o bem-estar físico e emocional devem estar presente no âmbito da sexualidade na adolescência.

Quando analisamos a variável existência de filhos adolescentes por parte dos enfermeiros que compõe a amostra, concluímos que quem diz ter filhos nesta faixa etária, concorda mais com o F1 "Sexualidade Redutora", isto significa que estes profissionais de enfermagem, consideram que devem ser entendidas como uma forma de recusa de dominação entre os sexos, e que se deve sem discriminações, aceitar a diversidade de orientação e do desejo sexual, a sua opinião sugere ainda que a informação sexual deverá contribuir para que os jovens aumentem a capacidade de tomar decisões tendo a possibilidade de recusar comportamentos indesejados.

## CONCLUSÃO

Face aos resultados obtidos pensamos ser, necessário que os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, invistam mais na

formação sexual e adquiram a motivação que lhes permita ultrapassar todos os factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e utilidade da tentativa no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

Muitos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários sentem-se eventualmente inseguros para desenvolver actividades e projectos na esfera da sexualidade humana, visto não existirem indicações muito claras e oportunidades de formação em educação sexual.

Assim parece surgir, não raras vezes insegurança face ao que devem ou não dizer ou fazer, insegurança ainda face a possíveis reacções das crianças, dos jovens ou das suas famílias, insegurança muitas vezes face aos próprios colegas.

Urge a imperativa necessidade de uma motivação que nos permita ultrapassar estes factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e a utilidade da temática. O trabalho em equipa pode melhorar a preparação das acções e aumentar a autoconfiança pessoal no tratamento destes temas (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

"Pensamos ainda que a educação é o fio-de-prumo de uma vida equilibrada onde a sexualidade tem lugar principal. E referimo-nos à sexualidade com a naturalidade de quem fala de afectividade, de quem fala de uma forma inteligente de sentir, de quem fala de partilha, de emoção, de prazer, mas também, e em simultâneo, de responsabilidade e respeito" (Carvalho Teresa, 1999:5).

Perante estes dados parece-nos muito significativa a percentagem de profissionais que não possui formação específica para lidar com adolescentes.

Assim analisando os resultados, vemos que os enfermeiros que têm formação específica para lidar com adolescentes são os enfermeiros com 38 a 68 anos de idade, com especialização e/ou mestrado, com categoria profissional de especialista ou chefe, que têm filhos adolescentes e que possuem informação para lidar com adolescentes, para além da experiência.

Uma substancial maioria dos enfermeiros inquiridos (88,5%), considera não possuir formação específica sobre sexualidade.

Os resultados obtidos para a confiabilidade, por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha=0,52$ ), e validades de conteúdo, simultânea e de construído, demonstram boa consistência interna. Desta forma, este estudo coloca ao dispor dos investigadores, uma ferramenta acerca da perspectiva dos enfermeiros portugueses dos cuidados de saúde primários sobre a sexualidade dos adolescentes.

## BIBLIOGRAFIA

- ALBARELLO, Luc et al., (1997) – Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. 1.ª ed. Lisboa. Publicações Grádiva L.da.
- ALLEN, Gomes (2007) – Disfunção Eréctil. Centro de Saúde, 24 de Julho, 21 horas. RTP1
- ALLEN, Gomes (2007) – Saúde Sexual das Mulheres em Portugal. Centro de Saúde, 17 de Julho, 21 horas. RTP1
- BRÁS, Manuel A. M. (2002) – Razão e Emoção a Sexualidade do Adolescente a Perspectiva do Profissional de Enfermagem. Porto. ICBAS. Universidade do Porto.
- CARVALHO, Paula Torres (1999) – A Sexualidade Infantil. Revista Pais & Filhos. 105; 64-66.
- COMREY, A.L. (1973) – A first course in factor analysis. New York: Academic Press.
- GIL, António Carlos (1995) – Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4.ª Edição. São Paulo. Publicações Atlas.
- GRANDE, Nuno (1999) – Apontamentos obtidos nas aulas de Ética. Porto. VII curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS.
- KAISER, H.F. (1970) – A second-generation little Jiffy. Psychometrika, 35:401-415.
- MACPHERSON, Ann (2001) – Sexualidade e Adolescência. UPDATE, Planeamento Familiar (Fevereiro), pg: 26-27.

MAROCO, João (2007) – Análise Estatística. Lisboa. Edições Sílabo.

MARQUES, A. M. (2000) – Educação Sexual em Meios Escolares – Linhas Orientadoras. Ministério da Educação. Lisboa.

MARQUES, A. M.; DUARTE, Célia; FRADE, Alice; (2000) – Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores. Lisboa. Texto Editora.

MIGUEL, N. Silva (1994) – Os Jovens e a Sexualidade. 6.ª Edição. Lisboa. Ministério da Emprego e Segurança Social. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

MOORE, Thomas (1999) – A Alma Do Sexo, Cultivando a Vida Como Um Acto de Amor. Lisboa. Planeta Editora.

MUCCEHELLI, Roger (1975) – O Questionário na Pesquisa Psicossocial. S. Paulo. Livraria Martins Fontes Editora Lda.

NUNNALLY, J. (1978) – Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.

PARRA, Rodrigues; BAQUERO, Carbelo (1999) – Educação para a saúde. Revista ROL de Enfermagem. 22; 7-8. Madrid.

POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernadette, P. (1995) – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 31ª Edição. Porto Alegre. Artes Médicas.

PRAZERES, Vasco (1998) – Saúde dos Adolescentes Princípios Orientadores. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.

ROBINSON, Shaver e Wrightsman (1991) – Criteria for scale selection and evaluation. (1991) - San Diego, CA: Academic Press), 1-15

SÁ, Eduardo (2007) – Livro de Reclamações. Programa apresentado na SIC, 2.ª feira durante o Jornal da Noite.

SAMPAIO, Daniel (2006) – Lavar o Mar. 1.ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.

VASCONCELOS, Pedro (1998) – Práticas e Discursos da Conjugalidade e da Sexualidade dos Jovens Portugueses. In: Jovens portugueses de Hoje: Resultados do Inquérito de 1997. Oliveira. Celta Editora (Estudos Sobre Juventude), pg: 215 – 305.

## ANEXO 1

## ESCALA DA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SOBRE SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES (E.P.E.P.C.S.P.S.A)

**Instruções:** As seguintes frases expressam o que os enfermeiros portugueses dos cuidados de saúde primários pensam sobre a sexualidade dos adolescentes. Coloque um círculo num dos números que estão em frente de cada afirmação, dando a sua opinião, de acordo com os seguintes critérios:

- 1 = Concordo totalmente  
2 = Concordo  
3 = Nem concordo, nem discordo  
4 = Discordo  
5 = Discordo totalmente

Não existem respostas erradas ou correctas, o importante é a sua opinião.  
Por favor responda a todas a questões de forma espontânea.

1 - A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
2 - A afectividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
3 - A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem-estar físico e emocional.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
4 - A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
5 - O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
6 - As trocas de carícias são importantes fontes de prazer nos adolescentes.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
7 - Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
8 - As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
9 - As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
10 - As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro.	1 — 2 — 3 — 4 — 5
11 - A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as).	1 — 2 — 3 — 4 — 5
12 - A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados.	1 — 2 — 3 — 4 — 5

## ACIDENTES DE TRABALHO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO DISTRITO DE BRAGANÇA

Matilde Delmina da Silva Martins<sup>(1)</sup>

## Resumo

O tipo de actividade profissional e as condições em que é desempenhada constituem factores determinantes do risco para a saúde dos trabalhadores. As últimas estatísticas do DRHS sobre acidentes de trabalho nas instituições de saúde, apontam para um aumento da incidência de acidentes e, conseqüentemente, para o aumento do absentismo laboral e dos encargos que lhe são inerentes.

Com o objectivo de obter elementos necessários a uma correcta análise dos acidentes de trabalho nas instituições de saúde do distrito de Bragança, no período de 1996 a 2001, nomeadamente identificação das características do acidentado e do próprio acidente, desenhamos um estudo retrospectivo, a partir da análise dos registos dos inquéritos sobre acidentes de trabalho do DRHS, referente a 223 trabalhadores.

Os resultados revelaram um aumento progressivo da incidência dos acidentes de trabalho. O grupo profissional responsável pelo maior número de acidentes foi o dos enfermeiros (45,3%), o grupo etário mais acidentado foi entre os 45-49 anos, relativamente ao tempo de serviço, o maior número de acidentes aconteceu em pessoas com mais de 10 anos de serviço (64,12%), e a principal causa de acidente foi a picada de agulha (36,3%). Os factores que contribuíram significativamente ( $p < 0,000$ ) para acidente com baixa, influenciando a média de dias perdidos, foram a idade superior a 45 anos, o baixo nível habilitacional, o desempenhar tarefa em horário fixo, os acidentes por quedas e as lesões músculo-esqueléticas.

Os *Odds Ratios* e respectivos IC a 95% demonstraram que os trabalhadores com lesões músculo-esqueléticas apresentam um risco maior de ter acidente com baixa (OR=18,113; IC=7,786-42,135). O possuir habilitações superiores ao 12º ano e o praticar horário por turnos revelaram-se factores protectores (OR=0,325 e OR=0,451 respectivamente).

**Palavras-chave:** Acidentes de trabalho, Riscos profissionais, Saúde ocupacional

## Abstract

*Work Accidents In health Institutions of Bragança District*

*The activity professional type and the conditions under which it is workers health. The latest DRHS statistics on performed constitute two factors that determine the hazards of work-related accidents in institutions of health points towards an increase in number of accidents, and subsequently an increase work absenteeism and duties inherent to it.*

*Having as goal the gathering of necessary data in order to establish a correct analysis of work-related accidents in the institutions of health in the district of Bragança from 1996 to 2001, namely the characteristics not only of the victim but the accident itself, we drew a retrospective study, having as basis the data of inquiries recorded by the DRHS about work-related accidents, concerned with 223 workers sample.*

*The results showed a progressive increase in number of work-related accidents. The professional group responsible for the highest number of work-related accidents is nursing (45,3%), the age group relies between 45-49 years old, with more than 10 years of experience (64,12%), and the principal cause is pricked by needles (36,3%).*