



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutor Mário Martins
Prof. António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

**(ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA,
ESCOLA SECUNDARIA SÃO LOURENÇO E ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE)**

Nuno Filipe Estorninho Carrajola nº7205

SETEMBRO

2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutor Mário Martins
Prof. António Reis do Arco

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE:
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

**(ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA, ESCOLA SECUNDARIA SÃO LOURENÇO E
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE)**

Nuno Carrajola

SETEMBRO 2012

***“É COM BASE NUMA INTERAÇÃO ENTRE O PLANEAMENTO E A EXECUÇÃO QUE SURGEM OS PROJECTOS
NO DIA-A-DIA”***

ANTONIO TAVARES

RESUMO

O presente Relatório está contextualizado no plano curricular de estágio do 1º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011.

O estágio foi dividido em duas áreas de intervenção comunitárias distintas: a primeira na área da educação sexual na adolescência que se realizou na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço, surgindo como resposta a um projeto trabalho conjunto entre esta escola e a Escola Superior de Saúde de Portalegre, onde foi realizado por nós um diagnóstico de situação.

A segunda intervenção surge na área da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, que visou facilitar as escolhas da vida profissional através da promoção da imagem da escola e do conhecimento da oferta formativa nela existente junto dos alunos do 9º e 12º anos do concelho de Portalegre e na informação para o desenvolvimento e promoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos jovens e ainda a demonstração da execução do suporte básico de vida.

A população alvo de intervenção foram os alunos do 8º, 9º 10º, entre os 13 e os 22 anos, num total de 693 jovens.

Os objetivos do estágio foram: adquirir competências tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde desta comunidade; bem como: Contribuir para o processo de capacitação desta comunidade. Conhecer os comportamentos e os estilos de vida dos adolescentes, integrados no sistema educativo.

Em relação ao relatório de estágio o principal objetivo foi: encontrar respostas honestas e proceder a uma auto-avaliação construtiva e de aprendizagem pessoal (Soares et al 1997: 36).

Palavras-chave: Adolescência, educação sexual, promoção, hábitos de vida saudáveis.

ABSTRACT

The following report is contextualized in the training curricular plan of the first Master's in Nursing at Escola de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (Health Superior School of Portalegre – Polytechnic Institute of Portalegre), in the Specializing Area of Community Nursing, that took place between the 14th February and 30th June 2011.

The training period was divided in two distinctive community intervention areas: the first one, in the sexual education area during adolescence that took place at Mouzinho da Silveira Secondary School and São Lourenço Secondary School, as an answer to a cooperative work project between this school and Escola Superior de Saúde de Portalegre (Health Superior School of Portalegre), where a situation diagnosis was done.

The second intervention emerged in the image promotion area of Health Superior School of Portalegre, that aimed at making easier the career life choices through the promotion of the school's image and the knowledge of the formative supplies it offers near the 9th and 12th grade students from Portalegre's council and the information for development and promotion of healthy life styles of young people and also the demonstration of the execution of basic life support.

The target population of the intervention were the 8th, 9th and 10th grade students, between the ages of 13 and 22, making a total of 693 youngsters.

The aims of the training period were to acquire skills based on a health planning methodology, on an evaluation of the health state of this community. To contribute to the capacitance process of this community. To know the behaviors and life styles of teenagers, included in the educational system.

Regarding the training report the main objective was to find honest answers and proceed on a constructive self evaluation and of personal learning (Soares et al 1997:36).

Key words: adolescence, sexual education, promotion, health life styles.

Abreviaturas e símbolos

CEF – Curso Educação e Formação

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

ESSLP – Escola Secundária são Lourenço Portalegre

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

N – Frequência Absoluta

OMS – Organização Mundial saúde

SBV – Suporte Básico de Vida

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

f

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUÇÃO	8
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	18
2 - PROMOÇÃO DA SAUDE	21
2.1 - EDUCAÇÃO PARA A SAUDE	22
2.2 - HABITOS DE VIDA SAUAVEIS	23
2.3 - SUPORTE BASICO DE VIDA.....	25
3 – ADOLESCENCIA.....	27
3.1 – TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NA ADOLESCENCIA	30
3.2 – CONCEITO DE SEXUALIDADE HUMANA.....	32
3.3 – CONCEITO DE EDUCAÇÃO SEXUAL	33
4 – TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE BANDURA	39
5 – ENFERMAGEM E ENFERMEIRO EM SAÚDE COMUNITÁRIA	44
CAPITULO II – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS ESTÁGIO	47
1 - ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE PORTALEGRE	47
2 - ESCOLA SECUNDARIA DE SÃO LOURENÇO	49
3 - ESCOLA SECUNDARIA MOUZINHO DA SILVEIRA	51

CAPITULO III – DESCRIÇÃO E ANALISE CRITICA DAS INTERVENÇÕES DO ESTAGIO

1 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA.....	53
1.1– FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS	54
1.2 - SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS	56
1.3 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS	57
1.4 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	58
1.4.1 - PLANEAMENTO DAS SESSOES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCENCIA	59
1.4.2 - TECNICAS PEDAGOGICAS E METODOLOGIAS UTILIZADAS.....	60
1.4.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS SESSOES	61
1.4.4 - PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES REALIZADAS	61
1.5 - EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES	62
1.6 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	64
2 - PROMOÇÃO DA ESCOLA SUPERIOR SAUDE PORTALEGRE E PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUVAEIS NOS ADOLESCENTES	70
2.1- DIAGNOSTICO SITUAÇÃO.....	70
2.2- FIXAÇÃO OBJECTIVOS.....	71
2.3- SELEÇÃO ESTRATEGIAS	73
2.4- ELABORAÇÃO PROGRAMAS E PROJECTOS.....	74
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	74
2.6- EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES	76
2.7- AVALIAÇÃO.....	78

CAPITULO IV – ANALISE CRITICA/CONCLUSÃO

1- DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO/CONCLUSÃO	85
2 - BIBLIOGRAFIA	90

ANEXOS

ANEXO I – FILME – “ A VIDA CORTADA POR UMA ESCOLHA”

ANEXO II – REPORTAGEM LOCAL TELEVISÃO NO DIA 27/04/2011

ANEXO III – REPORTAGEM RTP NO DIA 28/04/2011

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJECTO DE ESTÁGIO DE GRUPO

APÊNDICE II – PROJECTO INDIVIDUAL ESTAGIO

APÊNDICE III – CRONOGRAMA DO TEMPO EM QUE CADA ACTIVIDADE FOI DESENVOLVIDA

APÊNDICE IV – MAPA DE CALENDARIZAÇÃO DAS SESSÕES PELAS TURMAS DURANTE A SEMANA

APÊNDICE V – MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DOS MESTRANDOS PELAS SESSÕES

APÊNDICE VI – PLANO DE SESSÃO PARA 8º/9º ANOS

APÊNDICE VII – PLANO SESSÃO PARA O 10º ANO

APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO EM POWER POINT PARA O 8º/9º ANOS E CEF

APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO EM POWER POINT PARA O 10º ANO

APÊNDICE X – FILME SOBRE “PAPEIS SOCIAIS” AOS ALUNOS DOS 8º/9º ANOS

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO - SEX.ADOLESCÊNCIA

APÊNDICE XII – MAPA DE DIVISÃO DAS TURMAS PELOS DIAS DE ACTIVIDADES

APÊNDICE XIII – MAPA DE ROTAÇÃO DOS MESTRANDOS PELAS ACTIVIDADES

APÊNDICE XIV – PROGRAMA DE ACTIVIDADES

APÊNDICE XV – APRESENTAÇÃO EM POWER POINT SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

APÊNDICE XVI – FILME SOBRE “HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

APÊNDICE XVII – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROMOÇÃO DA ESCOLA

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o sexo

QUADRO 2 – Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e sexo

QUADRO 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

QUADRO 4 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o desempenho dos mestrandos

QUADRO 5 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante os temas abordados, métodos e técnicas pedagógicas

QUADRO 6 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as sessões

QUADRO 7 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o sexo

QUADRO 8 – Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e sexo

QUADRO 9 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

QUADRO 10 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o desempenho dos mestrandos

QUADRO 11 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante os temas abordados, métodos e técnicas pedagógicas

QUADRO 12 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as actividades

INTRODUÇÃO

O presente Relatório está contextualizado no plano curricular de estágio do 1º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011.

Realizamos o estágio em duas áreas de intervenção comunitárias distintas: a primeira na área da educação sexual na adolescência que se realizou na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço. A intervenção na primeira escola referida anteriormente, surge como resposta a um projecto trabalho conjunto entre esta escola e a Escola Superior de Saúde de Portalegre, onde foi realizado por nós um diagnóstico de situação.

Em relação à segunda escola, a nossa intervenção deveu-se ao facto de uma solicitação por parte de um professor da mesma, após a aplicação de questionários pelo próprio aos alunos e que foi ao encontro das conclusões por nós alcançadas após o diagnóstico de situação realizado na escola Mouzinho da Silveira. Pelo que consideramos de extrema importância e pertinência aceitar a solicitação supracitada.

A segunda intervenção surge na área da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, após um repto lançado por um dos professores responsáveis pelo estágio, que visou facilitar as escolhas da vida profissional através da promoção da imagem da escola e do conhecimento da oferta formativa nela existente junto dos alunos do 9º e 12º anos do concelho de Portalegre e na informação para o desenvolvimento e promoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos jovens e ainda a demonstração da execução do suporte básico de vida.

Ao realizar o estágio individual e como futuro enfermeiro especialista e de acordo com o preconizado pela ordem dos enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, tive como principais objetivos: adquirir competências tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde desta comunidade; bem como: Contribuir para o processo de capacitação desta comunidade.

Conhecer os comportamentos e os estilos de vida dos adolescentes, integrados no sistema educativo, é a meu ver, condição determinante para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas.

A escola deixou de ser apenas o espaço de instrução e da socialização para ter que se ocupar também da educação em sentido amplo. Entre as diversas vertentes, a educação para a saúde ocupa um papel determinante. Se considerarmos que, a saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança possui, para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem estar, cabe sem dúvida aos sistemas educativos, bem como a outras instituições presentes na comunidade, perante o conhecimento rigoroso das características e dimensão dos problemas de saúde, condicionados pelos comportamentos, para eles construir respostas preventivas que são parte integrante da formação global do cidadão.

O Dictionaire Encyclopedique de l'Éducation (1994), Nathan Paris, define prevenção desta forma, (...) "É de educação que se trata, do desenvolvimento harmonioso e dinâmico de cada humano, do conjunto das suas potencialidades (afectivas, morais, intelectuais, físicas e espirituais)" (...) transformação positiva, dinâmica e contínua de pessoa.

O presente Relatório, refere-se ao trabalho desenvolvido ao longo deste estágio. Considero a sua elaboração essencial, pois permite efectuar uma reflexão, análise crítica e auto-avaliação do desempenho profissional e pessoal no decurso da sua implementação, para a qual, as competências adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nas diversas Unidades Curriculares, tiveram um papel primordial para a concretização dos objetivos definidos. Considero assim, ser este o principal objectivo na realização deste Relatório: encontrar respostas honestas e proceder a uma auto-avaliação construtiva e de aprendizagem pessoal (Soares et al 1997: 36).

Neste contexto o presente relatório surge como, uma forma de comunicarmos o nosso desempenho de forma livre, descritiva, crítica e construtiva. (...) é também um momento de análise retrospectiva e de reflexão do trabalho realizado (...) o qual nos conduz inevitavelmente ao estabelecimento de novas propostas, novas metas de trabalho, para uma melhoria da satisfação e realização profissionais (Soares et al, 1997: 37).

O comportamento sexual dos jovens pode ter implicações consideráveis na sua saúde, como o demonstram as estatísticas da gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis. Em Portugal, a taxa de maternidade precoce (antes dos 20 anos) é ainda significativa, ocupando o segundo lugar nas estatísticas europeias.

Por outro lado, apesar do uso dos métodos contraceptivos terem aumentado, a sua utilização é inconsciente e incorrecta (Vicente, 2004), devido sobretudo à deficiente informação dos jovens, mas também porque continua a subsistir representações individuais e sociais relativas à sexualidade, contracepção e procriação que impedem a utilização dos contraceptivos (Almeida, 2004 cit. in Vicente, 2004).

As primeiras experiências sexuais em idades cada vez mais precoces associadas ao primeiro relacionamento longo e estável em idade cada vez mais tardia, alargou o período de relações sexuais instáveis e aumentou a proliferação das infecções sexualmente transmissíveis.

A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável requer uma intervenção urgente e eficaz.

Falar de sexualidade é falar de uma realidade complexa que “não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou uma quantas palavras” (López e Fuertes, 1999). Para estes mesmos autores, estamos perante uma realidade “que tantos nos motiva e condiciona, que pode impedir de dormir o adolescente, transformar a vida do enamorado, levar o adulto a fazer uma loucura, encher os cartazes dos cinemas...”

Efectivamente, vida sexual humana constitui-se num paradigma complexo e não foi Freud o descobridor da importância dela. Foi o próprio homem no desenvolvimento da sua existência familiar e social que percebeu o papel vital da sexualidade, como espaço e “fonte de alegrias, conflitos, tristezas, esperanças” (Soares, 1985).

A Organização Mundial da Saúde define a Sexualidade Humana como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade et al,2003).

A sexualidade humana é, sem dúvida, uma realidade que nos envolve no nosso quotidiano, que nos projecta como um impulso, quer para o amor, quer para a violência. Ela faz parte integrante do ser humano ao longo da sua existência.

A Educação para a Sexualidade engloba, na opinião de (Cortesão et al ,1989), “não só a informação sexual, mas a discussão de valores do domínio sócio-afectivo que vão emergindo no processo de socialização que se faz através da família, da escola e de toda a envolvente social, valores que são veiculados de forma explícita ou implícita desde o nascimento”.

Desta forma a sexualidade aparece como um dos “núcleos estruturantes da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa” (CEP, 2005).

Ela integra “componentes sensoriais e emotivo-afectivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais”, adquirindo o verdadeiro sentido no “contexto de um projecto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro” (Dias et al, 2002). Ela deve ser, na opinião de Bastos (2003), “parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, bem como do processo educativo, já que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico, mas também no psicológico e espiritual, marcando toda a sua inerente expressão.”

Optou-se pela temática sexualidade na adolescência porque esta, constitui um desafio, uma vez que reflectir sobre esta esfera do conhecimento é quase como apostar numa corrida contra o tempo, principalmente se tivermos consciência das rápidas transformações das vivências, dos conceitos e dos discursos que se prendem, quer com a sexualidade quer com a adolescência” (Almeida, 1996:19)

Esta temática tem todo o interesse na nossa área de especialização, uma vez que a Educação Sexual é uma componente essencial na Educação e Promoção da Saúde. Nesta área, é prioritário promover a Saúde Sexual e Reprodutiva, fundamentalmente nos adolescentes e populações caracteristicamente vulneráveis, e proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da saúde sexual e reprodutiva que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade (Linhas Orientadoras em Educação Sexual, 2000).

A escola, enquanto espaço de grande importância na socialização tem um papel vasto na socialização sexual das crianças e dos jovens. Contudo, também as famílias, os media e os pares participam neste processo educativo e cada qual tem o seu papel, as suas potencialidades e as suas limitações.

Por outro lado, as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas.

Têm, como etiologia comum, um conjunto de factores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no

que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva.

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física e a má gestão do stress estão hoje claramente identificados como sendo os principais factores implicados na origem daquelas doenças

Nesta medida, “intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas..”(Direção Geral de Saúde: 2003).

Mais recentemente, e tendo presente que os factores determinantes da saúde decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de factores ambientais, económicos, sociais e culturais, têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, com particular destaque para as escolas, os locais de trabalho e as cidades, e predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde.

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010). Este é um processo que inclui várias etapas, tem início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objectivos, e identificar actividades de intervenção que permitirão atingir os objectivos” (Stanhope & Lancaster 1999: 324).

No estágio foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, que nos “permite escolher a melhor solução para alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos” (Imperatori & Giraldes 1992), sendo a metodologia utilizada ainda também reflexiva, descritiva e analítica, encontrando-se este estruturado por capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento teórico que se pretende que seja pertinente, servindo de suporte científico; pelo Planeamento em saúde e as respectivas etapas, pelos aspectos conceptuais da área da promoção da saúde e adolescência. Num segundo capítulo faço a caracterização dos locais de estágio. No terceiro capítulo abordo a intervenção Comunitária na área da promoção da imagem

da ESSP, das sessões de educação para a saúde (hábitos de vida saudáveis e suporte básico de vida), tendo por base a metodologia do planeamento em saúde. Abordo ainda, a intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre,. Mantendo a metodologia do planeamento em saúde, com análise das estratégias e actividades desenvolvidas, tratamento e análise de dados e por fim a reflexão crítica em cada uma das intervenções.

Num quarto capítulo, surge a análise crítica, enquadrando as competências adquiridas enquanto futuro enfermeiro especialista em enfermagem comunitária com conclusão do relatório, encerrando o mesmo com as referências bibliográficas.

Penso ser esta a forma mais estruturada e objectiva de organizar o Relatório de modo a permitir a sua fácil leitura e compreensão, pois de acordo com (Soares et al. 1997: 37) o mesmo “deverá ter uma estrutura simples, que permitirá a quem o elabora e a quem o aprecia, a apresentação e o conhecimento sequencial e lógico dos dados referidos”.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Uma vez que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001: 8).

Assim sendo, ajudar os adolescentes e os jovens a evitar a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST), exige actividades educacionais especiais que promovam atitudes responsáveis e um comportamento sexual mais saudável, um maior acesso a serviços de saúde reprodutiva acolhedores para jovens, formação e preparação para a vida activa e acção destinada a promover os direitos reprodutivos dos adolescentes.

Se a escola e o sistema educativo assumirem a integração das questões relativas à sexualidade humana, transmitir-se-ão diversas mensagens importantes e positivas para as crianças, para os jovens e para outros agentes de socialização, especificamente a ideia de que a sexualidade faz parte da vida e até da vida escolar, nomeadamente das preocupações educativas e não deve ser uma dimensão ocultada e obscura; a ideia de que a sexualidade em si é uma componente positiva da condição humana e que, tal como todas as outras esfera da condição humana, pode ser conhecida e abordada no contexto escolar (Zapiain, 2002 cit. in Vilar, 2005).

A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, veio estabelecer o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação, declarando “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação

para a saúde”. Cujas intervenções devem de ser de acordo com as seguintes finalidades da educação sexual:

- a) A valorização da sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afectivo–sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis;
- e) A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;
- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.

Ao elaborar o projecto de estágio individual e como futuro Enfermeiro especialista, de acordo com o preconizado pela ordem dos enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, pretendo adquirir competências tendo por base: A metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde desta comunidade; e Contribuir para o processo de capacitação desta comunidade.

No âmbito da realização do estágio surgiu a necessidade de me sustentar com uma teoria social, que irei abordar mais à frente de forma mais aprofundada.

Assim, baseei-me na teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, uma vez que esta teoria, enquadrando-se no âmbito da promoção da saúde, é uma das teorias sociais que vai ao encontro dos objetivos previamente definidos no estágio (Contribuir para o processo de capacitação desta comunidade), nomeadamente no que concerne à alteração de comportamentos e hábitos considerados de risco.

Desta forma, uma das vertentes abordadas foi a promoção da saúde, em que foram realizadas várias ações de educação para a saúde na ESSP, nomeadamente a

avaliação do índice de massa corporal, avaliação de tensão arterial, e visualização de filmes com a temática de hábitos de vida saudáveis.

Promoção da saúde, segundo a carta de Otawa (1986) é “um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a saúde e melhorá-la”. Uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social económico e pessoal, e uma dimensão importante da qualidade de vida, segundo a mesma carta .

Assim, promover a saúde significa, a um nível não só individual mas sistémico, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa não apenas a prevenção das doenças mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

Promover a saúde tem a ver com a acessibilidade a estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco de doença. Uma vez mais esta medida tem tradução tanto no indivíduo como no sistema político e organização social das comunidades.

Promover a saúde tem a ver com medidas no dia a dia, medidas essas que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social. Este facto é sobretudo importante na adolescência, onde por vezes a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como “cinzenta, aborrecida, desprestigiante e desinteressante”, ao passo que os consumos e as velocidades, por exemplo, e em geral “transgredir”, não usar cinto de segurança, envolver-se em lutas, não usar capacete, são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam estas escolhas. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e responsabilização individual sobre a sua saúde e a saúde da comunidade.

Os jovens são o futuro da Humanidade, e a “herança” que os adultos lhes deixarem será determinante.

Liberdade, tolerância, compreensão de si e dos outros, capacidade para agir em diferentes momentos e situações – no grupo de amigos, nos tempos livres, na escola/trabalho, na família – são valores de que os jovens se virão um dia a orgulhar.

Mas a promoção da saúde não depende só do sector da saúde e necessita da participação activa de outras estruturas da comunidade. É uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós e nos diferentes contextos ambientais que nos rodeiam.

É um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa contribuir para a capacitação e o desenvolvimento de recursos individuais e colectivos no sentido da obtenção de melhores níveis de bem estar e qualidade de vida.

Só através de processos que assentem na valorização das pessoas e na criação de condições que lhes permitam desenvolver todo o seu potencial de saúde e humano, será possível vir a formar novas gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar os desafios do futuro.

A experiência dos indivíduos e factores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem que estes desenvolvam comportamentos de risco ou, por outro lado, actuam como factores de protecção. Assim reforçar nos indivíduos escolhas saudáveis em termos de estilo de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico.

(Green, 1986) tenta isolar factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde, passíveis de serem modificados por intervenções pedagógicas: factores predisponentes relacionados com o indivíduo, o seu sistema de valores, crenças e motivações, factores relacionados com as competências e conhecimentos individuais, e factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo). Green defende, que a utilização de estratégias centradas nestes três factores potencia o sucesso de intervenções educativas.

(Mendoza e Sagrera, 1990) falam de estilo de vida como um conjunto de padrões de comportamento que definem a maneira comum de viver de um indivíduo num grupo. Tem a ver com o modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização e as condições de vida nesse mesmo grupo.

Os estilos de vida estão pois ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1985).

Não há um mas vários tipos de estilos de vida “saudáveis”, esta variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais.

1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação. Assim, é essencial ter sempre em conta as prioridades estabelecidas, bem como os recursos disponíveis, de forma a garantir o sucesso do mesmo.

(Imperatori & Giraldes, 1992: 6) definem planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários factores socio-económicos.”

Deste modo, o planeamento em saúde deve envolver todos os sectores desde o económico ao social, bem como outros que tenham implicações directas ou indirectas na saúde das populações, só com o envolvimento efectivo de todos podemos diagnosticar correctamente as necessidades de saúde de uma população, bem como definir estratégias correctas como o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objectivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas. Este processo é dinâmico, pois em todas as suas etapas ele deve ser avaliado e realizadas alterações se justificadas, para conseguir atingir os objectivos propostos.

O planeamento em saúde, permite-nos escolher a melhor solução para alcançar os objectivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

As razões que levam à necessidade de planeamento, apontadas por (Imperatori & Giraldes 1992) são as seguintes:

- Fazer uma gestão correcta dos recursos tendo em conta a sua escassez;
- Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;
- Ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros sectores de intervenção na problemática, as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;

- Fazer uma correcta gestão dos equipamentos e das infra-estruturas, de forma a rentabilizar.

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010). Este é um processo que inclui várias etapas, tem início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objectivos, e identificar actividades de intervenção que permitirão atingir os objectivos” Stanhope & Lancaster (1999: 324).

As etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área e segundo (Imperatori & Giraldes, 1993: 29), o planeamento em saúde deve seguir determinadas fases: “Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Selecção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”.

Na primeira fase do planeamento em saúde é elaborado o **diagnóstico de situação**. Este deverá corresponder às necessidades da população, e funciona como uma justificação das actividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

A segunda fase do planeamento é a **definição de prioridades**. É nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

Esta fase do planeamento consiste em “hierarquizar as necessidades de saúde identificadas pelo diagnóstico de situação, em termos da importância da sua satisfação” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

“A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos” (Imperatori & Giraldes, 1982:30). A dimensão temporal é a resultante das necessidades recorrentes, devendo satisfazer as presentes e não esquecer as futuras.

Após a definição de prioridades segue-se a fase de **fixação de objectivos**, altura em que se definem quais os objectivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores de saúde podem ser de resultado ou de actividade: os primeiros medem as alterações verificadas num determinado problema de saúde ou a dimensão actual desse problema, enquanto os segundos visam medir as actividades

desenvolvidas com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

(Imperatori & Giraldes, 1982: 45) referem que “esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

A **selecção de estratégias** é uma etapa de vital importância, uma vez que visa determinar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, tendo como objectivo utilizar os recursos de forma eficaz.

Segundo (Imperatori & Giraldes, (1993: 30), estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde”.

Os critérios para a selecção de estratégias provêm essencialmente da política em vigor e dos objectivos delineados na etapa anterior.

A **preparação da execução** é a etapa seguinte, esta coloca em prática tudo o que foi planeado, assumindo uma importância significativa para os participantes do projecto, possibilitando a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas.

(Imperatori & Giraldes, 1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das actividades a desenvolver no projecto, incluindo o cronograma para a sua efectivação”.

A **avaliação** é a última etapa do planeamento em saúde, esta é contínua e permite uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho *et al*, 2001). De acordo com estes autores, a avaliação deve de fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).

(Imperatori & Giraldes, 1982: 127) referem que “a avaliação ou controlo constitui uma etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo”.

O **processo de planeamento em saúde** abrange estas seis etapas contínuas e interligadas, podendo a sua actualização efectuar-se em qualquer etapa.

2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde, segundo a carta de (Otawa, 1986) é “um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a saúde e melhorá-la”. Uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social económico e pessoal, e uma dimensão importante da qualidade de vida, segundo a mesma carta .

Assim, promover a saúde significa, a um nível não só individual mas sistémico, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa não apenas a prevenção das doenças mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

Promover a saúde tem a ver com a acessibilidade a estilos de vida saudáveis, reduzindo outros mais ligados ao risco de doença. Uma vez mais esta medida tem tradução tanto no indivíduo como no sistema político e organização social das comunidades.

Promover a saúde tem a ver com medidas no dia a dia, medidas essas que tornem a opção por estilos de vida saudáveis, a opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social. Este facto é sobretudo importante na adolescência, onde por vezes a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como “cinzenta, aborrecida, desprestigiante e desinteressante”, ao passo que os consumos e as velocidades, por exemplo, e em geral “transgredir”, não usar cinto de segurança, envolver-se em lutas, não usar capacete, são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam estas escolhas. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e responsabilização individual sobre a sua saúde e a saúde da comunidade.

Os jovens são o futuro da Humanidade, e a “herança” que os adultos lhes deixarem será determinante.

Liberdade, tolerância, compreensão de si e dos outros, capacidade para agir em diferentes momentos e situações – no grupo de amigos, nos tempos livres, na escola/trabalho, na família – são valores de que os jovens se virão um dia a orgulhar.

Mas a promoção da saúde não depende só do sector da saúde e necessita da participação activa de outras estruturas da comunidade. É uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós e nos diferentes

contextos ambientais que nos rodeiam.

É um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa contribuir para a capacitação e o desenvolvimento de recursos individuais e colectivos no sentido da obtenção de melhores níveis de bem estar e qualidade de vida.

Só através de processos que assentem na valorização das pessoas e na criação de condições que lhes permitam desenvolver todo o seu potencial de saúde e humano, será possível vir a formar novas gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar os desafios do futuro.

A experiência dos indivíduos e factores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem que estes desenvolvam comportamentos de risco ou, por outro lado, actuam como factores de protecção. Assim reforçar nos indivíduos escolhas saudáveis em termos de estilo de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico.

(Green, 1986) tenta isolar factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde, passíveis de serem modificados por intervenções pedagógicas: factores predisponentes relacionados com o indivíduo, o seu sistema de valores, crenças e motivações, factores relacionados com as competências e conhecimentos individuais, e factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo). Green defende, que a utilização de estratégias centradas nestes três factores potencia o sucesso de intervenções educativas.

(Mendoza e Sagrera, 1990) falam de estilo de vida como um conjunto de padrões de comportamento que definem a maneira comum de viver de um indivíduo num grupo. Tem a ver com o modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização e as condições de vida nesse mesmo grupo.

Os estilos de vida estão pois ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1985).

Não há um mas vários tipos de estilos de vida “saudáveis”, esta variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais.

2.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Num inquérito realizado com jovens portugueses em que estes eram inquiridos sobre aspectos da sua vida afectiva e sexual (Matos, Gomes, Silvestre, Fernandes, Jorge, Nunes, Bizarro, Frazão, Canha e Duarte, 1994), concluiu-se que os jovens

estavam em geral bem informados no que diz respeito à prevenção da gravidez não desejada e às doenças sexualmente transmissíveis, no entanto tinham por vezes dificuldades em transformar esses conhecimentos em comportamentos de saúde. Conclusão que vai ao encontro do diagnóstico de situação anteriormente apresentado.

É nesta discrepância entre “informação” e “adopção de comportamento” que fazem sentido medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas de saúde. Para tal, propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem o jovem a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais,

Optimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc. e com estas aprendizagens otimizar a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Matos, 1997).

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde, como para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis, como ainda para que o envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

Até agora, o papel desempenhado pelos profissionais de saúde na promoção de estilos de vida saudáveis tem-se traduzido em intervenções estratégicas de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo, no sentido da alteração do(s) factor(es) de risco.

No futuro, a questão principal da promoção da saúde coloca-se na forma como a comunidade educativa desenvolve as suas potencialidades salutogénicas e responde positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação, isto é, como cria e mantém na escola um ambiente estimulante de criatividade e sentido crítico como suporte para a saúde.

2.2 - HABITOS DE VIDA SAUDAVEIS

A experiência dos indivíduos e factores relacionados com o seu envolvimento físico e social favorecem que estes desenvolvam comportamentos de risco ou, por outro lado, actuam como factores de protecção. Assim reforçar nos indivíduos

escolhas saudáveis em termos de estilo de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico.

Um dos factores que determina os estilos de vida é a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países social e economicamente privilegiados têm uma maior amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto que outros têm que se debater com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde.

No entanto, nos países em vias de desenvolvimento, ao mesmo tempo que se assiste a uma diminuição da importância de certos riscos para a saúde (doenças infecciosas, e ligadas ao saneamento), assiste-se a um aumento dos riscos de saúde ligados a esse mesmo “desenvolvimento”, doenças ligadas ao stress, consumo de tabaco, álcool e drogas, acidentes de viação, doenças cardíacas.

Também no que diz respeito aos estudos das causas das doenças, se passou de um enfoque na causa orgânica para a procura de causas multifactoriais e desta relação com os estilos de vida. Parece pois evidente que nos países desenvolvidos o enfoque dos serviços de saúde passe para um maior ênfase na promoção e educação para a saúde tentando levar os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces. Daí a importância crescente atribuída ao trabalho a nível das escolas e das famílias.

(Green, 1986) tenta isolar factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde, passíveis de serem modificados por intervenções pedagógicas: factores predisponentes relacionados com o indivíduo, o seu sistema de valores, crenças e motivações, factores relacionados com as competências e conhecimentos individuais, e factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo). Green defende, que a utilização de estratégias centradas nestes três factores potencia o sucesso de intervenções educativas.

(Mendoza e Sagrera, 1990) falam de estilo de vida como um conjunto de padrões de comportamento que definem a maneira comum de viver de um indivíduo num grupo. Tem a ver com o modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização e as condições de vida nesse mesmo grupo.

Os estilos de vida estão pois ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1985).

Não há um mas vários tipos de estilos de vida “saudáveis”, esta variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais.

Vimos pois que para a compreensão da adopção de comportamentos de saúde é necessário considerar não só os tais factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação), como também factores do envolvimento como grupo familiar, grupo social, ambiente do trabalho ou escola, comunidade onde vive, ainda outros factores mais sistémicos do envolvimento como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado as características do nicho ecológico e geográfico. Estes quatro factores (Mendoza et al., 1990) estão em permanente interacção e moldam assim os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde ou ao risco.

2.3 - SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Em situações de emergência, a avaliação da vítima e o seu socorro, devem ser prontamente realizados, de forma objectiva e eficaz, afim de aumentar a sobrevivência e reduzir as sequelas dessas mesmas vítimas. O suporte básico de vida, inclui varias etapas de socorro à vítima em situações que representam risco de vida.

Actualmente, existem evidências de que a reanimação cardio-pulmonar imediata, realizado por leigos, e a desfibrilhação precoce, diminuem a mortalidade das vítimas de paragem cardíaca. A reanimação cardio-respiratória imediata, previne a deterioração da fibrilhação ventricular para assistolia, aumentando a hipótese de desfibrilhação, e contribui para a preservação das funções cardíaca e cerebral.

Para que o socorro resulte em sucesso, é necessário que, seja cumprida a cadeia de sobrevivência, implementada em Portugal, pelo INEM, organismo de tutela do socorro a vitimas, no pré-hospitalar.

A cadeia de sobrevivência, está dividida em quatro passos, cada um com a sua devida importância e, como uma corrente que se pretende que seja, terá a força, de cada um dos seus elos.

A cadeia de sobrevivência, tem as seguintes fases:

- Acesso rápido ao SIEM;
- Inicio precoce de SBV;
- Desfibrilhação automática externa;
- Suporte Avançado de Vida.

O acesso precoce ao sistema integrado de emergência médica, deve ser efectuado através do contacto telefónico para o número nacional de socorro 112, imediatamente após, o reconhecimento da gravidade da situação. A informação a passar, deverá ser, o mais objectiva possível, e ir ao encontro das questões que são efectuadas pelos técnicos, competentes para essa missão.

O início precoce do SBV, tem a ver com a necessidade, da correcção imediata, assim que for detectada, da função cardíaca e, por sua vez, da função cerebral. Esta técnica, também denominada reanimação cardio-respiratória ou cardio-pulmonar, tem como objectivo principal, o de manter a oxigenação ao cérebro e ao coração, com a finalidade, de quando seja instituído o suporte avançado de vida, este possa responder de forma mais eficaz, ou, de restabeleça de imediato, as funções afectadas.

Desfibrilhação cardio-eléctrica – sabe-se que, na maior parte das paragens cardíacas no adulto, está relacionada com a alteração dos ritmos eléctricos cardíacos, considerados desfibrilháveis. Assim e atendendo ao decorrer do tempo, também se sabe, que quanto mais tarde for efectuada a cardio-versão eléctrica, menores serão as possibilidades de que ela seja eficaz. Pretende-se então, que a desfibrilhação eléctrica ocorra, o mais precocemente possível.

Suporte avançado de vida – esta técnica, efectuada por profissionais de saúde, devidamente capacitados para o efeito, tem como objectivo de, através de implementação de técnicas evasivas (isolamento da via aérea e ventilação mecânica) e a utilização de fármacos, capacitar o sistema cardio-respiratório e melhorar a sua função.

No que se refere ainda ao SBV, sabe-se que em Portugal, não existe uma política de formação de leigos, para esta área, daí resultando, um aumento da taxa de mortalidade de vítimas de paragem cardio-respiratória, uma vez que esta aumenta, com o decorrer do tempo, desde que acontece a paragem até ao seu restabelecimento.

3 - ADOLESCÊNCIA

“A partir dos finais do século XIX, a Psiquiatria organiza-se de uma forma mais científica e surgem muitas descrições de doenças mentais na adolescência. São, contudo, as profundas alterações sofridas pela família que vão determinar claramente o aparecimento do conceito de adolescência” (Sampaio, 1991: 59).

Ao longo das gerações, as famílias apresentam-se perturbadas pelo isolamento, pelos comportamentos impulsivos e pela relutância de alguns adolescentes perante o assumir de responsabilidades.

A adolescência é uma etapa da vida bastante complexa e dinâmica, e é considerada o período de transição entre a infância e a idade adulta. Este período de tempo oscila segundo vários autores, mas de acordo com os critérios do *Brent Consultation Centre* em Londres, serviço de psicoterapia de adolescentes, ele situa-se entre os 12 e os 21 anos. Laufer (1972, citado por Sampaio, 1991) cinge a etapa do desenvolvimento desde o início da puberdade até à formação do carácter e da identidade sexual.

Também (Sampaio, 1991) considera a adolescência como uma etapa do desenvolvimento, ocorrendo desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida. A palavra puberdade vem do latim *pubes*, que quer dizer pêlo e na realidade o aparecimento de pêlos na púbis, debaixo dos braços e nas faces, nos rapazes é um dos sinais de puberdade (Dolto & Dolto-Tolitch, 1991).

A duração do período da adolescência também mudou, tendo claramente dilatado nas últimas décadas. A puberdade surge cada vez mais cedo, no entanto, não é fácil determinar o início deste período, sendo ainda mais difícil determinar o seu fim. Nas raparigas o início está associado ao aparecimento da menarca, enquanto nos rapazes é frequentemente difícil determinar o aparecimento da ejaculação. Maiores dificuldades surgem na determinação do fim da adolescência, já que não temos nenhum acontecimento biológico que nos indique com relativa precisão a entrada na idade adulta.

É neste período que ocorre uma etapa fundamental do processo de construção da personalidade. A adolescência é, pois, a etapa onde os jovens têm que construir a sua identidade, verificando-se crises e indecisões, situações conflituosas que terão que ultrapassar. A entrada no mundo dos adultos é desejada por um lado e temida pelo outro.

Blos (1979), citado por (Sampaio, 1991:61), "(...) considera a formação do carácter como a tarefa final da adolescência", enquanto Erikson (1968), citado por (Sampaio 1991:61), "(...) considera a formação da identidade como o marco final deste período".

Para compreendermos a perspectiva de desenvolvimento num adolescente é importante analisarmos a sua infância, principalmente as fases do desenvolvimento antes da puberdade, afirmando que uma grande parte das dificuldades posteriores da adolescência depende dos acontecimentos para a identidade sexual percorridos pela criança, sob a organização genital infantil (Hyatt-Williams 1975), citado por (Sampaio, 1991).

Ainda (Blos , 1962), citado por (Sampaio 1991:63) divide a adolescência em cinco fases:

- Pré-adolescência;
- Adolescência precoce – com o primado da genitalidade;
- Fase média da adolescência – corresponde à escolha do objecto heterossexual;
- Adolescência tardia – procura de uma forma personalizada de vida;
- Pós-adolescência – corresponde à formação do carácter.

Além disso (Blos,1962), citado por (Sampaio, 1991) fala da adolescência como o segundo processo de individualização. O primeiro processo de individualização atingir-se-ia por volta do terceiro ano de vida, com a separação da criança à mãe. Na adolescência haveria também, como já vimos, um afastamento dos imagos parentais e a descoberta de objectos de amor e ódio fora do seio. Em ambos os processos de individualização há uma vulnerabilidade na organização da personalidade, aqui a adolescência entendida sobretudo como uma necessidade sentida pelo jovem de experimentar situações de emoção intensa, para lidar com o vazio interior que se segue ao quebrar das ligações infantis.

Compreende-se desta forma a comparação feita entre este período e o nascimento. No nascimento separam-nos da nossa mãe cortando-nos o cordão umbilical, mas esquecemo-nos frequentemente de que entre mãe e filho havia um órgão de ligação extraordinário: a placenta. "De igual forma, torna-se necessário aos adolescentes abandonar as fixações afectivas na família original, sem o que não será

possível resolver o problema do amor na adolescência” (Luzes 1980), citado por (Sampaio 1991: 64).

As transformações físicas pelas quais o adolescente passa são bastante visíveis e acontecem rapidamente, mas não são únicas. Também a nível emocional, nas atitudes e valores, nas relações com a família e com os colegas, no campo intelectual, na liberdade e responsabilidade, tudo se passa de forma repentina. No entanto, os pais e os adolescentes que tomarem consciência destas mudanças estão mais aptos a aceitá-las e a resolver melhor os problemas com que se deparam.

Para (Cordeiro, 1988: 11), “é no quadro de dois sistemas de referência – o corpo e a família - que se processam as grandes modificações colocadas em marcha pelo desenvolvimento na puberdade. Durante a adolescência as modificações psicológicas e corporais são tanto mais marcantes quanto mais existe uma verdadeira desarmonia evolutiva, em que à maturação instrumental sexual genital não corresponde a maturação psico-afectiva”.

Os pais de adolescentes são aqueles que mais permanentemente se confrontam com as dificuldades. Homens e mulheres na etapa média da vida, quase sempre muito ocupados profissionalmente, têm objectivamente pouco tempo para estar com os filhos, numa época que exigiria uma presença mais intensa. Confrontam-se agora com uma jovem geração habituada a pô-los em causa e a exigir sem medo (Sampaio, 1998).

Actualmente ser-se adolescente é bastante complicado. A vida acontece a um ritmo alucinante e é quase impossível desfrutar o momento presente, basta para isso reflectirmos um pouco nas nossas vidas de adulto.

Segundo (Correia & Alves, 1990), citados por (Brás, 2008), a adolescência trata-se de um período de crises que se situa entre dois pólos importantes a dependência (protecção) e a independência (autonomia). Referindo estas mesmas autoras que se trata de um período de contradições, confusões, ambivalências, caracterizado por conflitos com os pais, confusão parental e de identificação, que pode levar a transformações destes, em parceiros mais velhos.

Para (Bouça, 2004) a adolescência é o período da vida em que se define a noção de espaço e de tempo através de um corpo em mudança, que se organiza de forma própria na relação com um espaço preenchido por objectos, com os quais estabelece relações de segurança ou de medo, de proximidade ou de distância, de desejo ou de evitamento, de esperança ou de desilusão.

Os objectos somos todos nós, amigos, família, professores, ídolos, boas e más pessoas, os bem-sucedidos e os marginalizados, os parecidos e os diferentes, os que pensam como nós e os que têm ideias novas, os agressores e as vítimas, todos nós

que partilhamos memórias comuns da vida e da condição humana, desde o princípio dos tempos. É com esta memória colectiva de limites infinitos, que um adolescente organiza a sua identidade e se reconhece num espaço ocupado pelo seu corpo. Os limites do seu corpo não são as formas físicas, mas as coisas ou as pessoas com quem se relaciona e que o motivam a deslocar-se para as encontrar ou a isolar-se para as evitar, seja no espaço físico em que se movimenta, seja no espaço mental em que se vai reconhecendo e construindo novos caminhos e espaços possíveis.

É durante a adolescência que as relações sociais se intensificam. Os amigos assumem uma grande importância, já com os pais as relações mudam de forma repentina, surgindo muitas vezes o choque.

3.1 - TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é a idade da mudança, dado que a etimologia da palavra significa isso mesmo. A adolescência é “ (...) um crescer para a maturidade humana que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social (...)” (Alarcão, 2000: 28).

A adolescência é uma fase de transição, ou seja, é a passagem da infância ao mundo dos adultos e de todas as problemáticas que o envolvem, a separação da família, dos seus valores e das suas crenças. É um período da vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura ao outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e de desilusões (Pereira & Freitas, 2001).

A adolescência é um período da vida no qual se origina um conjunto de alterações biofisiológicas (com a puberdade produzir-se-á um conjunto de mudanças fisiológicas gerais como o aumento da estatura e do peso), uma série de mudanças especificamente sexuais (que culminarão na maturação dos órgãos sexuais e na capacidade de resposta adulta à estimulação sexual), e ainda as mudanças psicológicas (ao nível intelectual e emocional).

As transformações ocorridas no corpo nesta fase são vivenciadas como se tratasse de uma invasão. Todas estas modificações criam um quadro de insegurança significativo. Por essas razões, o primeiro mecanismo a que o adolescente recorre é a negação da nova realidade que se aproxima, procurando outros mecanismos que mantenham a sua segurança, no seu refúgio, isto é, na sua infância.

Outras mudanças igualmente importantes ocorrem, como o processo de formação da identidade pessoal e sexual, que lhe permitirá sentir-se uma pessoa sexuada, diferenciada dos outros, com um sistema de valores próprios e congruentes ao longo

do tempo, e sociais (mudanças na capacidade de integração social) que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia.

Estas mudanças profundas e geralmente abruptas, conduzem a uma crise e implicam uma readaptação em todos os sentidos, que muitas vezes não é fácil de encarar, daí que a ansiedade, as dificuldades para se encontrar a si mesmo ou as preocupações com a aparência física, entre outras, façam parte da vida de muitos adolescentes. Este processo pode ser influenciado por particularidades do indivíduo e pelo contexto sociocultural em que se insere.

Como refere (Reymond-Rivier, 1983: 114), “diante da obrigação de deixar o mundo fechado da infância para se inserir numa sociedade que descobrem, os adolescentes vão reagir e comportar-se em função do seu temperamento, da sua história pessoal, do seu meio familiar, da sociedade e da atitude desta a seu respeito”.

Nalgumas ocasiões, o adolescente não encontrará qualquer tipo de resposta às suas novas necessidades e em muitas outras as respostas encontradas, pelo contrário, interferirão nas suas novas capacidades (López & Fuertes, 1989).

Cada adolescente tem uma adolescência própria, diferente e única. Segundo (Cordeiro, 1997: 25) “existem tantas adolescências como adolescentes e uma generalização pode levar a uma estandardização indesejada e perigosa criando parâmetros pelos quais todos os adolescentes se deveriam reger.”

De acordo com (Sprinthall & Collins, 1994: 405) “(...) a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”. Percebe-se então que a sexualidade acompanha o indivíduo no seu crescimento, integrando o ser humano ao longo da sua existência. Contudo, na infância, a sexualidade não se manifesta como acto de prazer, mas sim como meio de auto-conhecimento (Rodrigues, 2009).

A sexualidade humana é, de facto, uma realidade presente no nosso quotidiano, “(...) que nos projecta como um impulso, quer para o amor, quer para a violência” (Fernandes, 2006: 2). Ela assume-se, de acordo com (Fernandes, 2006: 3), como um dos “(...) núcleos estruturantes da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa”. Ainda o mesmo autor citando (Dias *et al*, 2002), considera que a sexualidade agrega “(...) componentes sensoriais e emotivo-afectivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais(...)”, obtendo um significado concreto no “(...) contexto de um projecto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro” (Fernandes, 2006: 3). Na mesma linha de pensamento, (Bastos, 2003) considera a

sexualidade como “(...) parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, bem como do processo educativo, já que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico, mas também no psicológico e espiritual, marcando toda a sua inerente expressão” (Fernandes, 2006: 3).

É no átrio da sexualidade que assenta toda a estabilidade emocional e social dos indivíduos, alcançada através da concretização plena da afectividade. Assim, “a sexualidade humana é observada como uma compilação da sobrevivência da espécie, constituída por uma panóplia de sentimentos muitas vezes confusos e contraditórios” (Rodrigues, 2009: 4).

A realidade sexual é inconstante em diversos aspectos. Ela transforma-se no interior dos próprios indivíduos, nos diferentes géneros, nas diferentes sociedades e culturas. Assim se compreende que “a sexualidade não possui uma natureza abstracta e universal comum a todas as sociedades” (Mott, sd: 8).

A distinção entre a sexualidade humana e a sexualidade de outros seres prende-se com a liberdade de escolha dos seres humanos (mais notória nas culturas Ocidentais). (Rodrigues, 2009: 6) ao referir (Vaz, 2003), afirma que “(...) a liberdade sexual encontra-se de tal modo disseminada que nem a ausência do amor ou de afectividade dificulta a plena vivência da sexualidade, pois ela pode ser vivida como um acto mecânico, orgânico de procura de prazer sem peias de qualquer espécie.”

3.2 - CONCEITO DE SEXUALIDADE HUMANA

Conceptualizar a sexualidade humana abrange uma realidade complexa que “(...) não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou uma quantas palavras” (López e Fuertes, 1999), citados por (Fernandes, 2006: 2). Esta temática integra um paradigma complexo. “Foi o próprio homem no desenvolvimento da sua existência familiar e social que percebeu o papel vital da sexualidade, como espaço e fonte de alegrias, conflitos, tristezas, esperanças” (Soares, 1985), citado por (Fernandes, 2006: 2).

A partir do fim do séc. XIX e no decurso do séc. XX, a sexualidade começou a ser percebida na óptica das diferentes ciências, nomeadamente da psicanálise e da antropologia, aportando-lhe uma nova componente de carácter positivo, agregada ao desenvolvimento humano. “Em suma, a sexualidade passou a ser considerada como uma parte integrante da vida dos indivíduos, favorecendo o equilíbrio psico-emocional e relacional” (Pereira, 1993), citado por (Rodrigues, 2009: 3).

A Organização Mundial da Saúde define a Sexualidade Humana como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade *et al*, 2003), citados por (Fernandes, 2006: 2).

Para melhor percepção da sexualidade humana, tornou-se necessário esclarecer as diferentes classificações que o termo sexo assume no vocabulário científico:

“1. Sexo genético: decorrente dos cromossomas, o código biológico mediante o qual cada pessoa terá suas próprias características físicas, e que ao se reunirem dois cromossomas XX, o indivíduo será fêmea ou se a união dos cromossomas for XY, nascerá macho;

2. Sexo gonadal: composto pelas glândulas responsáveis pela diferenciação dos dois sexos – no homem representado pelos testículos, que produzem os espermatozóides e os hormônios masculinizantes (testosterona) e na mulher pelos ovários que produzem os óvulos e demais hormônios responsáveis pelas características sexuais femininas (progesterona);

3. Sexo anatómico: é o aspecto exterior do corpo humano que distingue o aparelho sexual da mulher (vulva) do órgão sexual do homem (pênis), também chamado de órgãos genitais;

4. Sexo psicológico: conhecido como "identidade sexual" – é a forma como cada indivíduo percebe e reconhece sua própria condição existencial enquanto pertencente ao universo masculino ou feminino;

3.3 - CONCEITO EDUCAÇÃO SEXUAL

Abordando os temas Educação e Educação Sexual podemos referir vários conceitos. (Helouani, 2008) refere que, educação é a aquisição da arte de utilizar o conhecimento. É uma arte muito difícil de transmitir. Educar obviamente é muito mais do que transmitir ideias, é mais do que uma técnica, é uma arte.

Educar é uma acção interactiva que envolve o educando e o educador em que ambos são agentes e actores. Qualquer aprendizagem só se efectua se for o próprio aprendiz a procurá-la de uma forma pessoal e autónoma (Meirieu, 1988) citado por (Azevedo, 2008). Pois só assim lhe será possível uma adequada integração num contexto sócio cultural (Relvas, 1996) citado por (Azevedo, 2008).

O indivíduo deve estar preparado para a sua educação, como refere (Martins, M. F., 2007: 27), ao citar Marcelli cuja concepção de educação "(...) faz sair o indivíduo de si mesmo para o conduzir pelos caminhos da sociedade, torna a criança um ser sociável, mas contém um paradoxo que merece atenção: o adulto cuidador deve garantir uma proximidade protectora, embora a criança sinta, ao mesmo tempo, uma necessidade de se afastar para explorar o mundo e descobrir a vida e aprender a aprender".

Educar é construir um projecto, porém com regras e limites que por vezes podem gerar constrangimentos relacionados com a liberdade individual de cada um (Martins, M.F., 2007). "La Education para la Salud se enfrenta hoy a un desafio sin igual en su historia. Su carácter informativo y de intervenciones ahora dirigido para la participación de la comunidad, una vez que se acredita que las personas son capaces de pensar y de actuar de una forma construtiva en la identificación y solución de sus propios problemas de salud. Lo que se pretende es promover el responsabilidad individual y comunitaria para el desarrollo de capacidades y competencias para que los individuos se transformem en miembros activos de la promoción de la salud (Martins, 2007: 43). (...) "A Sexualidade e a Educação Sexual são fenómenos que se entrecruzam e acompanham o evoluir do Homem. Todos nós somos influenciados e influenciados as atitudes e comportamentos sexuais, pelo simples facto de sermos indivíduos sexuados desde que nascemos até que morremos" (Vilar *et al*, 1992), citado por (Martins, 2007: 44).

A educação sexual deve atender às necessidades e expectativas dos indivíduos nas condições de sujeitos das relações interpessoais, historicamente vivenciadas num tempo e espaço determinados. Perante isto, a educação sexual como parte da educação geral tem influência crucial na formação de atitudes, comportamentos e práticas positivas. Considerando-se vocacionada para formação da auto-consciência e da responsabilidade para o desenvolvimento pessoal e social, para o amor e para vida do ser humano (Schiavo, 1999). "Contudo quando se fala de aprendizagem na sexualidade pressupõe processos basicamente idênticos ao das várias aprendizagens que ocorrem ao longo do ciclo vital e com estas interage, nos domínios afectivo, cognitivo e comportamental da existência" (Azevedo, 2008: 7).

Trata-se de um tema que reúne o interesse de diferentes áreas científicas, desde as ciências biológicas, sociais e educativas. Por se tratar de uma área educativa (visto esta ser contínua e evolui com os conhecimentos já adquiridos, e o percurso sexual de cada adolescente) varia em função do desenvolvimento físico e psico-afectivo, das sensações, emoções (entre elas, as sensações sexuais, a vergonha, o medo, os desejos), e as primeiras relações sexuais, que vão fomentar uma preparação para a sexualidade adulta que será vivida de acordo com a aprendizagem e o amadurecimento com base na própria experiência. Nesta linha de pensamento, compreende-se que a educação sexual seja necessária para que esta possa integrar a vida social adulta de forma equilibrada, formando adultos maduros e casais sãos (Santos, 2008).

O conceito de Educação Sexual leva a interrogações quando tem de ser definido.

Sendo a adolescência uma fase da vida em que, do ponto de vista da sexualidade, os jovens estão sujeitos a um grande número de transformações biológicas e psicológicas, assumindo-se como um dos momentos mais importantes da sua vida, mas não será o único (Piscalhoo, Serafimo & Leal, 2000: 355).

Para (Schiavo,1999), citado por (Costa & Magno, 2002: 33) a educação sexual visa a "(...) formação de homens e mulheres buscando a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e culturais do ser sexual, contribuindo para o enriquecimento e incremento positivo, da personalidade, da comunicação e do amor".

Segundo (Souza,1999), citado por (Santos, 2008) educar é um processo que facilita a participação no meio em que vivemos, surgindo assim uma reciclagem e reconstrução de conceitos. Logo, educar sexualmente é tornar a prática da sexualidade responsável, através de uma conduta coerente para explorar o corpo, o afecto, o medo, o prazer, juntamente com as experiências acumuladas durante a vida.

Como refere (Piscalhoo *et al*,2000) "(...) as pessoas têm uma representação social acerca do assunto, sendo este um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objecto ou situação, neste caso o conceito de Educação Sexual" (Piscalhoo, Serafimo & Leal 2000: 355).

Ainda (Azevedo,2008), ao citar (López *et al*, 1986), refere quatro objectivos gerais acerca da educação sexual dos adolescentes:

- 1) "Aceitação positiva da própria sexualidade,
 - 2) Favorecimento do diálogo acerca de temas sobre a sexualidade,
 - 3) Tomada de consciência da vertente relacional das condutas sociais,
 - 4) Aquisição de conhecimentos, o mais amplo e objectivos possíveis"
- (Azevedo, 2008: 24).

A educação sexual, na verdade, ocorre desde o nascimento, porque é no território familiar, da intimidade, que são transmitidas à criança e adolescente as primeiras noções e valores associados à sexualidade de forma não explícita.

A sexualidade e a educação sexual estão relacionadas com o corpo, com a expressão e imagem corporal. Ao nascer, a criança começa a explorar o prazer no seu corpo. Com o crescimento ela descobre os outros e estabelecem-se relações, com maior ou menor grau de afectividade e intimidade. O gostar, apaixonar-se, o namorar, enfim, os afectos, pertencem à dimensão da sexualidade.

Em síntese, quando falamos de “Educação Sexual, de programa de Educação Sexual, estamos a utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade *et al*, 2003) citado por (Santos, 2008: 10).

Os adolescentes carecem de esclarecimentos acerca do seu papel na sociedade, para que se afirmem enquanto seres humanos. Como tal, é premente a criação de mecanismos que permitam educar, orientar sobre os aspectos biológicos e psicológicos, que envolvem a sexualidade afim de auxiliá-los perante as mudanças que estão a vivenciar.

Sobre esse aspecto (Charbonneau,1998), citado por (Azevedo, 2008: 23) afirma que:“(...) os adolescentes devem viver sua sexualidade não de modo compulsivo, sendo prisioneiros dos desejos incontroláveis, mas na riqueza de desejo livre, nascido do domínio que eles tiveram sobre si mesmos, controlando a sua libido, isto é, sua energia sexual, e os dinamismos que ela desencadeia.”

Conceptualizando a educação sexual como um processo que influencia a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, que está dependente da cultura em que este está inserido, limita a educação a uma realidade orgânica, esquecendo toda a sua dimensão afectiva e social. Para (Galvão, 2000), citado por (Azevedo, 2008: 30) a Educação Sexual deve apresentar-se como “(...) uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano”.

No contexto de todas as transformações ocorridas, é natural que o adolescente se sinta invadido por dúvidas. Estas encontram-se relacionadas com as mudanças sofridas no seu corpo, que o deixam algo perplexo. É assim inteligível que este se preocupe em esclarecer as mesmas. Esta necessidade de esclarecimento das suas dúvidas e os recursos que ele utiliza para as ultrapassar, leva a que a sexualidade

nesta fase da vida se transforme numa barganha inconstante em permuta com o mundo (Azevedo, 2008).

“A vivência familiar, a escolaridade, o convívio entre amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade” (Azevedo, 2008: 30).

A revolução sexual dos anos 60 provocou, na população adolescente, duas alterações evidentes: a redução da idade em que os jovens iniciam a sua actividade sexual e a promiscuidade das mesmas. Por sua vez, tais modificações motivaram, entre os adolescentes, algumas consequências imediatas tais como: o aumento do número de gravidezes, o aumento do número de abortos, bem como o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Face a esta problemática considera-se fundamental o acesso à informação o mais precocemente possível, de forma a “(...) prevenir o número crescente de adolescentes grávidas bem como o aumento das doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, o enfermeiro tem um papel preponderante como elemento promotor de hábitos de vida saudáveis” (Azevedo, 2008: 41).

Neste sentido, o papel dos profissionais de saúde e educadores é essencial para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude. Conhecer as transformações e particularidades da adolescência podem, sem dúvida, ajudar-nos não só a compreender melhor as vivências desta fase do ciclo vital, como também na percepção do mundo do adolescente de forma mais global. Na adolescência ocorrem várias transformações em simultâneo, a nível biológico, psicossocial, moral e sexual.

Numa sociedade dominada pelas exigências e mudanças constantes, muitos valores vão sendo alterados, o que produz nos adolescentes incertezas e dúvidas. As mudanças na configuração corporal são uma preocupação do adolescente, vivenciada por vezes com ansiedade. Sabendo da importância sociocultural atribuída à imagem corporal, confronta-se com a existência de padrões de beleza e habilidades corporais socialmente estereotipados. Por tal facto, é premente uma aceitação positiva e incondicional do próprio corpo, de modo a que dentro do grupo de pares ele não se sinta deslocado e sujeito a pressões (Azevedo, 2008).

Os adolescentes, como já foi referido anteriormente, têm uma maturidade física mais rápida do que psicológica, o que o leva a tomar decisões pouco reflectidas, sem possuírem capacidade de avaliar as suas acções a longo prazo. É essencial educar, esclarecer, motivar e ajudar o adolescente a descobrir os seus próprios valores, a

conhecer-se melhor, para que tomem decisões responsáveis, através de um programa de educação sexual na escola adequado ao nível de desenvolvimento do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

No início da adolescência devem ser abordadas as questões intrapessoais, incluindo a compreensão e as implicações das transformações físicas e psicológicas decorrentes da puberdade. Numa fase posterior da adolescência, na qual se constrói a identidade, a educação sexual deve ser orientada no sentido da discussão do desempenho dos papéis. No final da adolescência esta tarefa educativa deve incidir sobre o desenvolvimento pessoal e sexual dos mesmos, em que os adolescentes se devem concentrar na intimidade, nos compromissos e na reciprocidade.

Assim, (Cortesão *et al*, 2005, citado por (Santos, 2008) considera que existem três grupos distintos de intervenção, com diferentes objectivos:

- 2º Ciclo do Ensino Básico: são jovens que, geralmente, têm idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos; o objectivo geral da educação sexual é que o adolescente compreenda e identifique as mudanças fisiológicas e emocionais.
- 3º Ciclo do Ensino Básico: geralmente as idades encontram-se entre os 13 e os 15 anos; os objectivos da educação sexual são: que o adolescente compreenda o que é a sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade; aumentar o seu poder de decisão e a sua tolerância para com as escolhas dos outros; que adopte comportamentos informados e responsáveis face à reprodução, nomeadamente à contracepção; que seja capaz de identificar comportamentos preventivos frente aos abusos sexuais e como pode conseguir apoio nesta situação.
- Ensino Secundário: o adolescente apresenta o seu corpo de adulto praticamente desenvolvido, psicologicamente ele é mais independente e afirma as suas atitudes e valores face à sexualidade e ao amor; os objectivos educativos nesta fase são: que o adolescente compreenda a sexualidade e as suas formas de expressão ao longo da vida; aprofundar conhecimentos acerca da gravidez, parto e puerpério; que adopte comportamentos sexuais informados e responsáveis, nomeadamente em relação às IST's.

4 – TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE BANDURA

Bandura centralizou as suas pesquisas no estudo do comportamento humano quando inserido no contexto social, dando valor a os processos cognitivos dos indivíduos. Para Bandura o homem não reage como uma máquina perante as influências do meio já que as reacções a os estímulos são automatizadas. Bandura não vê o homem como um ser passivo, totalmente dominado por acções ambientais, mas sim como um ser influente em todos os processos. O comportamento não necessita ser directamente reforçado para ser adquirido, o homem aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas a sua volta, considerando que pensamentos, conviência, crenças e expectativas fazem parte de um processo de crescimento. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um sujeito.

A teoria social cognitiva promove uma visão do funcionamento humano que prevê um papel central para os processos cognitivos, vicários, auto reguladores e auto-reflexivos na adaptação e mudança humanas.

Segundo a mesma teoria, os indivíduos são auto organizados, proactivos, auto reflexivos e auto regulados, em vez de organismos reactivos que são moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores encobertos. Assim, o pensamento humano e a acção humana são considerados produtos de uma inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais. A maneira como as pessoas interpretam os resultados do seu próprio comportamento informa e altera os seus ambientes e os factores pessoais que possuem, os quais, por sua vez informam e alteram o comportamento futuro. Esta é, a base da concepção do determinismo recíproco segundo Bandura (1986) em que segundo a visão deste:

Factores pessoais, na forma de cognições, afectos e eventos biológicos;

Influências comportamentais;

Ambientais criam interacções que resultam numa reciprocidade triádica.

A natureza recíproca dos determinantes do funcionamento humano na teoria social cognitiva possibilita que as intervenções terapêuticas sejam direccionadas para factores pessoais, ambientais ou comportamentais.

A teoria social cognitiva baseia-se numa visão da essência humana, segundo a qual os indivíduos são agentes que podem fazer coisas acontecerem com os seus actos e envolvem-se de forma proactiva no seu próprio desenvolvimento.

Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proactivas, auto-reguladas e auto-reflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições.

Não se devem confundir as crenças de auto-eficácia das pessoas com os seus julgamentos sobre as consequências que o seu comportamento pode produzir. Como os indivíduos agem colectiva e individualmente, a auto-eficácia é um construção pessoal e social. As organizações que têm um forte sentido de eficácia colectiva exercem influências emponderadoras nos seus participantes e esses efeitos são palpáveis e evidentes.

O funcionamento humano está enraizado em sistemas sociais. Portanto, a agência pessoal opera dentro de uma ampla rede de influências socioestruturais.

A modelação social ocorre por meio de quatro sub-funções cognitivas, abrangendo processos de atenção, representação, tradução activa e processos motivacionais (Bandura, 1975).

As representações cognitivas transmitidas por meio de modelação servem como guias para a produção de desempenhos hábeis e como padrões para fazer ajustes correctivos no desenvolvimento da proficiência comportamental. Geralmente, as habilidades são aperfeiçoadas com repetidos ajustes correctivos na igualação de concepções durante a produção do comportamento. A acção controlada, com feedback instrutivo, serve como um veículo para converter concepções em desempenhos proficientes. O feedback que acompanha as acções proporciona as informações necessárias para detectar e corrigir diferenças entre concepções e acções. Dessa forma, o comportamento é modificado com base nas informações comparativas, de maneira que as competências desejadas sejam dominadas.

A teoria social cognitiva é facilmente indicada para aplicações sociais, pois especifica determinantes modificáveis e a maneira como estes devem ser estruturados, com base nos mecanismos pelos quais operam. O conhecimento de processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efectuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais (Bandura, 1969).

Quando os indivíduos apreendem o princípio condutor, eles podem usá-lo para produzir novas versões do comportamento, que vão além o que viram ou ouviram, e podem adaptar o comportamento para adequá-lo a mudanças em determinadas circunstâncias. Dessa forma, por exemplo, habilidades gerenciais genéricas, desenvolvidas por meio da modelação e de ações orientadas com feedback instrutivo, aperfeiçoam o funcionamento de gestão que, por sua vez, reduz o absenteísmo e a rotatividade dos funcionários e aumenta o nível de produtividade organizacional.

Uma fonte crescente e influente de aprendizagem social é a modelação simbólica global e variada que ocorre por meio da media electrónica. Uma importante vantagem da modelação simbólica é que ela pode transmitir de forma simultânea uma variedade virtualmente ilimitada de informações para uma vasta população em locais bastante dispersos. Os extraordinários avanços observados na tecnologia de comunicações têm transformado a natureza, o alcance, a velocidade e os locais de influência humana. Esses avanços tecnológicos alteraram radicalmente o processo de difusão social.

Sistemas de vídeo alimentados por satélites de telecomunicações tornaram-se o meio dominante para disseminar ambientes simbólicos. Novas ideias, valores e estilos de conduta espalham-se muito rápido em todo mundo, de maneira que promovem uma consciência globalmente distribuída. A internet possibilita o acesso comunicativo instantâneo a todo mundo. Isso torna a modelação electrónica um poderoso veículo para mudanças transculturais e sociopolíticas (Bandura, 2002).

Nessa função ampliada da difusão social de inovações por meio de modelação simbólica, surge a teoria social cognitiva dentro do conhecimento da teoria das redes sociais (Bandura, 1986).

As influências sociocognitivas instruem as pessoas para novas ideias e práticas e motivam-nas a adoptá-las. Redes sociais multiconectadas proporcionam o caminho potencial para a difusão, pelo qual se espalham e são assistidas.

Por intermédio de uma parceria cooperativa (Bandura, 2002), a abordagem social cognitiva combinou três componentes principais num modelo para promover mudanças no âmbito da sociedade. O primeiro componente é um modelo teórico que especifica os determinantes da mudança psicossocial e os mecanismos pelos quais produzem seus efeitos, esse conhecimento proporciona os princípios condutores. O segundo componente é um modelo de tradução e implementação, que converte princípios teóricos num modelo operacional inovador. Ele especifica o conteúdo, as estratégias de mudança e o modo de implementação.

O terceiro componente é um modelo de difusão social, de como promover a adopção de programas psicossociais em meios culturais diversos. Cada um desses componentes tem uma função singular, que exige diferentes tipos de habilidades.

Para exercerem influência sobre si mesmos, os indivíduos devem monitorar o seu comportamento, julgá-lo em relação a algum padrão pessoal de mérito e reagir a ele, auto-avaliando-se.

A motivação e as realizações humanas não são governadas apenas por incentivos materiais, mas por incentivos sociais e auto-avaliativos, ligados a padrões pessoais. As pessoas normalmente aceitam alternativas de pouca utilidade ou até sacrificam os ganhos materiais para preservar sua auto consideração positiva.

A teoria social cognitiva propõe um sistema de duplo controlo na auto-regulação – um sistema proactivo de produção de discrepâncias em conjunto com um sistema reactivo de redução de discrepâncias (Bandura, 1991).

Após as pessoas alcançarem as metas que vinham procurando, aquelas que tinham uma percepção elevada de eficácia estabeleceram um padrão mais alto para si mesmas (Bandura, 1986).

A adopção de outros desafios criou novas discrepâncias motivadoras a serem dominadas.

O objectivo da construção de teorias é identificar um pequeno número de princípios que possam explicar uma variedade de fenómenos. No interesse da generalidade abrangente, a teoria social cognitiva concentra-se em princípios integrativos os quais operam em diferentes esferas do funcionamento. A generalidade do componente auto-regulador na teoria social cognitiva corrobora as aplicações variadas desse conhecimento no desenvolvimento educacional, na promoção da saúde, na regulação do afecto, no desempenho físico e no funcionamento organizacional (Bandura, 1997).

Dependendo da situação, as disfunções na auto-regulação podem abrir caminho para a conduta transgressora, abuso de substâncias, transtornos alimentares e depressão crónica (Bandura, 1997).

A teoria social cognitiva distingue as capacidades humanas básicas e a maneira como a cultura molda tais potencialidades em formas diversas apropriadas para diferentes meios culturais. Por exemplo, os seres humanos desenvolveram uma capacidade avançada de aprendizagem observacional, que é essencial para o seu desenvolvimento pessoal e funcionamento, independentemente da cultura em que as pessoas vivem. De facto, em muitas culturas, a palavra que significa “ensinar” é a mesma usada para “demonstrar”. A modelação é uma capacidade humana universalizada. Mas aquilo que é modelado, a maneira em que as suas influências são

estruturadas socialmente e os propósitos que elas têm variam em diferentes meios culturais (Bandura, 1963).

5 – ENFERMAGEM E ENFERMEIRO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde do país. A enfermagem portuguesa é hoje reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos vinte anos.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), num documento que aborda o presente e o futuro da enfermagem, a profissão evoluiu a partir de antecedentes sociais, religiosos, militares, mas já neste século quem mais influenciou a enfermagem foi Florence Nithtingale com o seu sistema de formação de enfermeiras.

Um importante estímulo para a mudança na enfermagem foi a iniciativa da OMS «Saúde para todos», lançada em 1978, que insistia na necessidade de que as enfermeiras trabalhassem fora do contexto hospitalar tradicional.

Este planeamento de cuidados de saúde primários exigia que a formação em enfermagem mudasse. O Conselho Internacional de Enfermeiras sugeriu então que os planos de estudos se preparassem não só para satisfazer a procura das competências, mas também para formar atitudes de consciência social e desenvolver, entre outras coisas, soluções de problemas e de direcção de equipas multidisciplinares.

Em 1989, na Assembleia Mundial da Saúde, a maioria dos Estados membros reconhecia que a alta tecnologia estava a ser prioritária na distribuição dos escassos recursos de enfermagem, ou seja, 80% do pessoal de saúde dispensavam serviços curativos a 20% da população residente nas cidades e estavam sem cuidados os 80% residentes nas zonas rurais. A prestação de cuidados de enfermagem estava, pois, a responder a necessidades curativas em detrimento dos cuidados de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Foi reconhecido que o ensino acompanhava esta tendência e eram poucas as enfermeiras na docência que tinham a compreensão e a experiência necessárias para ensinar cuidados de saúde primários.

Em 1992 continuava actual uma parte desta análise de 1989, mas nas

recomendações assinalava-se que «os planos de estudos se reorientaram na direcção dos cuidados de saúde primários e existe uma tendência para o ensino superior».

E para preparar as enfermeiras para o futuro a formação em enfermagem deve converter-se num instrumento de apoio à mudança.

Portugal, apoiado nas orientações internacionais, procura reorientar o ensino de enfermagem para a mudança, privilegiando nos planos de estudo a abordagem dos cuidados de saúde primários e a passagem ao ensino superior.

A actuação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários situa-se em duas áreas distintas, a da saúde pública e a da saúde comunitária, em parte por herança histórica, mas considerando também os problemas de saúde nacionais, as orientações políticas internacionais, nacionais e regionais, a formação e a evolução da profissão.

Reconhece-se que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados entre nós devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus «estilos de vida» durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar.

Trabalham integrados em programas ou projectos no Centro de Saúde (CS), no domicílio ou em grupos institucionalizados da zona de implantação geográfica do CS, como promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada em grupos multidisciplinares e, por vezes, transectoriais, junto de pessoas, famílias e grupos da população.

Neste momento congregam esforços para adoptarem internacionalmente uma linguagem profissional comum e uma classificação das nossas práticas. Para isso estão a ser testados os fenómenos e as intervenções de enfermagem, pretendendo-se avançar para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

As práticas dos enfermeiros centram-se, como vimos, sobretudo na pessoa, inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social. Assim, e em síntese, os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos, no CS, no domicílio, ou em organizações comunitárias, acompanhando-os ao longo do ciclo de vida, próximos dos problemas e anseios das pessoas.

O papel do enfermeiro na comunidade consiste em «possibilitar» a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento.

Face a uma complexidade crescente dos problemas relacionados com a saúde, e no momento em que esta é repensada, os enfermeiros são considerados elementos fundamentais nas estratégias e reformas a implementar. É premente adoptar escalas de níveis de dependência da família, de diagnóstico e avaliação de saúde das populações.

Cabe-nos então fazer um esforço para transpor para a prática as directivas mundiais de âmbito comunitário, contribuindo para que a saúde das pessoas e populações constitua uma mais-valia na economia do país. Há, portanto, que manter uma perspectiva de avaliação contínua dos objectivos traçados, das actividades desenvolvidas e das metodologias adoptadas.

Há que desenvolver bases de informação que permitam aos enfermeiros melhorar o planeamento e a utilização dos recursos existentes, explorando e rentabilizando potencialidades.

Devem-se instalar novas metodologias de trabalho que permitam a recolha e interpretação sistemática da informação. A investigação começa agora a impor-se como prática quotidiana porque nasce da necessidade de reflexão e questionamento.

É hora de emergirem as ciências sociais a partir dos contextos em que as pessoas vivem. Há uma grande riqueza metodológica a explorar e que desafia a enfermagem.

Os enfermeiros estão conscientes dos problemas efectivos de saúde pública/comunitária e pretendem desenvolver programas e projectos para darem solução aos mesmos.

Nesse sentido, a temática abordada exige que trabalhem de forma diferente e fundamentada nos seguintes pressupostos:

- Basear a nossa actuação em necessidades reais;
- Utilizar intervenções *evidence-based*;
- Integrar e articular a promoção de saúde e a prevenção da doença;
- Promover a participação activa dos indivíduos e comunidades nas decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde;
- Desenvolver competências essenciais ao trabalho com as famílias e planear as actividades em função dos ganhos em saúde.

1 - CARACTERIZAÇÃO ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, teve o seu início como Escola de Enfermagem e foi inaugurada a 12 de Novembro de 1972, pelo então Presidente da República Almirante Américo Thomaz. A construção desta escola obedeceu a programa elaborado pela comissão de construções hospitalares, em colaboração com a Direcção Geral dos Hospitais, com o intuito de formação de Auxiliares de Enfermagem e, foi previsto para a frequência de 60 alunos de ambos os sexos, possuindo internamento para 40 alunos nas suas instalações..

Com a publicação da portaria n.º 232/71, iniciou a sua actividade com a formação de Auxiliares de Enfermagem. Em 1975 passa a leccionar o Curso Geral de Enfermagem. A Portaria 821/89 reconverte a Escola de Enfermagem, em Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Com a publicação do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Setembro o Ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, entrando-se no chamado período de transição que culminou, com a integração no Instituto Politécnico de Portalegre, no ano de 2001. Em 1990 passa a leccionar o Curso Superior de Enfermagem (CSE). Paralelamente, foi criado e leccionado na Escola em 1996, o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade, com a opção em Saúde no Trabalho e a opção em Saúde do Idoso, o Ano Complementar de Formação em Enfermagem (1999-2003). Também em 1999 se dá início ao Curso de Licenciatura em Enfermagem e ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem que ainda se mantém. A portaria 508/2006, é criado o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, com a duração de três semestres lectivos. O Despacho n.º. 23087/2009, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, autoriza o funcionamento do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde na família. O despacho 11908/2010, autoriza a Escola Superior de Saúde a ministrar pela primeira vez, fora da área de competência relacionada com a Enfermagem, a ministrar o Curso Superior de Higiene Oral.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior, cuja finalidade principal é conferir formação científica, humana técnica e cultural, para o exercício de actividades profissionais, altamente qualificados, no âmbito da saúde, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida. Para a prossecução dos seus objectivos compete-lhe:

- - Formar profissionais altamente qualificados, no âmbito da Enfermagem e Saúde Oral, com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico e técnico;
- - Incentivar a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- - Fomentar a realização de actividades de pesquisa e investigação;
- - Possibilitar uma estreita ligação entre a Escola e a comunidade, mormente no que respeita à prestação de serviços e ao intercâmbio entre a Escola, Instituições de Saúde, de Ensino e outras;
- - Estimular o desenvolvimento de projectos de formação e de actualização dos profissionais de enfermagem e de higiene oral;
- - Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras Instituições, quer públicas quer privadas, nacionais ou estrangeiras, que visem objectivos semelhantes, com vista a um mútuo enriquecimento.
- - A sua conversão a Escola Superior de Saúde, vem no sentido de alargar a oferta aos novos alunos na área da saúde.

2 - ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO

A Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre começou por ser a Escola de Desenho Industrial, no nº 34 da Rua d'Elvas, com autorização do Ministro das Obras Públicas António Augusto de Aguiar, em 1884.

O edifício compreendia lojas, 1º e 2º andar e sobrecâmaras.

A passagem da Escola para as suas instalações actuais, na Avenida George Robinson, tem lugar em 1958, tendo o edifício sido inaugurado pelo então Ministro da Educação Nacional, Dr. Leite Pinto, no dia 5 de Junho.

No ano lectivo de 2009/2010, quando das comemorações dos 125 anos da Escola, iniciaram-se as obras de requalificação e modernização do actual edifício, no âmbito do programa de requalificação das escolas, levado a cabo pela «Parque Escolar».

A Escola situa-se num local privilegiado da cidade de Portalegre, na Av. George Robinson, freguesia de S. Lourenço. O meio envolvente é constituído pelo Convento de S. Bernardo (séc. XVI) - monumento nacional desde 1910- Jardim da Corredoura, alvo de recentes intervenções no âmbito de Programa POLIS e Câmara Municipal de Portalegre, antigo Colégio de S. Sebastião.

Após as obras de requalificação, a Escola Secundária de São Lourenço viu transformada em realidade uma ambição já antiga. Para além das salas de aula tradicionais, as quais todas possuem computador e projector, passou a dispor de espaços amplos e apelativos. Incluem-se nestes, uma ampla e moderna Biblioteca, áreas de lazer ajardinadas, corte de ténis, ginásio, estacionamento para professores e funcionários. Complexo Desportivo e outras infra-estruturas de apoio nomeadamente os serviços administrativos, cozinha, refeitório, bar, secretaria, sala de convívio dos alunos, sala de exposições, museu, sala da associação de estudantes, Gabinete de Saúde (primeiros Socorros), Gabinete dos Serviços de Psicologia e Orientação, Gabinetes para a Equipa de Apoio à Escola, a reprografia e a loja de conveniência.

No ano lectivo de 2010/2011 foram matriculados na Escola Secundária São Lourenço um total de 728 alunos no ensino diurno, a escola abriu os quatro Cursos Científico-Humanísticos (Ciências e Tecnologias, Ciências Socioeconómicas, Línguas

e Humanidades e Artes Visuais) e dois cursos profissionais (Técnicos de Instalações Eléctricas e de Gestão e Programação de Sistemas Informáticos). Funciona ainda o 11º ano do Curso Profissional de Secretariado e, no 12º ano, o de Informática de Gestão. Frequentam ainda o ensino nocturno, 22 alunos do Curso de Educação e Formação de Adultos de nível secundário.

Foram abrangidos pelo pedido informal duas turmas de 10º ano, das quais como já disse, não lhes foi aplicado nenhum questionário e não estão abrangidos por nenhum protocolo com a Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Conforme descrito no projecto educativo de 2011-2013 e dando resposta ao que está preconizado no Decreto-lei nº 60/2009, de 6 de Agosto e na Portaria nº 196-A / 2010 de 9 de Abril. A abordagem que é feita será feita de uma forma explícita, intencional e pedagogicamente estruturada e implementada de forma gradual e equilibrada, respeitando as orientações legais e atendendo às questões e aos anseios dos alunos, dos pais e encarregados de educação.

Quanto aos recursos humanos na Escola trabalham 80 professores, sendo 69 do quadro da Escola, 10 contratados e 1 do quadro de zona pedagógica. Do pessoal não docente o corpo da Escola é constituído por 38 funcionários, sendo 19 em situação Profissional de Contrato em funções públicas e 19 exercendo funções em regime de Contrato Individual de Trabalho por tempo indeterminado. Dos 38 funcionários, 11 são Assistentes Técnicos e 27 Assistentes Operacionais.

3 - CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA MOUZINHO DA SILVEIRA

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre, sede de concelho e distrito, e tem a sua raiz no Antigo Liceu de Portalegre, criado em 1844, que começou por ficar instalado no Seminário de Portalegre, hoje Museu Municipal.

Cedendo as suas instalações à Escola Superior de Educação de Portalegre, os seus recursos humanos e o seu valiosíssimo património cultural mudam-se para um edifício construído para o efeito na Estrada do Bonfim, onde, até esta data, permanece, como Escola Secundária Mouzinho da Silveira (ESMS, 2006).

A Escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes e freguesias rurais do concelho, mas apesar da sua história e do prestígio que granjeou, tem visto a sua população escolar diminuir, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito. Com uma população residente de 25980 (2001), o concelho de Portalegre, assistiu a um decréscimo populacional, entre 1991 e 2001, em cerca de menos 5% da população.

No ano lectivo de 2010/2011 matricularam-se na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, um total de 670 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 235 no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (7º ao 9ºano), 24 de uma turma do Curso Educação e Formação de nível básico, que confere equivalência ao 9º ano e certificação profissional de nível 2, temos ainda 411 alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 215 nos Cursos Científico-Humanísticos, 59 no Curso Tecnológico de Desporto e 137 em Cursos Profissionais que conferem certificação escolar equivalente ao 12º ano e certificação profissional de nível 3.

Foram abrangidos pelo “acordo informal” com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, na área da Educação para a Saúde – Sexualidade na Adolescência, um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Esta foi uma das áreas a privilegiar pela Direcção da Escola, conforme descrito no seu projecto educativo de 2011-2013 de forma a contribuir para a aplicação do

preconizado no Decreto-lei nº 60/2009, de 6 de Agosto e na Portaria nº 196-A / 2010 de 9 de Abril.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira na Escola trabalham 87 professores, sendo 67 do quadro da Escola e 20 são contratados.

Do pessoal não docente o corpo da Escola é constituído por 30 funcionários, sendo 20 do quadro da Escola, 9 exercendo funções em regime de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, 1 em contrato a termo certo. Dos 30 funcionários, 10 são Assistentes Técnicos e 20 Assistentes Operacionais.

Tendo sido intervencionada no âmbito do Programa de Modernização das escolas do Ensino Secundário, pela Parque Escolar durante o ano lectivo 2008/2009, ficou dotada de novos espaços e viu melhorados os já existentes, reunindo, neste momento, todas as condições para o desenvolvimento de um processo de ensino aprendizagem conducente a um maior sucesso dos alunos.

A Escola funciona em diferentes Blocos de A a G, em termos de equipamentos informáticos, todas as salas de aula possuem computador e projector, tendo, uma em cada três, quadros interactivos com excepção do bloco A onde existem quatro salas com este recurso informático.

A escola possui ainda salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca.

1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DE EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

A intervenção comunitária decorreu em duas escolas secundárias do Distrito de Portalegre, a Escola Secundaria de São Lourenço (ESSL) e a Escola Secundaria Mouzinho da Silveira (ESMS).

Procurou-se desta forma dar resposta a um projeto de colaboração realizado entre a ESMS e a ESSP, na área da educação sexual na adolescência, tendo por finalidade dar resposta ao programa de educação sexual. Os alunos abrangidos por este projeto são os pertencentes a três turmas de 8º e 9º ano de escolaridade, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação.

Foi realizado um diagnóstico de situação, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde. Este diagnóstico foi elaborado por 13 alunos do 1º mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem comunitária, durante o 2º semestre. A colheita de dados foi efetuada com base num questionário utilizado no estudo de (Martins, 2007) elaborado por (Vilar, 2002). O questionário era constituído por perguntas abertas e fechadas, que permitiam obter dados sobre: a caracterização sociodemográfica e religiosa; diálogo entre os adolescentes e os pais acerca da sexualidade; idade de início de relações sexuais e utilização de métodos contraceptivos; preocupação com IST; as fontes que os adolescentes privilegiam para obter informação sobre a educação sexual; a opinião dos adolescentes relativamente à sexualidade, permitindo identificar as suas atitudes. A sua aplicação decorreu entre os dias 29 de Novembro e 15 de Dezembro de 2010 a uma população constituída por 264 alunos (8º, 9º, 10º ano e CEF). A análise estatística foi realizada através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows. Para análise das perguntas abertas recorreu-se à análise de conteúdo.

As principais conclusões do diagnóstico de situação, que permitiram a elaboração do projeto de estágio foram as seguintes:

- Os jovens têm atitudes predominantemente liberais,

- As raparigas são mais conservadoras acerca de temas como a distribuição de materiais pornográficos,
- Os rapazes são muito conservadores relativamente à homossexualidade.
- Mais de metade dos jovens já decidiu iniciar relações sexuais, existindo uma grande percentagem que ainda não decidiu que método contraceptivo utilizar.
- Os amigos e o grupo de pares são de grande importância para o esclarecimento de dúvidas, sendo-lhes atribuído um papel muito importante na educação sexual.

Estas conclusões traduziram-se nas necessidades de intervenção em estágio sobre papéis de género, clarificação de valores sobre sexualidade, fontes de informação fidedigna, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, e IST.

A etapa do planeamento em saúde relativamente ao definir as prioridades não foi directamente abordada, uma vez que todos os temas eram passíveis de ser abordados em sala de aula nas sessões de educação sexual. Além disso, existia um pedido dos professores para se abordarem os temas relacionados com comportamentos sexuais de risco, principalmente as IST e a gravidez na adolescência.

A intervenção realizada na ESSL pretende dar resposta a um pedido informal de colaboração dos docentes do 10º ano para uma abordagem dos mesmos temas.

1.1 - FIXAÇÃO OBJECTIVOS

Esta é a fase seguinte à determinação das prioridades. É uma etapa fundamental, pois como refere (Tavares, 1990:113) “os objectivos correspondem aos resultados visados... para a população-alvo”.

Os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos. (Tavares, 1990).

Deste modo, foram definidos os objetivos, os quais segundo (Tavares, 1990) devem ser elaborados de forma pertinente, precisa, realizável e mensurável. Têm ainda que refletir os resultados pretendidos com a implementação do projeto em relação à população-alvo. Deste modo, foi definido um objetivo geral e quatro objetivos específicos:

Objetivo Geral:

- Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes do 8º, 9º, 10º ano e CEF da ESMS e das turmas 10º E e 10º F da ESSL.
- **Objetivos Específicos:**
- Proporcionar aquisição de conhecimentos aos adolescentes sobre os métodos contraceptivos e IST, até final de Maio de 2011.
- Proporcionar aos adolescentes momentos de reflexão sobre o que é a sexualidade, até final de Maio de 2011.
- Proporcionar momentos de reflexão sobre os papéis de género, até final de Maio de 2011.
- Proporcionar momentos de reflexão e discussão sobre a necessidade de respeitar a pluralidade de opiniões relativamente à afetividade e à sexualidade, até final de Maio de 2011.
- Informar sobre fontes de informação credíveis os adolescentes da ESMS e da ESSL, até final de Maio de 2011.

Para a consecução desta fase é necessário selecionar indicadores. Segundo (Imperatori & Giraldes, 1982:43) “Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.”

(Tavares, 1990) considera que os indicadores podem ser de dois tipos. Indicadores de resultado ou de impacto, os quais medem as alterações verificadas e os indicadores de atividade ou de execução que medem as atividades desenvolvidas.

Uma vez que com os indicadores de impacto se prevê a alteração de comportamentos ou do estado de saúde da população, estes não foram passíveis de ser definidos, uma vez que estas alterações só poderiam ser visíveis a médio e longo prazo, o que não seria exequível durante este estágio. Assim, foram definidos os indicadores de atividade.

Indicadores de atividade:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores responsáveis pelo estágio;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Diretora da ESMS e com os diretores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde por turma;

Indicadores de avaliação da execução:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior.

Estes indicadores foram definidos para avaliar o grau de satisfação dos alunos face às sessões realizadas.

1.2 - SELEÇÃO ESTRATEGIAS

Esta etapa surge como um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos fixados, inflectindo a tendência de evolução natural dos problemas (Imperatori E Giraldes, 1982:65).

Com esta fase pretende-se, como refere (Imperatori & Giraldes, 1982:65) “propor novas formas de actuação que permitam alcançar os objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.” Tendo por base esta premissa, assim como os parâmetros enunciados por Tavares (1990) que devem estar presentes na seleção de estratégias (os custos, a pertinência, os obstáculos, as vantagens e os inconvenientes de cada estratégia), foram definidas as seguintes estratégias:

- Participação dos professores do 1º mestrado responsáveis pelo estágio e direção da ESSP em todas as atividades desenvolvidas;
- Colaboração dos professores e diretores das escolas (ESMS; ESSL) nas atividades desenvolvidas com os alunos;
- Envolvimento do grupo de 13 alunos do 1º mestrado em todas as atividades desenvolvidas;
- Divisão do grupo de 13 alunos do 1º mestrado em cinco grupos de 2 alunos e 1 grupo de 3 alunos para a desenvolver as sessões de educação para a saúde em dias diferentes;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde tendo por temática educação sexual na adolescência em cada turma;
- Utilização de metodologias e técnicas pedagógicas para motivação dos adolescentes.

No planeamento das atividades e das sessões a realizar foram tidos em conta os 4 princípios que segundo Costa (2006) são necessários para se intervir de uma forma eficaz na mudança comportamental e que são: a componente informativa, que pretende aumentar o conhecimento dos indivíduos sobre os riscos para a saúde; o desenvolvimento de competências sociais, as quais são necessárias para a redução dos comportamentos de risco e para a realização da transição para comportamentos preventivos; melhorar o nível destas competências e o nível de autoeficácia do indivíduo, ou seja, a forma como ele exerce controle sobre as suas ações, condutas e pensamentos de modo a atingir com sucesso as mudanças a que se propõe; proporcionar apoio ao indivíduo, de forma a facilitar-lhe o processo de mudança.

1.3 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Segundo (Tavares, 1990) “um programa é um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia”. Ainda segundo o mesmo autor “um projecto é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo”.

Deste modo, é importante referir a principal característica que os distingue, “enquanto que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo o projecto decorre num período de tempo bem delimitado”. (Imperatori & Giraldes (1982:86).

No Programa Nacional de Saúde Escolar é referido como uma das áreas prioritárias a saúde sexual e reprodutiva. A Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto vem estabelecer o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Deste modo, foi elaborado um projeto de intervenção em educação sexual para os alunos de 8º, 9º e 10º ano da ESMS e turma 10ºE e 10ºF da ESSL de Portalegre no ano letivo de 2010/2011.

Este projeto foi desenvolvido por um grupo de 13 alunos do 1º mestrado em enfermagem comunitária, através da elaboração de um projeto de estágio de grupo (Apêndice I) que teve como finalidade uniformizar práticas e procedimentos entre todos os elementos do grupo. A partir deste projeto foi elaborado o projeto individual de estágio (Apêndice II), de acordo com as necessidades formativas de cada

mestrando, onde são referenciadas todas as atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos já referenciados.

1.4 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

É nesta etapa que se especifica quando, onde e como as atividades que constituem o projeto devem ser concretizadas.

A especificação detalhada visa listar as atividades do projeto, precisando como cada uma deve ser executada, determinar as necessidades em recursos e estabelecer um calendário da execução.(Imperatori & Giraldes, 1982).

Assim, para uma melhor percepção e análise, em seguida apresento o cronograma e mapa de actividades referentes à sexualidade na adolescência, porque tal como nos diz (Tavares, 1990) “a apresentação de um cronograma ajuda a clarificar a sequência das actividades e demonstra um profundo conhecimento do que se pretende fazer”. (Apêndice III).

O estágio iniciou-se com uma reunião entre os professores responsáveis pelo mesmo, a Professora Doutora Filomena Martins e o Professor Doutor Mário Martins, na qual foram definidas as linhas orientadoras para a sua execução, assim como para as atividades a desenvolver. Estas reuniões foram frequentes durante todo o período de estágio, por solicitação dos mestrandos ou por solicitação dos orientadores, sempre que existia necessidade de orientação.

Sendo a intervenção desenvolvida em contexto escolar, houve necessidade de realizar contactos com as direções de ambas as escolas. Com estas reuniões pretendeu-se envolver os docentes na temática da educação sexual dos adolescentes, assim como nas atividades de educação para a saúde sobre este tema a serem realizadas pelos mestrandos.

A 30 de Março de 2011 realizou-se a última reunião com a diretora da ESMS. Nesta reunião, onde estiveram presentes os 3 mestrandos representantes do grupo e os professores orientadores do estágio, pretendeu-se dar a conhecer à diretora da ESMS as necessidades de intervenção que emergiram das principais conclusões do diagnóstico de situação realizado na instituição, planear os temas das sessões de educação para a saúde e calendarizar as atividades a desenvolver com as turmas da

escola. As temáticas que se traduziram em necessidades de intervenção em estágio foram sobre papéis de género, clarificação de valores sobre sexualidade, fontes de informação fidedigna, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, e IST. Os professores consideraram importante a abordagem destes temas, uma vez que constatavam haver predisposição para os comportamentos de risco neste grupo etário.

As temáticas a desenvolver na ESSL, surgiram de um pedido realizado pelos professores desta escola, aos professores orientadores do estágio da ESSP, onde solicitavam que nas sessões de educação para a saúde fossem abordados os temas da gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos a duas turmas do 10º ano. Foram efetuados contactos entre os mestrandos e os professores da ESSL com a finalidade de calendarizar as sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual na adolescência.

Destes contactos resultou a calendarização das sessões de educação para a saúde de 2 a 6 de Maio de 2011. Esta semana, foi a possibilidade apresentada pelos professores da ESSL e ESMS para a realização das sessões de educação para a saúde no âmbito da sexualidade nas escolas, sem colidir com as atividades letivas programadas pelas escolas, nomeadamente as de preparação dos alunos para os exames.

Foi elaborado um mapa de calendarização das sessões pelas turmas durante a semana proposta (Apêndice IV).

As reuniões do grupo de 13 mestrandos foram realizadas quinzenalmente na ESSP, e tinham como objetivo planejar estratégias que permitissem a realização das atividades, e uniformizar práticas e procedimentos no grupo. Numa destas reuniões procedeu-se à divisão dos mestrandos pelos dias de realização das sessões, sendo cada sessão realizada por dois elementos. No entanto, houve um dia em que as sessões foram realizadas por três elementos, em virtude do número de mestrandos ser treze. (Apêndice V)

1.4.1 - Planeamento das sessões de educação para a saúde sobre sexualidade na adolescência

O planeamento das sessões de educação para a saúde sobre a sexualidade na adolescência foi feito tendo por base: as conclusões do diagnóstico de situação; o pedido dos professores das escolas para abordagem das temáticas da gravidez na

adolescência, prevenção das IST's e métodos contraceptivos; as diretrizes definidas no quadro anexo do n.º1 do artigo 3.º da portaria nº 196-A/2010, que veio regulamentar a Lei nº 60/2009, que define as orientações curriculares sobre a educação sexual nos estabelecimentos de ensino.

As sessões foram planeadas para terem a duração de 90 minutos cada, o que corresponde ao tempo letivo dispensado pelas escolas para cada turma, sendo que as sessões foram realizadas a um total de 15 turmas.

Tendo em vista as orientações curriculares previstas na legislação citada, houve necessidade de planear as sessões para os 8º/9º anos e 10º ano com ligeiras diferenças. Assim, nas sessões do 8º/9º anos foram abordados os seguintes temas: definição de sexualidade; papéis de género; métodos contraceptivos e fontes de informação sobre educação sexual. Nas sessões do 10º ano os temas abordados foram: definição de sexualidade; atitudes face à sexualidade; IST; gravidez na adolescência; fontes de informação sobre educação sexual. Deste modo, foram elaborados dois planos de sessão, um para o 8º/9º anos (Apêndice VI) e outro para o 10º ano (Apêndice VII), onde se encontram definidos os conteúdos, as metodologias e técnicas pedagógicas, os recursos e o tempo previsto para cada tema.

1.4.2 - Técnicas pedagógicas e metodologias utilizadas

Optou-se pela utilização de técnicas pedagógicas e metodologias participativas, pois estas permitem aos adolescentes expressarem as suas opiniões, ficando o formador com o papel de mediador, facilitando o debate e orientando a procura de informação.

Segundo Bandura, referido por (Costa, 2006), para se intervir de uma forma eficaz na mudança comportamental devem estar presentes quatro componentes principais: a componente informativa; o desenvolvimento de competências sociais; melhorar o nível destas competências; proporcionar apoio ao indivíduo (promover o processo de mudança).

Para a abordagem dos temas relacionados com as IST, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos foram utilizados filmes realizados por alunos dos cursos de licenciatura da ESSP, os quais foram cedidos após realização de pedido formal para a sua utilização. Estes filmes possuíam a particularidade de terem sido realizados em Portalegre, o que facilitava a aproximação aos adolescentes, pois retratava as situações que se pretendia abordar num espaço que lhes era familiar e com o qual se identificavam. A sua utilização teve também por base uma premissa da teoria sócio cognitiva de Bandura a qual refere que “as pessoas aprendem, não só através das

suas próprias experiências, mas também observando as acções dos outros e os resultados dessas acções.” (Glanz 1999: 29).

Como suporte para a apresentação destes conteúdos foram realizadas duas apresentações em powerpoint, uma para o 8º/9º anos (Apêndice VIII) e outra para o 10º ano (Apêndice IX) as quais permitiram integrar e fazer hiperligações a outros documentos, tornando-as mais dinâmicas e flexíveis.

1.4.3 - Operacionalização das sessões

Para a apresentação das sessões foi necessário dar à sala de aula uma disposição que fosse facilitadora da comunicação. A sala não tinha mesas e as cadeiras foram dispostas em U, para permitir uma maior proximidade entre os formadores e os formandos. A primeira parte da sessão com a duração de 15' foi reservada para a apresentação dos formadores, do tema e dos objetivos da sessão, havendo também espaço para conhecer as expectativas dos adolescentes em relação à mesma.

Para o desenvolvimento da sessão foi planeado a abordagem dos temas:

- Definição de sexualidade da OMS;
- Fontes de informação.(estes 3 temas eram comuns aos planos de sessão das turmas do 8º/9º anos e 10º ano).
- Papéis de género;
- Métodos contraceptivos; (temas apresentados exclusivamente às turmas do 8º/9º anos).
- IST;
- Atitudes face à sexualidade;
- Gravidez na adolescência.(temas apresentados às turmas do 10º ano).

1.4.4 - Planeamento da avaliação das sessões realizadas

Para avaliação da satisfação dos formandos em relação aos temas apresentados, ao desempenho dos formadores, aos métodos e técnicas pedagógicas utilizadas foi elaborado um questionário (Apêndice XI) com 8 questões, em que se atribuía a cada uma a classificação de um dos itens da escala (insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito). A última pergunta era aberta para comentários e sugestões.

1.5 – EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O período de realização das sessões de educação para a saúde foi de 2 a 6 de Maio de 2011, no entanto, o relato da execução de atividades será referente às realizadas nos dias 4 e 5 de Maio, uma vez que como já foi referido, foi necessário dividir os alunos do mestrado em grupos, sendo cada sessão realizada por 2 mestrandos, havendo um dos dias que foram realizadas por 3 mestrandos.

Todas as sessões decorreram de acordo com o planeamento efetuado, no entanto, uma vez que o plano de sessão era flexível foi possível ajustar as sessões às necessidades de cada turma.

A fase do desenvolvimento da sessão teve início com a definição do conceito de sexualidade. Foi pedido aos adolescentes que dissessem palavras (as quais eram anotadas no quadro) que estivessem relacionadas com este conceito. Em seguida foram explicadas as 3 dimensões que compõem a definição (bio fisiológica, social e psicoafetiva), agrupando com a sua ajuda as palavras em cada uma destas dimensões. Esta atividade finalizou com a projeção em powerpoint da definição da OMS. Esta atividade teve a duração de 20' e foram utilizados como materiais didáticos o projetor, computador e quadro da sala de aula.

Na introdução do tema sobre “papéis de género” nas sessões das turmas do 8º/9º anos, foi projetado um filme com a duração de 4' (Apêndice X) onde se mostra a evolução dos papéis sociais dos homens e das mulheres. Pretendeu-se, desta forma fomentar a troca de opiniões sobre a evolução dos papéis sociais, assim como, sensibilizar os adolescentes para flexibilização atual dos papéis de género. A atividade teve uma duração de 20' e utilizaram-se como recursos didáticos, o computador e o projetor.

A abordagem das “atitudes face à sexualidade” foi feita através da projeção de algumas frases baseadas em frases da escala de atitudes de Fisher e Hall, adaptada por (Vilar, 2002). Estas frases são afirmações (positivas ou negativas) sobre temas que originam polémica, tais como a homossexualidade, masturbação, relações sexuais antes do casamento e contraceção. Para posicionamento dos adolescentes em relação à sua opinião não foram utilizadas as 5 posições da escala (tipo escala de likert): concordo totalmente, concordo, não concordo/nem discordo, discordo e discordo totalmente. Após a projeção de cada frase os adolescentes eram questionados sobre se concordavam ou discordavam da afirmação, debatendo-se de seguida as opiniões manifestadas. Pretendeu-se, desta forma, sensibilizar para a

necessidade de respeitar a pluralidade de opiniões relativamente à sexualidade e afetividade, clarificando também algumas temáticas durante a discussão. Esta atividade teve a duração de 15' e foram utilizados como materiais didáticos o computador e o projetor.

A abordagem dos métodos contraceptivos nas sessões realizadas ao 8º/9º anos foi através da colocação de uma questão sobre “Quais os métodos contraceptivos que conhecem?”. Os adolescentes referiam os métodos que conheciam e o formador anotava-os no quadro. Posteriormente foram lidos todos os métodos referidos. Pretendeu-se desta forma conhecer quais os métodos com que se encontravam mais familiarizados. Seguidamente foi colocado em discussão quais seriam os métodos mais eficazes na prevenção da gravidez e das IST (apresentados às turmas do 10ºano) foi projetado o filme “A vida cortada por uma escolha” (Anexo I) que foi realizado por antigos alunos da licenciatura da ESSP, onde são abordadas as relações sexuais protegidas e não protegidas e suas consequências. A projeção do filme foi interrompida numa fase em que tinha havido uma relação sexual não protegida, com o intuito de proporcionar aos adolescentes a construção de um possível desenlace para a situação. Desta forma, foi possível debater uma possível gravidez ou uma possível contaminação por IST.

Assim, relativamente à gravidez não planeada foi possível abordar ideias como: o que fazer quando se tem uma relação não protegida?; como prevenir uma gravidez?; o que fazer perante uma gravidez não planeada na adolescência? A troca de ideias resultante permitiu alertar para as implicações que uma gravidez não planeada pode ter no futuro dos jovens e da importância da utilização de métodos preventivos.

Desta forma, foram informados sobre a necessidade de utilização do método preventivo correto. Informaram-se os adolescentes sobre os métodos contraceptivos existentes mais eficazes, esclarecendo dúvidas e promovendo escolhas futuras conscientes e informadas.

Nesta atividade foram utilizados como recursos o computador, o projetor e foi planeada para uma duração de 30'.

Terminada a sessão foram projetados os contactos de entidades que os adolescentes poderão consultar ou contactar para esclarecer dúvidas sobre educação sexual.

Relativamente à abordagem da definição de sexualidade, verificou-se ser de grande importância, pois permitiu clarificar o conceito demonstrando a sua abrangência (dimensões bio fisiológica, psicoafetiva e sociocultural). Os alunos verbalizaram ser de grande importância a forma como o tema foi abordado, pois

estavam habituados a ouvir os técnicos de saúde a falar principalmente de métodos contraceptivos e IST.

Foi grande a participação dos alunos na atividade referente aos papéis de género, verbalizando a sua opinião sobre os papéis atribuídos pela sociedade ao homem e à mulher, sendo de realçar a existência de opiniões bastante liberais sobre a assunção de papéis de género igualitários e não discriminatórios.

Na atividade referente às frases valorativas sobre “atitudes face à sexualidade” existiu grande participação por parte dos alunos, explicando a razão da sua concordância ou discordância. Nalgumas situações, após a discussão, verificou-se mudança de opinião. Numa turma houve necessidade de prolongar o tempo atribuído a esta atividade em detrimento do tempo atribuído aos métodos contraceptivos, por solicitação dos próprios alunos, uma vez que eram da opinião que se estavam a obter resultados muito positivos.

As atividades onde se verificou existir menor interesse foram as relativas aos métodos contraceptivos e IST, pois segundo eles, estes temas já tinham sido abordados diversas vezes por outros professores e em sessões organizadas com técnicos de saúde. No entanto, estas atividades foram bastante participadas e permitiram esclarecer dúvidas.

Verificou-se que os métodos e técnicas pedagógicas utilizadas foram os indicados, pois foi superada a expectativa dos formadores em relação à participação dos alunos. É de salientar que as técnicas utilizadas foram selecionadas por serem utilizadas em sessões de educação sexual.

Os professores das escolas e os alunos no final das sessões referiram que estas foram muito proveitosas. Salientaram ainda a importância do papel dos enfermeiros na educação sexual em meio escolar.

Os últimos 5 minutos das sessões foram reservados para o preenchimento dos questionários, os quais foram respondidos por todos os alunos.

1.6– AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Esta é a última etapa do processo do planeamento em saúde e com ela pretende-se planificar de modo mais eficaz e melhorar a atividade em curso (Tavares 1990).

É nesta fase que os indicadores definidos surgem como instrumentos de medida pois “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados.”(Imperatori & Giraldes ,1982:132).

Deste modo, foram atingidos os objetivos propostos no projeto de intervenção, como se pode constatar pela análise dos indicadores.

Indicadores de atividade:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores responsáveis pelo estágio;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Diretora da ESMS e com os diretores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde por turma.

Indicadores de avaliação da execução:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior.

Da análise dos indicadores de atividade pode-se concluir que foram atingidos na sua globalidade, pois foram todos realizados, conforme pode ser verificado na etapa do planeamento da execução e execução das atividades.

A análise dos indicadores da avaliação da execução foi realizada através da análise dos questionários de satisfação aplicados aos alunos no final das sessões.

A análise estatística das perguntas foi realizada através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows. Numeraram-se aleatoriamente os questionários, sendo os dados introduzidos de acordo com a sequência em que estavam no questionário.

Utilizou-se a estatística descritiva: frequência absoluta e percentagem.

Relativamente à questão aberta do questionário não se obtiveram comentários ou sugestões, pelo que não foi realizada análise de conteúdo da mesma.

Os dados serão apresentados em quadros, sendo realizada primeiro a sua descrição.

A população alvo das sessões de educação para a saúde na área da educação sexual foi de 276 adolescentes, com idades que variavam entre os 13 e os 22 anos. O maior número de adolescentes situa-se na faixa etária dos 15/16 anos (146).

Idade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
13	22	15,3	12	9,1	34	12,3
14	26	18,1	20	15,2	46	16,7
15	44	30,6	39	29,5	83	30,1
16	27	18,8	36	27,3	63	22,8
17	13	9	17	12,9	30	10,9
18	8	5,6	5	3,8	13	4,7
19	4	2,8	2	1,5	5	2,2
22	0	0	1	0,8	1	0,4
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 1 – Distribuição dos adolescentes segundo idade e sexo

A maioria dos adolescentes frequenta o 10º ano (53,3%), seguindo-se o 8º ano (23,9%) e o 9º ano (22,8%).

Ano Escolar	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
8º Ano	39	27,1	27	20,5	66	23,9
9º Ano	32	22,2	31	23,5	63	22,8
10º Ano	73	50,7	74	56,1	147	53,3
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 2 – Distribuição dos adolescentes segundo escolaridade e sexo

Relativamente à distribuição dos alunos por estabelecimento de ensino, 238 frequentam a ESMS e 38 a ESSL.

Estabelecimento de Ensino	Sexo		Total da amostra
	Feminino	Masculino	

Escola secundaria	N	%	N	%	N	%
Mouzinho da Silveira	121	84	117	87,9	238	86,2
São Lourenço	23	16	15	11,4	38	13,8
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

Relativamente ao desempenho dos mestrandos foi avaliada a satisfação dos adolescentes face:

- À simpatia e desempenho dos técnicos, verificando-se que 93,1% responderam na posição muito satisfeitos e extremamente satisfeitos;
- À competência e profissionalismo dos técnicos, 99,6% responderam nas posições satisfeito, muito e extremamente satisfeito;
- Ao esclarecimento de dúvidas, 98,9% responderam satisfeito, salientando-se que 51,8% responderam extremamente satisfeito.

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	6	4,2	12	9,1	18	6,5
	Muito satisfeito	38	26,4	51	38,6	89	32,2
	Extremamente satisfeito	100	69,4	68	51,5	168	60,9
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	0	0	1	0,4
	Satisfeito	8	5,6	13	9,8	21	7,6
	Muito satisfeito	39	27,1	57	43,2	96	34,8
	Extremamente satisfeito	96	34,8	62	47	158	57,2
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	17	11,8	22	16,7	39	14,1
	Muito satisfeito	37	25,7	54	40,9	91	33
	Extremamente satisfeito	89	61,8	54	40,9	143	51,8

Quadro 4 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o desempenho dos mestrandos

Respeitante à análise da satisfação dos adolescentes face aos temas abordados foi avaliado a:

- Utilidade dos temas, sendo que 98,6% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, salientando-se que 86,3% posicionaram-se em muito e extremamente satisfeitos;
- Forma como os temas foram abordados, 89,8% posicionaram-se no muito satisfeito e extremamente satisfeito.

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Utilidade dos temas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	2	1,4	2	1,5	4	1,4
	Satisfeito	10	6,9	24	18,2	34	12,3
	Muito satisfeito	53	36,8	62	47	115	41,7
	Extremamente satisfeito	79	54,9	44	33,3	123	44,6
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	11	7,6	16	12,1	27	9,8
	Muito satisfeito	58	40,3	63	47,7	121	43,8
	Extremamente satisfeito	75	52,1	52	39,4	127	46

Quadro 5 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante os temas abordados, métodos e técnicas pedagógicas

Na análise da satisfação dos adolescentes perante as sessões, foi analisado:

- Forma como se sentiram durante a sessão, em que 98,9% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito;
- Se a sessão correspondeu à sua expectativa, 98,5% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, dos quais 83,3% muito satisfeito e extremamente satisfeito;
- O grau de satisfação em geral, verificando-se que 99,6% posicionaram-se em satisfeito, muito e extremamente satisfeito.

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra			
		Feminino		Masculino		N		%	
		N	%	N	%				
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Pouco satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1		
	Satisfeito	32	22,2	41	31,1	73	26,4		
	Muito satisfeito	64	44,4	54	40,9	118	42,8		
	Extremamente satisfeito	47	32,6	35	26,5	82	29,7		
A sessão correspondeu às tuas expectativas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0		
	Pouco satisfeito	1	0,7	3	2,3	4	1,4		
	Satisfeito	17	11,8	25	18,9	42	15,2		
	Muito satisfeito	50	34,7	59	44,7	109	39,5		
	Extremamente satisfeito	76	52,8	45	34,1	121	43,8		
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0		
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4		
	Satisfeito	12	8,3	16	12,1	28	10,1		
	Muito satisfeito	44	30,6	50	37,9	94	34,1		
	Extremamente satisfeito	88	61,1	65	49,2	153	55,4		

Quadro 6 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as sessões

Através da análise dos questionários pode-se concluir que os indicadores de avaliação da execução foram atingidos, uma vez que todos os questionários foram respondidos e que a percentagem de alunos que responde na posição de satisfeito ou superior é sempre acima dos 90%, o que pode ser um bom indicador de continuidade para a realização destas sessões.

2 – PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE PORTALEGRE E PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES

2.1 - DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

A experiência acumulada permite concluir que a intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação.

Deste modo, foi proposto pelos professores orientadores do estágio (Professora Dr.^a Filomena Martins e Professor Dr. Mário Martins) aos 13 mestrandos o desafio de integrar na intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis a promoção da imagem da ESSP, pretendendo divulgar a oferta formativa desta instituição, podendo desta forma contribuir para a fixação de jovens nesta região. Segundo os resultados preliminares dos censos 2011 a população residente no concelho de Portalegre diminuiu de 25980 em 2001 para 24973 em 2011.

O problema do abandono escolar que não é apenas uma expressão da (in)eficácia normativa e institucional para se tornar também a expressão da capacidade de uma determinada sociedade para se mobilizar para a generalização dos valores que alicerçam essa opção e para concretizar os direitos e deveres consagrados.

Se estivéssemos numa sociedade em que o acesso a educação, enquanto bem social, se sujeitasse as mais elementares regras do mercado e ao exercício da liberdade de escolha, o problema do abandono escolar não se colocava. Cada indivíduo e cada família “consumiriam” esse bem (ensino / educação) na quantidade e qualidade que entendessem como mais adequados à sua satisfação, capacidade aquisitiva, bem como as suas aspirações e expectativas.

O problema reside no facto de nem os indivíduos – neste caso adolescentes – disporem da autonomia e da informação indispensáveis para uma opção consciente e racional, nem mesmo as próprias famílias, pela sua condição social e cultural, poderem concretizar uma escolha livre em condições de acesso não equitativas. O problema dos adolescentes é parcialmente superado pela responsabilização dos pais na concretização do dever de educação.

Cabe pois a todos, tentar aumentar o potencial de informação disponível em relação às ofertas formativas, neste caso, as ofertas formativas da escola superior de saúde, quer para os adolescentes quer para as famílias dos mesmos. Para desta forma poder fazer face a dois problemas previamente identificados: a falta de informação e por outro lado a cada vez maior taxa de abandono escolar ao nível quer do secundário e neste caso do ensino superior.

Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, ao diagnóstico de situação segue-se a etapa estabelecer as prioridades. Nesta etapa as prioridades sobrepõem-se às do plano nacional de saúde 2004/2010 – Orientações estratégicas, que contempla:

- A necessidade de priorizar intervenções que permitam reduzir os comportamentos de risco, incentivando a adoção de estilos de vida e comportamentos que condicionem favoravelmente a saúde no futuro;
- Reforçar as atividades de redução de comportamentos de risco

Assim, os temas a abordar (uso de tabaco, de drogas ilícitas, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares) eram passíveis de ser abordados nas atividades a desenvolver com os adolescentes.

A população alvo foram todos os alunos do 9º e 12º ano da área de ciência e tecnologia das escolas secundárias do concelho de Portalegre (ESMS; ESSL; EBCF; EB2.3JR), uma vez que se encontram numa altura crucial de tomada de decisão em relação às escolhas formativas para o seu futuro, pelo que a divulgação da oferta formativa existente na Escola Superior de Saúde de Portalegre, faz todo o sentido. Foram um total de 317 alunos, sendo 171 do sexo feminino e 146 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos de idade.

2.2 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos. (TAVARES, 1990).

Para a realização da intervenção comunitária no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis os objetivos definidos foram os seguintes:

Objetivo Geral:

- Promover a imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre;
- Contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis junto dos adolescentes do 9º e do 12º ano da área de ciência e tecnologia das escolas do concelho de Portalegre, integrada na promoção da imagem da ESSP.
- Facilitar as escolhas de vida profissional aos adolescentes do 9.º e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre através da divulgação da oferta formativa existente na ESSP.

Objetivos Específicos:

- Informar os alunos sobre a missão da ESSP;
- Proporcionar a aquisição de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, aos adolescentes até final de Abril de 2011.
- Contribuir para a aquisição nos adolescentes de comportamentos de cidadania numa situação de emergência, até final de Abril de 2011.
- Informar os adolescentes sobre a oferta formativa da ESSP, até final de Abril de 2011.
- Demonstrar aos adolescentes os aspetos práticos relacionados com os cursos ministrados na ESSP, até final de Abril de 2011.
- Facilitar as escolhas profissionais;
- Descrever e analisar as actividades desenvolvidas, os recursos utilizados e o tratamento e análise de dados;
- Avaliação da satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas.

Para esta intervenção não foram definidos indicadores de impacto, uma vez que estes não eram passíveis de serem avaliados no período de duração do estágio.

Assim, foram definidos os indicadores de atividade seguintes:

Indicadores de atividade:

- ✓ Realização de uma sessão de abertura por cada grupo de adolescentes.
- ✓ 3 atividades de educação para a saúde por turma.
- ✓ 1 visita por grupo de adolescentes às instalações da ESSP

Indicadores de avaliação da execução:

- ✓ 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- ✓ 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior.

Estes indicadores foram definidos para avaliar o grau de satisfação dos alunos face às sessões realizadas.

2.3 - SELEÇÃO ESTRATEGIAS

Esta etapa surge como um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos fixados, inflectindo a tendência de evolução natural dos problemas (Imperatori e Giraldes, 1982).

Como em qualquer projecto, podem surgir obstáculos que devem ser atempadamente previstos e formuladas estratégias para fazer face aos mesmos.

Assim, foram definidas as seguintes estratégias:

- Participação dos professores responsáveis pelo estágio do 1º mestrado e direção da ESSP nas atividades desenvolvidas;
- Colaboração dos professores e diretores das escolas (ESMS;ESSL; EBCF; EB2.3JR) nas atividades desenvolvidas;
- Envolvimento o grupo de 13 alunos do 1ºmestrado em todas as atividades desenvolvidas;
- Divisão do grupo de 13 alunos do 1º mestrado em dois grupos para desenvolvimento das atividades em dias diferentes;

- Informação aos adolescentes sobre oferta formativa da ESSP;
- Realização de uma visita dos adolescentes à ESSP;
- Desenvolvimento de atividades interativas com os adolescentes, que permitam informá-los sobre estilos de vida saudáveis;
- Demonstração de algumas intervenções da prática dos cuidados de enfermagem.

2.4 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Segundo (Tavares, 1990) “um programa é um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia”. Ainda segundo o mesmo autor “um projecto é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo”.

Este projeto, na sua elaboração baseou-se no plano nacional de saúde 2004/2010 e nas orientações e intervenções nele referidas como necessárias para produzir as mudanças conducentes a alterações dos estilos de vida e consequentes ganhos em saúde.

Inicialmente foi elaborado um projeto de grupo pelos 13 alunos do 1º mestrado em enfermagem comunitária da (Apêndice I), no qual se pretendeu uniformizar as práticas e procedimentos do grupo. Posteriormente foi elaborado um projeto individual de estágio (Apêndice II), onde são referidas todas as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos.

2.5 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Nesta etapa é especificado quando, onde e como as atividades que constituem o projeto devem ser concretizadas. As atividades desenvolvidas, encontram-se sistematizadas num cronograma (Apêndice III).

As atividades de estágio iniciaram-se com uma reunião entre os professores responsáveis pelo mesmo, a Professora Doutora Filomena Martins e o Professor Doutor Mário Martins, na qual foram definidas as linhas orientadoras para a sua

execução, assim como para as atividades a desenvolver. Estas reuniões foram frequentes durante todo o período de estágio, por solicitação dos mestrados ou por solicitação dos orientadores, sempre que existia necessidade de orientação.

Para envolver os professores das escolas (ESMS, ESSL, EBCF, EB2.3JR) na atividade a realizar pelos mestrados na área dos estilos de vida saudáveis, houve necessidade de realizar contactos com as direções e professores das escolas. Na primeira reunião foi apresentado o esboço da atividade a realizar, o qual teve a aprovação dos docentes. Os contactos estabelecidos posteriormente serviram para planear algumas das atividades, assim como a calendarização das mesmas.

A realização das atividades decorreu na semana de 26 a 29 de Abril. Nesta semana foi possível realizá-las sem colidir com as atividades letivas programadas pelas escolas, nomeadamente as de preparação dos alunos para os exames.

Foi elaborado um mapa de divisão das turmas pelos diferentes dias de atividades (Apêndice XII).

As reuniões do grupo (13 mestrados) realizaram-se quinzenalmente na ESSP, e tiveram como objetivo selecionar as estratégias que permitissem a realização das atividades, assim como a uniformização de práticas e procedimentos no grupo. Para a realização das atividades foi necessário dividir os mestrados pelos dias da semana de 26 a 29 de Abril. O grupo foi dividido em 2 grupos de 6 e num grupo de 7. Cada grupo foi responsável pela gestão das atividades durante 2 dias. Para isso, foi elaborado um mapa de rotação dos mestrados pelas diferentes atividades (Apêndice XIII).

Para divulgação das atividades realizadas pelos alunos do mestrado e promoção da imagem da ESSP, foram efetuados contactos com órgãos de comunicação social, tanto a nível regional como nacional. Neste contacto foi-lhes explicado que iriam ser realizadas atividades dirigidas aos adolescentes das escolas secundárias de Portalegre no âmbito dos estilos de vida saudáveis o que suscitou interesse junto da RTP e da localvisãoTV, que se disponibilizaram para a realização de uma reportagem.

As reportagens foram calendarizadas para o dia 27/04/2011 pela localvisãoTV e para o dia 28/04/2011 pela RTP.

Na realização do planeamento dos temas para as atividades sobre estilos de vida saudáveis e promoção da imagem da ESSP foram tidos em consideração os comportamentos de risco entre os jovens (sedentarismo, uso do álcool, desequilíbrios

nutricionais, tabaco, drogas ilícitas), assim como, a informação sobre a oferta formativa da ESSP e a demonstração de algumas atividades práticas dos enfermeiros. Estas atividades foram planeadas para terem uma duração de 120 minutos por cada grupo de alunos.

Foi elaborado um programa de atividades (Apêndice XIV), onde se descrevem as metodologias e técnicas pedagógicas, atividades, recursos humanos e materiais, e o tempo previsto para cada atividade.

2.6 – EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Foi no período de 26 a 29 de Abril que decorreram as atividades relativas à intervenção sobre promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, integrada na promoção da imagem da ESSP. Para tal, e como já referido foi necessário distribuir os mestrandos pelos diferentes dias de atividades. Foram constituídos 2 grupos, um de 6 e outro de 7 elementos. A cada grupo coube a responsabilidade de gerir as atividades em 2 dias da semana, pelo que foi elaborado um mapa com os mestrandos responsáveis por cada atividade. Por este motivo, as atividades relatadas são referentes às presenciadas e participadas nos dias 28 e 29 de Abril. Também foi elaborado um mapa de rotação dos alunos pelas diferentes atividades.

As atividades decorreram de acordo com o planeamento efetuado. No entanto, no dia 29 de Abril, devido à existência de um grupo de 75 alunos, houve necessidade de dividi-lo em 2 grupos, pois as salas onde decorriam as atividades não comportavam este número de alunos o que tornava difícil a sua participação nas mesmas. Neste caso a alteração ao planeamento revelou-se benéfica.

As atividades tiveram início com uma sessão de abertura realizada pelo Prof. Francisco Vidinha (Diretor da ESSP) e/ou Prof. Dra. Filomena Martins e Prof. Dr. Mário Martins (professores responsáveis pelo Estágio). Esta sessão, com a duração de 10 minutos, era realizada a cada grupo de alunos e pretendia apresentar os objetivos da intervenção, as atividades a desenvolver, a oferta formativa da ESSP e o grupo de mestrandos.

O SBV para leigos era a primeira atividade a ser realizada, tendo sido apresentada segundo as recomendações do conselho português de ressuscitação. Foi elaborada uma apresentação em powerpoint (Apêndice XV), onde foram abordados os temas: o que é o SBV, cadeia de sobrevivência e procedimentos no SBV. Em simultâneo com a apresentação do tema era realizada uma demonstração num

modelo utilizado para a prática de SBV. Esta sessão era realizada por 2 mestrados na sala de práticas de enfermagem e teve a duração de 45 minutos. Como recursos foram utilizados o projetor multimédia, computador e modelo anatómico utilizado nas práticas de SBV. Foi utilizado o método expositivo e participativo, uma vez que no final os alunos tiveram possibilidade de experimentar os procedimentos do SBV, assim como de colocarem dúvidas sobre o tema. Com esta atividade pretendia-se demonstrar a atuação dos enfermeiros em situações de emergência e promover práticas conducentes à cidadania, demonstrando a importância de socorrer uma vítima na via pública.

No final desta sessão os alunos eram divididos em 2 grupos. Um grupo era orientado para a atividade dos estilos de vida saudáveis, o outro realizava uma visita guiada pela escola e pela clínica de higiene oral.

Na atividade sobre estilos de vida saudáveis era apresentado um filme com 2 minutos de duração onde eram abordados os principais comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente: os hábitos alimentares, o consumo de álcool, tabaco e o sedentarismo (Apêndice XVI). A exibição deste filme é simultânea a atividade de determinação de IMC e avaliação de tensão arterial.

Com a realização destas atividades os alunos tiveram oportunidade de perceber o que é o IMC, a tensão arterial, como se avaliam, e a importância de adquirir estilos de vida saudáveis. Puderam esclarecer dúvidas, praticar a avaliação da tensão arterial e IMC e com o decorrer da atividade perceber a importância do papel do enfermeiro no despiste de situações de risco e na educação para a saúde.

Esta atividade teve a duração de 25 minutos, foi realizada na sala de aula junto à das práticas de enfermagem e foi orientada por 3 ou 4 mestrados. Os recursos utilizados foram o computador, projetor multimédia, cartazes, esfigmomanómetros, estetoscópios e balança.

Durante a visita às instalações da clínica de higiene oral era apresentado o filme realizado pela ESSP de divulgação do curso. Nalgumas visitas estiveram presentes os professores do curso de higiene oral que esclareceram algumas dúvidas sobre o curso e respetivas saídas profissionais. A visita teve a duração de 15 minutos e foi orientada por um aluno do mestrado. Os recursos utilizados foram o computador e projetor multimédia. Em seguida foi realizada uma visita às instalações da ESSP (biblioteca, salas de aula, reprografia, sala de convívio e bar), a qual teve como objetivo familiarizar os alunos com o espaço da instituição onde se realizavam as atividades.

No decorrer desta visita os alunos tinham oportunidade de ver no átrio de entrada da escola uma exposição dos alunos da licenciatura da unidade curricular de inglês com temas alusivos à prática de enfermagem. Neste local existiam 2 computadores,

um com a apresentação de um filme sobre a ESSP e outro com a informação disponível sobre a escola.

No final das atividades os alunos regressavam à sala de conferências, onde eram esclarecidas algumas dúvidas que tivessem surgido. Em seguida responderam a um questionário de satisfação (Apêndice XVII), que foi elaborado pelos mestrados, constituído por oito perguntas e com um espaço para comentários ou sugestões, no qual se pretende saber a satisfação dos adolescentes em relação às atividades desenvolvidas, ao desempenho dos mestrados e aos métodos e técnicas pedagógicas utilizadas.

Para mostrar uma imagem de organização/qualidade, optamos por:

- Todos os intervenientes (colegas de mestrado) usarem camisolas iguais, com o logótipo da escola e com a identificação de “enfermeiro” bem visível;
- Foram cumpridos integralmente todos os horários previstos;
- Não existiram compassos de espera;
- Todo o material a utilizar, estava previamente preparado e pronto a funcionar;
- Disponibilizaram-se todas estruturas de apoio da escola (bar, wc, sala de convívio);
- Todos os intervenientes se identificaram convenientemente aos alunos;

Foi muito grande a participação dos alunos nas atividades que foram realizadas, deste modo, estas demonstraram ser indicadas para esta intervenção. No final, tanto os alunos como os professores que os acompanhavam salientaram a importância que estas atividades tiveram quer do ponto de vista educativo (educação para a saúde), quer do ponto de vista informativo, pois foram um veículo de divulgação da oferta formativa na área do ensino superior existente no concelho.

Todos os alunos mostraram disponibilidade para preencher o questionário de satisfação, o que fizeram nos últimos 5 minutos do período de atividades.

Como referido anteriormente, realizaram reportagens sobre as atividades a localvisãoTV no dia 27/04/2011 (Anexo II) e a RTP no dia 28/04/2011 e que foi apresentada no programa Portugal em direto no dia 29/04/2011 (Anexo III).

As atividades foram encerradas pelos professores orientadores do estágio

2.7 – AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Segundo a definição da (OMS, 1981), a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Ainda segundo a mesma entidade, esta deve ser precisa e pertinente.

Sendo a avaliação a última etapa do planeamento em saúde, encontra-se presente em todas as etapas, pois em qualquer etapa do planeamento pode ser necessário reformula-lo.

Para a consecução desta fase é necessário seleccionar indicadores. Segundo (Imperatori & Giraldes, 1982:43) “Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.”

Nesta etapa os indicadores definidos são utilizados como instrumento que nos vão permitir conhecer a realidade e medir os avanços alcançados (Imperatori & Giraldes, 1982)

Já (Tavares, 1990) considera que os indicadores podem ser de dois tipos: Indicadores de resultado ou de impacto, os quais medem as alterações verificadas e os indicadores de actividade ou de execução que medem as actividades desenvolvidas.

Uma vez que com os indicadores de impacto se prevê a alteração de comportamentos ou do estado de saúde da população, estes não foram passíveis de ser definidos, uma vez que estas alterações só poderiam ser visíveis a médio e longo prazo, o que não seria exequível durante este estágio. Assim, foram definidos os indicadores de actividade.

Indicadores de actividade:

- Realização de uma sessão de educação para a saúde por turma;
- Realização de uma sessão de abertura por cada grupo de adolescentes.
- 1 visita por grupo de adolescentes às instalações da ESSP

Indicadores de avaliação da actividade:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;

- 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior;

A análise dos indicadores de atividade permite concluir que foram atingidos na sua globalidade, pois foram todos realizados, conforme pode ser verificado na etapa do planeamento e execução das atividades.

A análise dos indicadores da avaliação da execução foi realizada através da análise dos questionários de satisfação aplicados aos alunos no final das sessões.

As respostas ao questionário foram analisadas através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows. Numeraram-se aleatoriamente os questionários, sendo os dados introduzidos de acordo com a sequência em que estavam no questionário.

Utilizou-se a estatística descritiva: frequência absoluta e percentagem. Relativamente à questão aberta do questionário não se obtiveram comentários ou sugestões, pelo que não foi realizada análise de conteúdo da mesma.

Os dados estatísticos serão apresentados em quadros, sendo realizada primeiro a sua descrição.

A população alvo das atividades foi de 317 alunos, com idades que variavam entre os 14 e os 22 anos. A maior parte dos alunos situa-se na faixa etária dos 14/15 anos (146), seguida da faixa etária dos 16/17 anos (116).

Idade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
14	47	27,5	34	23,3	81	25,6
15	43	25,1	42	28,8	85	26,8
16	14	8,2	7	4,8	21	6,6
17	37	21,6	33	22,6	70	22,1
18	26	15,2	20	13,7	46	14,5
19	2	1,2	5	3,4	7	2,2
20	1	0,6	4	2,7	5	1,6
21	1	0,6	0	0	1	0,3
22	0	0	1	0,7	1	0,3
Total	171	100,0	146	100,0	317	100,0

Quadro 7 – Distribuição dos adolescentes segundo idade e sexo

A maioria dos alunos frequenta o 9º ano (62,1%).

Ano Escolar	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
9º Ano	107	62,6	90	61,6	197	62,1
12º Ano	64	37,4	56	38,4	120	37,9
Total	171	100,0	146	100,0	317	100,0

Quadro 8 – Distribuição dos adolescentes segundo escolaridade e sexo

Relativamente à distribuição dos alunos por estabelecimento de ensino, a maioria frequenta a ESMS (34,4%).

Estabelecimento de Ensino Escola secundaria	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Mouzinho da Silveira	60	35,1	49	33,6	109	34,4
São Lourenço	43	25,1	35	24	78	24,6
2+3 Cristóvão Falcão	29	17	31	21,2	60	18,9
2+3 José Régio	39	22,8	31	21,2	70	22,1
Total	171	100,0	146	100,0	317	100,0

Quadro 9 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

Relativamente ao desempenho dos mestrandos foi avaliada a satisfação dos alunos face à:

- Forma como foram recebidos neste espaço, verificou-se que a maioria dos alunos (99,7%) responderam nas posições da escala referentes a satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito (3 posições positivas da escala), sendo de salientar que 94% se situa nas posições de muito e extremamente satisfeito;
- Simpatia e disponibilidade dos técnicos, verificou-se que 93,7% dos alunos respondem nas posições muito e extremamente satisfeitos;

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te receberam neste espaço	Insatisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	5	2,9	13	8,9	18	5,7
	Muito satisfeito	76	44,4	70	47,9	146	46,1
	Extremamente satisfeito	90	52,6	62	42,5	152	47,9
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	8	4,7	11	7,5	19	6
	Muito satisfeito	47	27,5	47	32,2	94	29,7
	Extremamente satisfeito	116	67,8	87	59,6	203	64
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	8	4,7	5	3,4	13	4,1
	Muito satisfeito	58	33,9	66	45,2	124	39,1
	Extremamente satisfeito	105	61,4	75	51,4	180	56,8
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	12	7	15	10,3	27	8,5
	Muito satisfeito	57	33,3	63	43,2	120	37,9
	Extremamente satisfeito	102	59,6	67	45,9	169	53,3

Quadro 10 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o desempenho dos mestrandos

- Competência e profissionalismo dos técnicos, as respostas dos alunos situaram-se todas (100%) nas posições de satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito;
- Esclarecimento de dúvidas, verificou-se que 99,7% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, salientando-se que 91,2% responderam muito e extremamente satisfeito.

Respeitante à análise da satisfação dos alunos relativamente às temáticas abordadas, foi contemplado a:

- Utilidade dos temas, verificando-se que 99,7% responderam nas posições de satisfeito, muito e extremamente satisfeito, salientando-se que nestas duas ultimas posições responderam 91,5%;
- Forma como os temas foram abordados, verificando-se que 99,7% dos alunos posicionaram-se nas posições positivas da escala, sendo de salientar que 93,7% posicionaram-se em muito satisfeito e extremamente satisfeito.

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Utilidade dos temas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	13	7,6	13	8,9	26	8,2
	Muito satisfeito	73	42,7	74	50,7	147	46,4
	Extremamente satisfeito	85	49,7	58	39,7	143	45,1
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	11	6,4	8	5,5	19	6
	Muito satisfeito	66	38,6	82	56,2	148	46,7
	Extremamente satisfeito	94	55	55	37,7	149	47

Quadro 11 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante os temas abordados, métodos e técnicas pedagógicas

Relativamente à satisfação dos alunos perante as atividades, foi analisado:

- Forma como se sentiram neste espaço, tendo-se verificado que 100% dos alunos responderam na posição positiva da escala.
- Se a sessão correspondeu às suas expectativas, verificando-se que 90,2% dos alunos posicionaram-se na posição muito e extremamente satisfeito.
- Grau de satisfação em geral, verificando-se que 94,6% dos alunos posicionaram-se em muito e extremamente satisfeito.

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra			
		Feminino		Masculino		N		%	
		N	%	N	%				
Forma como te sentiste neste espaço	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Satisfeito	19	11,1	17	11,6	36	11,4		
	Muito satisfeito	94	55	87	59,6	181	57,1		
	Extremamente satisfeito	58	33,9	42	28,8	100	31,5		
A sessão correspondeu às tuas expectativas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Pouco satisfeito	2	1,2	0	0	2	0,6		
	Satisfeito	14	8,2	15	10,3	29	9,1		
	Muito satisfeito	74	43,3	80	54,8	154	48,6		
	Extremamente satisfeito	81	47,4	51	34,9	132	41,6		
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0	0	
	Satisfeito	7	4,1	10	6,8	17	5,4		
	Muito satisfeito	67	39,2	78	53,4	145	45,7		
	Extremamente satisfeito	97	56,7	58	39,7	155	48,9		

Quadro 12 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as atividades

Através da análise dos questionários pode-se concluir que os indicadores de avaliação da execução foram atingidos, uma vez que todos os questionários foram respondidos e que a percentagem de alunos que responde na posição de satisfeito ou superior é sempre acima dos 90%, o que pode ser um bom indicador de continuidade para a realização deste tipo de intervenção.

1 – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO/CONCLUSÃO

O estágio decorreu no período de 14 de Fevereiro a 27 de Junho de 2011 e incidiu na promoção de estilos de vida saudáveis e de uma sexualidade saudável nos adolescentes do concelho de Portalegre.

A intervenção relativa à promoção da educação sexual na adolescência realizou-se, na ESMS e na ESSL. Abrangeu uma população de 276 alunos do 8º, 9º, 10º ano e CEF. As idades variavam entre os 13 e os 22 anos. O maior número de adolescentes situava-se na faixa etária dos 15/16 anos (146). A maioria dos adolescentes frequentava o 10º ano (53,3%). Realizaram-se 15 sessões de educação para a saúde com uma duração de 90 minutos cada (uma por turma), as quais foram distribuídas pela semana de 2 a 6 de Maio de acordo com as disponibilidades fornecidas pelas escolas. As temáticas abordadas foram:

- Definição de sexualidade da OMS;
- Atitudes face à sexualidade;
- Fontes de informação.
- Papéis de género;
- Métodos contraceptivos;
- IST;
- Gravidez na adolescência.

A intervenção relativa à promoção de hábitos de vida saudáveis nos adolescentes decorreu na ESSP. Abrangeu uma população de 317 alunos do 9º e 12º ano da área de ciência e tecnologia das escolas secundárias e básicas do concelho de Portalegre (ESMS; ESSL; EBCF; EB2.3JR) com idades entre os 14 e os 22 anos, situando-se a maior parte dos alunos na faixa etária dos 14/15 anos. As atividades realizaram-se na semana de 26 a 29 de Abril. Realizaram-se 9 sessões (uma por cada grupo de alunos) com a duração de 120 minutos cada, onde se desenvolveram as seguintes atividades:

- Sessão de abertura das atividades;
- Suporte básico de vida para leigos;

- Estilos de vida saudáveis;
- Higiene oral (divulgação do curso);
- Visita guiada às instalações da ESSP;
- Sessão de encerramento das atividades.

A metodologia de trabalho utilizada durante o estágio foi planejamento em saúde em todas as suas fases, conforme está referenciado na segunda parte deste relatório. As fases do diagnóstico de situação e definição de prioridades foram realizadas no 2º semestre, por esse motivo só se apresentam as conclusões, problemas e necessidades.

Os objetivos definidos para ambas as intervenções foram definidos tendo em conta o período de tempo existente para a sua implementação, pelo que puderam ser atingidos na sua globalidade. A sua elaboração teve por base o diagnóstico de situação já realizado e as orientações do plano nacional de saúde 2004/2010 na área da saúde do adolescente.

Foram definidos indicadores de atividade ou de execução e indicadores de avaliação do grau de satisfação dos adolescentes. Não foram definidos indicadores de impacto, uma vez que a avaliação destes prevê a alteração de comportamentos, o que não seria exequível durante o período de duração do estágio.

No planeamento das sessões de educação para a saúde a realizar durante o estágio foi utilizada a teoria sociocognitiva de Bandura, no âmbito da promoção da saúde. Esta teoria mostra como os determinantes em saúde (fatores comportamentais, ambientais e pessoais) interagem e se influenciam. No planeamento das atividades e das sessões a realizar foram tidos em conta os 4 princípios que segundo Costa (2006) são necessários para se intervir de uma forma eficaz na mudança comportamental e que são: a componente informativa, que pretende aumentar o conhecimento dos indivíduos sobre os riscos para a saúde; o desenvolvimento de competências sociais, as quais são necessárias para a redução dos comportamentos de risco e para a realização da transição para comportamentos preventivos; melhorar o nível destas competências e o nível de autoeficácia do indivíduo, ou seja, a forma como ele exerce controle sobre as suas ações, condutas e pensamentos de modo a atingir com sucesso as mudanças a que se propõe; proporcionar apoio ao indivíduo, de forma a facilitar-lhe o processo de mudança.

Para dar resposta a estas 4 fases no desenvolvimento de todas as atividades e sessões foram utilizadas metodologias e técnicas pedagógicas participativas. A utilização destas técnicas foi de extrema importância, pois permitiu aos adolescentes expressarem as suas opiniões, dúvidas e sentimentos. Nesta metodologia o formador

tem um papel de moderador, facilitando o debate e a procura de informação, promovendo deste modo a aprendizagem.

Tendo em conta o resultado relativo à satisfação dos alunos às sessões realizadas (percentagem de alunos satisfeitos sempre acima dos 90%), pode-se dizer que foi importante a utilização desta teoria, no entanto, para que todas as suas etapas pudessem ser aplicadas rigorosamente era necessário que o período de acompanhamento dos alunos fosse maior e com realização de mais sessões. Só desta forma seria possível acompanhá-los no seu processo de aquisição de competências na identificação de situações que levam a comportamentos de risco, promover a autoeficácia, visando a aquisição de comportamentos saudáveis.

Desta forma, as duas intervenções comunitárias referidas no início deste relatório, vão ao encontro do exposto anteriormente.

São intervenções comunitárias como as que foram descritas ao longo deste relatório que fundamentam a Enfermagem Comunitária.

A enfermagem comunitária é baseada numa prática alargada que se centra na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo nos últimos anos o papel dos cuidados de saúde primários sido reconhecido, bem como a capacidade que dão na resolução dos diversos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade que se preconiza como forte e dinâmica.

Neste prisma, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, baseado no seu conhecimento e experiência clínica, assume um profundo entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para fazer face de forma assertiva e eficaz às necessidades dos diferentes clientes, sejam pessoas, grupos ou comunidades. Proporcionando deste modo, efectivos ganhos em saúde.

A utilização da metodologia do planeamento em saúde, demonstrou ser uma mais-valia, no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências face à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sendo um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, como refere o artigo 4 a) do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE 2011b). No âmbito desta competência foi realizado um diagnóstico de situação para avaliação das necessidades de informação sobre educação sexual aos adolescentes (no 2º

semestre) que iniciou o processo e desencadeou todas as etapas subsequentes do planeamento em saúde desenvolvidas durante o estágio.

Baseado no meu percurso de formação especializada, julgo que “adquiri competências que me permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (Ordem Enfermeiros, 2010)

Desta forma, e de acordo com as competências contempladas pela Ordem dos Enfermeiros, para o Enfermeiro especialista em saúde comunitária, considero ter adquirido a “capacidade de intervir em diversos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, principalmente a grupos sociais com necessidades particulares, advindo de contextos marcados por condições economicamente frágeis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais. (Ordem Enfermeiros, 2010)

Assim, destacam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que fazem parte de uma determinada comunidade. São ainda igualmente adquiridas as competências de identificação de necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. (Ordem Enfermeiros, 2010)

Com a elaboração deste relatório, considero ter atingido os objetivos que tracei inicialmente, ou seja, consolidei saberes, relatei de forma crítica, as diversas atividades planeadas e realizadas, e avaliei os objetivos do Ensino Clínico a que me propus no projeto.

Considero ter atingido plenamente os objetivos definidos e penso ter tido um desempenho positivo, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde para a população na medida em que contribui para o aumento do seu corpo de conhecimentos nas áreas abordadas.

Certamente que a minha perspectiva, é diferente da que tinha inicialmente... sinto hoje, uma enorme satisfação/realização profissional e pessoal.

Apesar do trabalho de grupo desenvolvido e as competências adquiridas em termos de trabalho em equipa, realço o meu percurso individual na minha formação, o alcançar os objetivos individuais (Apêndice II) e competências adquiridas que são preconizadas pela OE.

Tenho plena consciência da complexidade dos papéis que o enfermeiro especialista deve assumir no seio de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente como prestador, formador e facilitador dos cuidados.

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, poderá ser preponderante na dinâmica dos serviços de saúde, sendo fundamental a breve prazo formar o maior número destes profissionais, com vista a uma melhoria de cuidados nos serviços de saúde e na comunidade.

No entanto, não nos devemos esquecer que todo o processo de mudança não se poderá esgotar no Enfermeiro Especialista nesta área, prolongando-se por toda a equipa de Enfermagem. É da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária a formação da equipa para que se possa caminhar na mesma direção.

E é nos pequenos passos dados em conjunto, dados diariamente, que a profissão de Enfermagem se renova, construindo grandes passos na vida.

2 - BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A.; Knobel, M. (1988). *Adolescência*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Albuquerque, A.; Gomes, F.; Nunes, S.; Santos, J. (1987) *Sexologia em Portugal – A Sexologia Clínica*. I volume. Lisboa: Texto Editora.

Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Avante N° 1368 (2000). *Planeamento familiar baixa taxa de gravidez em adolescentes e número de abortos*. 17 de Fevereiro. Acedido a 4 de Dezembro de 2010 em <http://www.pcp.pt/avante/1368/6803b1.html>

Azevedo, M. (2008). *Educação Sexual e atitudes face a sexualidade em adolescentes a saída do ensino secundário*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação da Universidade da Beira Interior.

Bandura, A. (1975). *Modificación de conducta – análisis de agresión y la delincuencia*. México: Editorial Trillas.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70 LDA.

Bee, H. (1996). *A Criança em Desenvolvimento* (7ª edição). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Botelho, S. (2003). *Prostituição de Adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade*. Dissertação de Mestrado – Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Brasil. Acedido em 26 de Outubro de 2010 em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/principal/acervo/pdf/i16prostit-adoles.pdf>

Bouça, D. (2004). *Memórias da Adolescência*. Porto: Ambar.

Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente - a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. In Repositório Universidade do Porto. Acedido em 28 Outubro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7196/2/1A%20SEXUALIDADE%20DO%20ADOLESCENTE%20A%20PERSPECTIVA%20DO%20PROFISSIONAL.pdf>

Camargo, A. (1999). *Sexualidade(s) e Infância(s) – A sexualidade como um tema transversal*. Brasil : Moderna e Unicamp.

Caridade, S.; Machado, C. (2006). *Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração*. In *Análise Psicológica*. Out., vol.24, no.4 p.485-493. Acedido em 20 Novembro de 2010 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000400004&lng=pt&nrm=iso

Carvalho, A; Carvalho, G. (2008). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a saúde*. In Repositório da Universidade do Minho. Acedido em 20 de Outubro de 2011 em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4647/1/Eixos%20valores_Ed%20%26%20promocao%20saude.pdf

Carvalho, A.; Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

Conferência Episcopal Portuguesa [CEP] (2005). *Sobre a Educação da Sexualidade*. (nota episcopal). *Portugal Diário*. Acedido a 27 de Junho de 2011 em <http://www.apfn.com.pt/Noticias/Jun2005/270605c.htm>

Conselho de Enfermagem (2009), *Parecer 109/2009; Sobre projecto de lei nº634/X-4ª Estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de Fevereiro em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf

Cordeiro, J. (1988). *Os Adolescentes Por Dentro*. Lisboa: Salamandra.

Cordeiro, M. (1997). *Adolescentes e adolescência dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: Quatro Margens Editora.

Costa, E. (2006). Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH. In Repositorium da Universidade do Minho. Acedido a 10 Outubro 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6742/1/TESE%20FINAL.pdf>

Costa, M.; Magno, V. (2002). *Educação sexual nas escolas de ensino fundamental e médio: realidade ou utopia?* Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Pedagogia. Universidade da Amazônia. Acedido em 28 de Novembro de 2011 em http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/educacao_sexual_nas_escolas.pdf

Dias, A. et al (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Casa do Professor.

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2005). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde dos jovens em Portugal elementos de caracterização*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em <http://www.planeamentofamiliar.com/metodos-contraceptivos/>

Dolto, F.; Dolto-Tolitch, C. (1991). *Palavra para adolescentes: ou o complexo da lagosta*. Venda Nova: Bertrand.

Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). *História*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/hitoria.htm>

Fernandes, A. (2006). *Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online*. Tese de Mestrado em Educação Multimédia da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Acedido a 21 de Novembro de 2010 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/

Fisher, T; Hall, R. (1988). A Scale for the comparasion of the sexual Attitudes of adolescents and their parents. *The Journal of Sex Research*. Vol.24, pp90-100.

Glanz, K. (1999). Teoria num relance. Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L.B.; Matos, M.G. & Loureiro, I. *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física nutrição e tabagismo*, Lisboa: Edições FMH.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização* (2ª edição). Loures: Lusociência.

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

Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: Uso dos prazeres* (8.ª edição, Vol. II). Rio de Janeiro: Edições Graal, Ltda.

Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2ª edição). São Paulo: Editora Atlas.

Helouani, W. (2008). *E o que é Educação?* Acedido em 14 de Dezembro de 2010 em <http://educar.wordpress.com/2009/08/06/sexo-no-verao-lei-602009/>

Hurlock, E. (1979). *Desenvolvimento do Adolescente*. São Paulo: MacGraw-Hill.

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.

Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. In *Ministry of Supply and Services Canada*. Acedido em 28 de Julho de 2011 em http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

Lobato, C. (2004). *Perspectivar as necessidades dos adolescentes em Educação Sexual*. Monografia desenvolvida no âmbito do Curso Superior de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Ed. Medsi.

López, F.; Fuertes, A. (1989). *Para Compreender a Sexualidade*. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa.

Martins, M.F. (2007). *Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.

Martins, M. (2007). *Educación sexual en los adolescentes de un distrito del Norte Alentejano: análisis y valoración de fuentes. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação (2000). *Decreto-Lei n.º 259/2000*. “Diário da República”, Lisboa, I série A (240), 17 Outubro, pp.5784-5786.

Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume II – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 20 de Novembro de 2011 em http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf.

Ministério da Saúde. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. *O Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2003*, Lisboa, 2003.

Ministério da Saúde. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. *Ganhos de Saúde em Portugal. Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde de 2001*. Lisboa, 2002.

Monteiro, D. (2008). *O serviço Público de Radiodifusão – O caso da Antena 3*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido a 6 de Junho de 2010 em <http://www.scribd.com/doc/24221844/Servico-Publico-Radiodifusao-em-Portugal-o-caso-da-Antena-3.html>

Mott, L. (sd). *Teoria antropológica e sexualidade humana*. Acedido a 26 de Fevereiro de 2011 em <http://www.antropologia.ufba.br/artigos/teoria.pdf>

Neves, A.; Raposo, R. (2009). *As TIC como instrumento útil nos processos de recuperação de dependentes de pornografia disponibilizada na Internet*. 8º Congresso LUSOCOM. Universidade de Aveiro. Acedido em 26 de Outubro

de 2010
<http://conferencias.ulusofona.pt/index.php/lusocom/8lusocom09/paper/viewFile/188/164>

Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Março de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento 122/2011 de 18 Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº 35, 8648 – 8653.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Conselho de Enfermagem. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1985). As metas da saúde para todos. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento - Ministério da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.

Pajares, F.; Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-efecácia: uma visão geral. In Bandura, A.; Azzi, R.; Polydoro, S. & col. Teoria social cognitiva, conceitos básicos. Artmed.

Pereira, M.; Freitas, F. (2001). *Educação Sexual – Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Lisboa: Edições Asa.

Piaget, J. (1932). *O Julgamento Moral na criança*. São Paulo: Mestre Jou.

Piscalhoo, I., Serafimo, L.; Leal, O. (2000) *Representação social da educação em adolescentes*. Lisboa ISPA: Acta do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Reymond-Rivier, B. (1983). *O Desenvolvimento Social da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Aster.

Richardson, F. (1989). *Metodologia de la investigacion: manual para el desarrollo de personal de salud*. São Paulo: Atlas.

Rodrigues, A. (2009). *Os jovens e a sexualidade: uma visão construcionista*. Tese de Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa Faculdade das Ciências Humanas e Sociais. Acedida a 14 de Novembro de 2010 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1571>.

Saito, M.; Silva, L. (2001). *A adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o suicídio* (3.^a edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos – Diálogo com Adolescentes* (5.^a edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1994) - *Inventem-se Novos Pais*. 7.^a Edição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1997). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o Suicídio*. 7.^a edição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1998). *Inventem-se Novos Pais* (10.^a edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.

Santos, M. (2008). *Educação Sexual na escola e a sexualidade no adolescente*. Universidade técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.

- Sprinthall, N.; Collins, A.; Andrews, W. (1994). *Psicologia do Adolescente-Uma Abordagem Desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N.; Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N.; Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª edição). Lusociência. Loures.
- Stuart, G.; Loraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica. Princípios e prática* (6ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Strasburguer, V. (1999). *Os Adolescentes e os Mídia*. Porto Alegre: Artmed.
- Szymanski, H. (2003). *Práticas educativas familiares: A família como foco de atenção psicoeducacional*. Acedido em 14 de Fevereiro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a01v21n2.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde: Cadernos de Formação nº 2*, Lisboa.
- Taveira, F. (2007). *Análise do abuso sexual em crianças e jovens no contexto intra e extra-familiar*. In Repositório Universidade do Porto. Acedido em 23 Outubro de 2010 em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22224/3/Tese%20Final%20Francisco%20Taveira.pdf>
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a Educação Sexual num contexto de mudança. In Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. (org.), *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar II* (pp. 155-191). Coimbra: Quarteto Editora.

- Vilar, D. (2002). *Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a Educação Sexual num contexto de mudança. In Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. (org.), *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar II* (pp. 155-191). Coimbra. Quarteto Editora.
- Vilar, D. (2005). *A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança? Educação Sexual em Rede, n.º1*. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista_esr_1.pdf.htm
- Vitoriano (2003). *Perspectivar o Contributo dos Pais na Educação Sexual*. Portalegre. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
- Werebe, M. (1998). *Sexualidade, Política e Educação*. Brasil: Campinas.
- Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica - Elementos essenciais à intervenção efectiva* (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Green, L. W. (1986). Measurement and evaluation in Health Promotion and Health Education. Palo Alto: Mayfield.
- Green, V. L., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: an educational and environmental approach (2nd ed.). London: Mayfield.
- Mendoza, R., & Sagrera, M. (1990). Los escolares y la Salud - Avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas com a Salud. Madrid: Plan Regional sobre Drogas-Ministerio de Educacion e Cultura.