



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

### **“Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”**

**Andreia Margarida Carriça Frutuoso**

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **“Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”**

**Andreia Margarida Carriça Frutuoso**

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

# “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”

Andreia Margarida Carriça Frutuoso

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

**Arguente:** Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

**Orientador:** Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Data: Portalegre, 20 de julho de 2020

“A nós, resta-nos aceitar aquilo que somos – adolescentes para sempre. Porque ser adolescente, a sério, é não desistir nunca “de ser o melhor do mundo para alguém”

Isabel Stilwell, 2002

## **Agradecimentos**

- Agradeço à Professora Doutora Ana Maria Barros Pires, orientadora pedagógica, pelas orientações e sugestões que permitiram a realização deste relatório, pelo seu apoio e motivação.
- Agradeço à Enfermeira Coordenadora da USF pelo acolhimento, disponibilidade e simpatia durante os dois estágios desenvolvidos na USF.
- Agradeço à Enfermeira Orientadora por todo o acompanhamento, ensinamentos, dedicação, simpatia e profissionalismo com que me brindou.
- Agradeço aos meus amigos e companheiros que compartilharam comigo este percurso, Maria Inês, Carlos, Hélder e Luís, sem vocês teria sido bem mais difícil.
- Ao meu marido e aos meus filhos pelo suporte, amor e motivação, e um sincero pedido de desculpa pelos períodos de ausência.
- À restante família que muitas vezes me substituiu e suportou.

## Resumo

**Introdução:** A Adolescência constitui um momento crítico da vida e um dos períodos mais desafiadores, encarado como um processo psicológico, social e de amadurecimento. Os adolescentes omitem fases no seu período de desenvolvimento pessoal e social, que podem prejudicar a escolarização, o seu convívio entre pares e a vivência da própria adolescência. A Sexualidade nesta fase da vida, sendo também ela um processo de construção com incertezas e dúvidas, influenciado pela cultura e educação, pode levar à atividade sexual precoce e ao desenvolvimento de comportamentos de risco. Este relatório de estágio surge como forma de apresentação do projeto “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”. **Objetivo:** Promover a capacitação das adolescentes para uma Sexualidade Saudável. **Método:** Realizado um projeto de intervenção comunitária numa USF pertencente a um município do Alto Alentejo. Foi desenvolvido com base na metodologia do Planeamento em Saúde e sustentado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, direcionado a adolescentes institucionalizadas com comportamentos de risco relativamente à sexualidade, foi aplicado um questionário previamente testado e validado e realizadas sessões de educação para a saúde. **Resultados:** No diagnóstico da situação observaram-se poucos conhecimentos ou conhecimento erróneos relativamente à sexualidade por parte das adolescentes. Após a realização de promoção da saúde através de Sessões de Educação para a Saúde em grupo com metodologia adequada, foi possível promover a capacitação das adolescentes para uma Sexualidade saudável e melhora da sua saúde sexual. **Conclusão:** A educação para saúde é um eixo estratégico na promoção da saúde, no empoderamento e capacitação do adolescente para uma Sexualidade saudável.

**Palavras-chave:** “adolescente”; “sexualidade”; “educação em saúde” e “prevenção de riscos”.

## Abstract

**Introduction:** Adolescence is a critical moment in life and one of the most challenging periods, seen as a psychological, social and maturing process. Adolescents omit phases in their personal and social development, which can pre-judge their schooling, peer coexistence and the experience of adolescence itself. Sexuality in this phase of life, being also a construction process with uncertainties and doubts, influenced by culture and education, can lead to early sexual activity and the development of risk behaviors. This internship report comes as a presentation of the project "Educating is Preventing: Healthy Sexuality in Adolescence". **Objective:** To promote the empowerment of adolescents for Healthy Sexuality. **Method:** Realized a community intervention project in a USF belonging to a municipality of Alto Alentejo. It was developed based on the Health Planning methodology and supported by Nola Pender's Model of Health Promotion, aimed at institutionalised adolescents with risk behaviours regarding sexuality, a previously tested and validated questionnaire was applied and health education sessions were held. **Results:** In the diagnosis of the situation, there was little knowledge or erroneous knowledge about sexuality on the part of adolescents. After health promotion through group health education sessions with appropriate methodology, it was possible to promote the training of adolescents for healthy sexuality and improve their sexual health. **Conclusion:** Health education is a strategic axis in health promotion, empowerment and training of adolescents for healthy sexuality.

**Keywords:** "adolescent"; "sexuality"; "health education" and "risk prevention".

### **Abreviaturas e símbolos**

% - Percentagem

n.º - Número

AR – Assembleia da República

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

USF – Unidade Saúde Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

s.d. – sem data

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

## Índice

	f
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 – ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>17</b>
1.1 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA .....	23
<b>2 – SAÚDE SEXUAL DOS ADOLESCENTES .....</b>	<b>28</b>
<b>3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACITAÇÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>4 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>41</b>
<b>5 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>43</b>
5.1 – PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL DO ADOLESCENTE .....	45
<b>6 – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER .....</b>	<b>48</b>
<b>II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO .....</b>	<b>50</b>
<b>1 – A COMUNIDADE E O CONTEXTO DE TRABALHO .....</b>	<b>50</b>
1.1 – A UNIDADE DE SAÚDE .....	50
1.2 – A COMUNIDADE .....	52
<b>2- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....</b>	<b>55</b>
2.1 – METODOLOGIA .....	55
2.2 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA .....	56
2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	57
2.4 – QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS .....	58
2.5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	60
<b>3 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....</b>	<b>67</b>
<b>4 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....</b>	<b>69</b>
<b>5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....</b>	<b>72</b>
<b>6 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO .....</b>	<b>74</b>
6.1 – PREVISÃO DE RECURSOS .....	76
<b>7 – EXECUÇÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>8 – AVALIAÇÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>9 – OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>88</b>

---

<b>III – REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>110</b>
Apêndice I – Declaração do orientador Pedagógico .....	111
Apêndice II – Declaração do Coordenador da USF .....	113
Apêndice III – Declaração da Enfermeira Orientadora .....	115
Apêndice IV – Solicitação de Autorização ao Diretor da Instituição de Acolhimento .....	117
Apêndice V – Solicitação de autorização para utilização do Questionário.....	126
Apêndice VI – Solicitação de apreciação à Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, bem como à respetiva Comissão de Ética .....	129
Apêndice VII – Consentimento livre e informado às adolescentes .....	136
Apêndice VIII – Método de Hanlon.....	141
Apêndice IX – Cronograma.....	143
Apêndice X – Planeamento das Sessões de Educação para a saúde .....	145
Apêndice XI – Panfleto de Divulgação .....	148
Apêndice XII – Sessões de Educação para a Saúde .....	150
Apêndice XIII – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a saúde .....	164
Apêndice XIV – Artigo Científico .....	166
<b>ANEXOS .....</b>	<b>170</b>
Anexo I - Instrumento de colheita de dados .....	171
Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo .....	175
Anexo III - Livro Informativo “Métodos Contracetivos: Uma escolha tua” e Cartão “Sexualidade em Linha” .....	179

## Índice de tabelas

f

Tabela 1 – Caracterização da amostra por Idade .....	60
Tabela 2 – Caracterização da amostra por Ano de Escolaridade.....	61
Tabela 3 – Distribuição da Amostra segundo o Aproveitamento Escolar .....	61
Tabela 4 – Distribuição da Amostra quanto aos Conhecimentos relacionados com os Métodos Contracetivos .....	62
Tabela 5 – Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo à possibilidade de gravidez na 1ª relação sexual .....	62
Tabela 6 – Distribuição da Amostra em função do conhecimento relacionado com a fase do ciclo menstrual em que é mais fácil rapariga ficar grávida .....	63
Tabela 7 – Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao contraceptivo que confere proteção contra as IST .....	63
Tabela 8 – Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao método de barreira .....	63
Tabela 9 – Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao método contraceptivo que confere proteção contra as IST ao mesmo tempo que evita a gravidez ....	64
Tabela 10 – Distribuição da Amostra em função da fonte de informação utilizada sobre sexualidade .....	64
Tabela 11 – Objetivos, Indicadores e Metas do Projeto .....	71
Tabela 12 – Preparação Operacional .....	75
Tabela 13 – Previsão de Recursos .....	76
Tabela 14 – Indicadores de Atividade/Execução.....	80
Tabela 15 - Conhecimentos relacionados com os Métodos Contracetivos após Sessão de Educação para a Saúde .....	81
Tabela 16 - Conhecimento relativo à possibilidade de gravidez na 1ª relação sexual após Sessão de Educação para a Saúde.....	82
Tabela 17 - Conhecimento relacionado com a fase do ciclo menstrual em que é mais fácil rapariga ficar grávida após Sessão de Educação para a Saúde .....	82
Tabela 18 - Conhecimento relativo ao contraceptivo que confere proteção contra as IST após Sessão de Educação para a Saúde .....	83

Tabela 19 – Conhecimento relativo ao método de barreira após Sessão de Educação para a Saúde .....	83
Tabela 20 - Conhecimento relativo ao método contraceptivo que confere proteção contra as IST ao mesmo tempo que evita a gravidez após Sessão de Educação para a Saúde ....	84
Tabela 21 - Conhecimento em relação À utilização de contraceptivos ser de responsabilidade do companheiro após Sessão de Educação para a Saúde .....	84
Tabela 22 - Função da fonte de informação utilizada sobre sexualidade após Sessão de Educação para a Saúde .....	85
Tabela 23 – Indicadores de Resultado.....	86
Tabela 24 – Avaliação das Sessões .....	87

## Índice de Gráficos

	f
Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Idade .....	60

## INTRODUÇÃO

A Adolescência considera-se um momento crítico da vida e um dos períodos mais desafiadores, encarado como um processo psicológico, social e de amadurecimento. Nesta fase, os jovens tentam alcançar a independência, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e apreendem comportamentos que podem permanecer para o resto da vida (World Health Organization [WHO], 2019).

A Sexualidade faz parte da natureza humana, considera-se uma componente do desenvolvimento pessoal ao longo do ciclo de vida do indivíduo e encontra-se inserida nas mudanças vividas na adolescência, concorrendo para o bem-estar pessoal de cada um. Neste contexto de mudanças, são várias as preocupações relacionadas com a sexualidade que acompanham o adolescente como a gravidez indesejada, as infecções sexualmente transmissíveis [IST], o uso adequado dos preservativos, conhecimento sobre o próprio corpo, entre outros (Zocca, Muzzeti, Nogueira & Ribeiro, 2015).

O início precoce da vida sexual é um dos vários riscos aos quais os adolescentes ficam expostos estando associado a relações sexuais não protegidas, relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas e relações com múltiplos parceiros. Comportamentos de risco podem refletir graves implicações na saúde e bem-estar do adolescente quando de uma experiência episódica passam a hábitos de vida (World Health Organization, 2019). Assim, quanto mais precoce for o início da vida sexual, menos capacitados e informados estão os adolescentes para desenvolver uma sexualidade saudável, aumentando os riscos associados à sua saúde.

No caso de adolescentes em acolhimento institucional, a promoção da sua saúde sexual torna-se um tema intrigante uma vez que, não só iniciaram a sua vida sexual como se encontram rodeados de disparidades sociais que aumentam os riscos associados aos seus comportamentos sexuais tendo em conta que a sexualidade assenta no meio em que os adolescentes vivem (Ribeiro, 2015). Os adolescentes neste contexto tendem a ter sentimentos dúbios no sentido em que ao mesmo tempo que consideram não ter nada a perder, sentem uma necessidade incessante de procura afetiva e aceitação pelo outro.

A capacitação dos jovens passa pelo seio familiar, através dos pais, pela educação escolar e pela educação em saúde. Assim, “O conhecimento, enquanto fator capaz de

exercer influência sobre as atitudes, é um pré-requisito fundamental nos programas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco” (Carvalho, Pinheiro & Gouveia, 2017:249). No que respeita aos adolescentes em acolhimento institucional, na grande maioria devido ao distanciamento familiar existente, tendem a adquirir e compartilhar conhecimentos errados com outros adolescentes, e acabam por refletir nos seus comportamentos muito das suas vivências pessoais.

Segundo a Direção-Geral de Educação [DGE], o esclarecimento no que respeita à sexualidade é fundamental na educação para a saúde permitindo a capacitação dos jovens de forma a desenvolverem, com consciência, uma vida saudável na sociedade em que se inserem (Direção-Geral da Educação, 2020). Deste modo, “Os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários estão numa posição chave, no sentido de promover hábitos sexuais saudáveis, contribuindo para a melhoria do nível de saúde dos adolescentes” (Brás, Figueiredo, Ferreira & Coelho, 2016:414).

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde [OMS] realizou, com a participação de 44 países entre os quais Portugal, um estudo com a finalidade de identificar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos em diferentes contextos designado por Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC]. O relatório que resultou do estudo efetuado revelou que o número de adolescentes de 14 anos que já teve relações sexuais é cada vez menor – passou de 16,1% para 11,5% entre 2014 e 2018, mas que os adolescentes sexualmente ativos usam menos o preservativo – 27,9% não usou, em 2018, quando em 2014, só 25% dizia não o fazer (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). A par da diminuição do uso de preservativo verificou-se um aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST]. O não uso de preservativo não teve efeito no número de gravidezes na adolescência uma vez que aumentou o uso de outros meios de contraceção como a pílula. Assim, torna-se necessária uma educação dinâmica, sistemática de forma a minimizar todas as lacunas existentes na cabeça dos adolescentes com a finalidade de minimizar percursos tortuosos.

Os jovens “saltam passos” numa trajetória de desenvolvimento pessoal e social, com prejuízo da sua escolarização, do seu convívio entre pares e da vivência da própria adolescência. Neste sentido, a capacitação através da educação em saúde é essencial para fornecer informações adequadas e capazes de proporcionar ao adolescente a capacidade para escolhas acertadas e com consciência.

O presente relatório que surge no âmbito do estágio final inserido no III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, propõe-se descrever o projeto de intervenção desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar [USF] num concelho do Alto Alentejo,

bem como efetuar uma reflexão relativamente às atividades desenvolvidas conducentes à aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.

O tema do projeto emerge da identificação de uma problemática presente num grupo alvo dos cuidados da USF. Verificou-se que o grupo de adolescentes institucionalizadas recorria à equipe de saúde numa tentativa indiscriminada de aquisição de métodos contraceptivos. Realizada a caracterização do problema na fase de diagnóstico de situação verificou-se que as adolescentes evidenciavam conhecimentos errados sobre Ciclo Menstrual, Métodos Contraceptivos e riscos associados a uma atividade sexual desprotegida. Assim considerou-se, tanto pela Enfermeira orientadora como pela Enfermeira responsável pela USF, pertinente desenvolver um projeto de intervenção centrado na capacitação das jovens e com o tema Sexualidade Saudável na Adolescência.

Neste contexto, e no sentido de adquirir as competências inerentes à área de especialização, desenvolveu-se o projeto de intervenção comunitária, utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde. A Ordem dos Enfermeiros define, como competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, a utilização da metodologia do planeamento em saúde como forma de avaliar e conhecer os condicionantes e determinantes de saúde de uma determinada comunidade de forma a delinear as intervenções direcionadas para as necessidades reais daquela mesma comunidade. As competências do enfermeiro especialista dão resposta à prática da enfermagem comunitária e de saúde pública centrada na promoção da saúde da comunidade com vista a capacitação da mesma e a obtenção de ganhos em saúde.

Por conseguinte, o projeto de intervenção designado “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”, visa dar resposta às necessidades identificadas pelo que, definimos como **objetivo geral**:

- ✓ Promover a capacitação das adolescentes para uma Sexualidade Saudável.

Como **objetivos específicos**:

- ✓ Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual;
- ✓ Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso dos métodos contraceptivos;

- ✓ Dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permitam fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável.

No decorrer deste relatório pretendemos dar a conhecer as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado para a obtenção do título de especialista em enfermagem comunitária e saúde pública de forma a refletir os objetivos da unidade curricular, tais como evidenciar a capacidade de reflexão sobre as práticas realizadas assentes na evidência científica, demonstrar capacidade de implementação de um projeto de intervenção comunitária segundo as etapas do planeamento em saúde, desenvolver uma reflexão crítica relativamente ao processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e saúde pública bem como demonstrar capacidade de liderança.

No que respeita à estrutura e organização do trabalho este divide-se em duas partes centrais, o enquadramento teórico e o enquadramento prático. No enquadramento teórico, apresenta-se a contextualização teórica da área de intervenção necessária para uma melhor compreensão da mesma, onde será abordada a adolescência, nomeadamente a adolescência em contexto de instituição, a sexualidade na adolescência e a saúde sexual dos adolescentes, promoção da saúde e capacitação dos adolescentes para uma sexualidade saudável e, para finalizar, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública na promoção de uma sexualidade saudável nos adolescentes com base no referencial teórico de Nola Pender que sustentou a implementação das atividades do projeto.

No enquadramento prático, descreve-se a unidade de saúde e o contexto onde decorreu o estágio e posteriormente cada etapa do desenvolvimento e implementação do projeto com base na metodologia do planeamento em saúde. Posto isto, descreve-se o diagnóstico de situação, onde são expostos os dados recolhidos através de um questionário de conhecimentos sobre a sexualidade possibilitando uma caracterização da situação. Seguidamente, são descritas as fases de determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, apresentação das atividades, resultados obtidos, e por fim a avaliação. Por último, uma reflexão crítica relacionada com as competências de grau de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública em que são explanados os conhecimentos desenvolvidos e adquiridos durante o estágio.

O presente relatório foi escrito de acordo com o Novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a referenciação bibliográfica efetuada de acordo com a Norma da American Psychological Association – 6ª edição.

## **I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico possibilita a abordagem de conceitos importantes para o desenvolvimento deste trabalho, através de uma revisão da literatura essencial para a compreensão e contextualização da problemática (Polit, Beck & Hungler, 2004), sendo fulcral na fundamentação das intervenções desenvolvidas no projeto.

### **1 – ADOLESCÊNCIA**

A palavra Adolescência provém do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006), sendo o conceito de adolescência muito complexo e pouco consensual, só a partir do séc. XIX se encara como uma fase distinta do ciclo vital (Ribeiro, 2011). Até então, a sociedade não reconhecia as características específicas da adolescência chegando mesmo a ignorar esta fase da vida à semelhança do que aconteceu com a infância. Durante vários séculos considerou-se que uma criança por volta dos seus 6/7 anos de idade poderia ser tratada como um adulto (Sprinthall & Collins, 2003).

Deste modo, somente nos últimos 150 anos se reconheceu a infância como um estágio do desenvolvimento o que originou um período de grandes mudanças que levou ao desenvolvimento de leis protetoras do bem-estar e saúde das crianças. O mesmo volta a acontecer mas desta vez com a adolescência, “os adultos começaram a levar em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características dos adolescentes, e esta percepção deu-lhes a oportunidade de reconhecer um estágio de desenvolvimento humano” (Sprinthall & Collins, 2003:7).

As primeiras teorias referentes ao estudo da adolescência datam do ano de 1904, através do trabalho pioneiro do considerado pai da psicologia da adolescência, Granville Stanley Hall (Ferreira & Nelas, 2006).

Stanley Hall foi considerado o único investigador que se interessou pela adolescência considerando-a como um “estádio especial do desenvolvimento humano” (Sprinthall & Collins, 2003:14). Traçou um conceito de adolescência considerado

inaugural e universal apoiado em obras clássicas de Platão, Aristóteles e Santo Agostinho (Silva & Lopes, 2009). Hall concluiu, à luz das teorias evolucionistas de Charles Darwin, que este estágio era evolutivo, em que cada indivíduo vivenciava a um nível superior, as experiências vividas em todos os estágios anteriores (Sprinthall & Collins, 2003). Deste modo, encarava a maturidade do adolescente o apogeu da civilização, atribuindo às alterações vividas na fase da adolescência um papel fulcral na formação de uma nova sociedade (Silva & Lopes, 2009). Hall, devido à sua determinação, quebrou algumas tradições e desenvolveu um ponto de vista importante ainda nos dias de hoje, em que considera a adolescência, apesar de ser uma fase que apresenta algum tumulto e tensão, como um período de extrema importância no desenvolvimento humano (Sprinthall & Collins, 2003).

Também Sigmund Freud considerava a adolescência um período difícil e turbulento em que as pulsões vividas inerentes ao ser individual, de natureza mais psicológica que física, levavam o indivíduo a adotar diferentes tipos de comportamentos. Estes comportamentos podem ser benéficos e aceitáveis, a nível pessoal ou da sociedade, o que torna as pulsões importantes no papel da socialização, uma vez que se espera que sejam transformadas em comportamentos socialmente aceites. Segundo Freud, estas relações são necessárias para a perpetuação da sociedade e cultura (Sprinthall & Collins, 2003). À semelhança de Hall, Freud considerava a adolescência como um período turbulento em que os adolescentes se tornam imprevisíveis, inconstantes e atormentados. Esta turbulência deve-se às mudanças físicas sentidas que fazem aumentar os desejos sexuais e levam a uma necessidade de o adolescente investir nesta satisfação da sua sexualidade.

Fazendo outra abordagem do desenvolvimento do indivíduo, Jean Piaget defende que as capacidades cognitivas dos adolescentes são desenvolvidas a partir das capacidades de pensamento e raciocínio das mesmas apreendidas numa idade mais nova. Piaget sustenta que uma nova aprendizagem é sempre baseada nas capacidades intelectuais desenvolvidas em estágios anteriores do desenvolvimento. As mudanças sentidas na transição do período das operações concretas para o período das operações formais, considerado por Piaget como a fase da adolescência, passa por “(...) transformações nas estruturas psicológicas que estão subjacentes ao pensamento e ao raciocínio em cada um dos sucessivos estágios (...), as experiências novas provocam um desequilíbrio no funcionamento das estruturas mentais” (Sprinthall & Collins, 2003:103). A forma como os adolescentes pensam sobre si mesmos, a sociedade e os relacionamentos pessoais tornam-se diferentes à medida que desenvolvem uma nova forma de pensar, uma nova estrutura lógica. Piaget enfatiza o desenvolvimento na

autonomia das decisões por parte dos adolescentes, o que possibilita a aquisição de escolhas responsáveis e a diminuição dos comportamentos considerados de risco para a saúde do adolescente (Dallo e Palludo, 2012).

Erik Erikson refere-se à adolescência como a crise de identidade, considerando esta fase como um processo de crescimento que leva ao desenvolvimento e formação da identidade individual, acabando por se referir à mesma como “(...) um estágio por direito próprio” (Sprinthall & Collins, 2003:192). Na fase da adolescência, a formação da identidade abarca transformações pessoais, exigências sociais e das expectativas relativamente ao futuro. A definição defendida por Erikson assenta em dois conceitos-chave, “o sentido de identidade e unidade que a pessoa verdadeiramente sente, e (...) o reconhecimento dessa unidade pelos adultos” (Sprinthall & Collins, 2003:202).

De acordo com as conceções elaboradas anteriormente pelos diferentes autores constata-se que é difícil definir a adolescência em termos concludentes uma vez que cada indivíduo vivencia a fase da adolescência de modo diferente, tendo em conta a sua maturidade e o meio ambiente em que se insere. Apesar da evolução que o conceito de adolescência sofreu até aos dias de hoje, os desejos ambivalentes vividos pelos adolescentes mantêm-se. Pode-se então dizer que existem muitas adolescências, de acordo com cada infância, grau de maturação, família, cultura e sociedade.

A WHO (2014) considera a adolescência um processo essencialmente biológico, durante o qual existe um desenvolvimento cognitivo e a construção da personalidade. Define adolescentes como os indivíduos inseridos na faixa etária dos 10-19 anos de idade. A idade considera-se um meio facilitador de definir adolescência, no entanto representa apenas uma característica associada a um período de desenvolvimento que comporta mudanças físicas e biológicas, influenciadas pelo meio sociocultural em que se insere.

Torna-se assim muito complexo o conceito de Adolescência uma vez que é uma fase de transição na qual a idade não é o único determinante para a próxima fase. Existem variações deste período etário impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais. Com a adolescência surge a puberdade que traz alterações físicas marcantes que no sexo feminino se verificam através do desenvolvimento mamário, o aparecimento de pelos púbicos e o aparecimento da primeira menstruação. No sexo masculino estas alterações passam por, entre os 9 e os 14 anos, um aumento testicular, aumento do pénis e aparecimento de pelos púbicos e axilares (Cordeiro, 2009).

A idade da adolescência estudada por psicólogos e médicos é considerada por uns, esperança na aquisição de novos valores para a sociedade e por outros, um período

arriscado “tanto psíquica como moralmente (perturbações mentais e desvios), como fisicamente (a força da juventude), sexualmente (excessos e perversões), ou social e politicamente (idade da contestação, do idealismo e da revolução)” (Pagès-Poly & Pagès, 1999:31).

Se o início da adolescência é delineado por acontecimentos marcantes como o aumento do reflexo emocional, o amadurecimento sexual, mudanças no corpo e mudanças relacionadas com os valores do indivíduo, o termino deste processo de desenvolvimento é muito mais difícil de determinar tendo em conta que se baseia na maturidade física bem como na evolução psíquica, afetiva, sexual e social do indivíduo (Pagès-Poly & Pagès, 1999).

A durabilidade desta fase depende do meio sociocultural em que o adolescente se encontra inserido, no entanto e, apesar de incluído no mesmo meio, a adolescência não se vive do mesmo modo entre dois ou mais indivíduos. Para alguns adolescentes é considerada uma fase de tumulto e tormento, para outros uma fase simples de transição ainda que deparados com alguns problemas. Existem assim muitas variações “Biologicamente há muitas variações individuais. Psicologicamente há também muitas variações que dependem de factores pessoais, familiares, educativos, sociais, etc” (Miguel, 1989:7).

Atualmente considera-se o período da adolescência o período em que, após diversos momentos de amadurecimento, os indivíduos constroem a sua identidade e fazem as suas primeiras escolhas profissionais, traçam o seu percurso académico e sonham pela primeira vez com o seu projeto de vida. As principais transformações nesta fase observam-se a nível do “corpo, nas relações com os pais, nas relações com os outros da mesma idade, nas relações com os adultos – na família, na escola, nos grupos desportivos e recreativos, no trabalho, etc., na forma de encarar o futuro” (Miguel, 1989:7).

Nesta etapa de vida os limites são mal definidos, além das alterações ao nível biológico ocorrem transformações a nível psicológico, familiar, social e cultural. O adolescente busca a sua identidade sendo nesta fase que se constroem os valores sociais (a justiça, a liberdade, a equidade, ética e deontologia).

Neste seguimento importa realçar que a fase do ciclo de vida adolescência é

“um período da vida em que o jovem tem vontade e necessidade imperiosa de assumir as decisões de se tornar independente e de não ser tratado como criança. A adesão a um grupo, representa para o adolescente uma maior proximidade à sociedade adulta, toda ela feita de grupos: a turma da escola, a classe social, o grupo desportivo, o clube, o partido político, etc” (Brás, Galvão & Certo, 2014:400).

Conhecer as transformações da adolescência permite à sociedade uma percepção e conhecimento de que as dificuldades são comuns a qualquer indivíduo inserido nesta faixa etária, permite uma melhor aceitação por parte dos adolescentes das novas sensações sentidas a nível do prazer e excitação, ajuda na compreensão dos conflitos com os pais, os adolescentes ao identificarem as dificuldades como comuns facilita a sua aceitação e capacidade de as ultrapassar e porque permite entender e ultrapassar as contradições na forma como se encara o futuro (Miguel, 1989).

Brás *et al.* (2011) encaram a saúde e bem-estar dos adolescentes fulcrais para o desenvolvimento humano sendo que, segundo a WHO (2019b), dos 7,2 biliões da população mundial, mais de 3 biliões têm menos de 25 anos, o que corresponde a 42%. Cerca de 1,2 biliões desses jovens são adolescentes entre os 10 e 19 anos de idade pelo que se torna imperioso atuar nesta faixa etária a nível da promoção e educação de estilos de vida saudáveis, de forma a prevenir e melhorar a saúde pública tornando-os parte ativa numa solução para os desafios mundiais.

Em Portugal, em 2018, existiam 1,067,365 milhões de indivíduos com idade entre os 10 e os 19 anos de idade (PORDATA, 2019). Devido à tendência de envelhecimento da população e à diminuição do número de nascimentos estima-se que este grupo etário em 2060 observe uma diminuição de 8,4% para 4,3% (Carrilho, 2015).

A adolescência compreende-se como um estágio de transformação dependente do equilíbrio adquirido na infância. Verificam-se várias mudanças, quer a nível físico, quer a nível psicológico, em que se verifica uma busca incessante por parte do adolescente na aquisição de novas preferências, oportunidades, relações e mesmo a sua própria identidade. A adolescência e a forma como a percebemos estão intimamente ligadas às características da sociedade em que vivemos, do ambiente social, económico e cultural em que estamos inseridos.

A adolescência é compreendida como um estágio de transformação, em que o equilíbrio adquirido anteriormente durante a infância dará agora lugar a um processo de aquisição e construção da identidade.

Sabe-se que é no seio familiar que a grande maioria das crianças cresce com autonomia e dignidade, do mesmo modo que é neste contexto que de forma contínua ou interpolada, existem momentos em que os seus direitos não são cumpridos, o que muitas vezes compromete com gravidade a segurança, bem-estar, saúde, formação, educação e desenvolvimento (Instituto da Segurança Social, 2018). Nestes casos, a institucionalização do adolescente de forma a criar um afastamento provisório do convívio familiar por impossibilidade de cumprir o cuidado e proteção de que necessitam pode ser necessário.

Em Portugal observa-se um problema crescente na sociedade atual relativamente à institucionalização de crianças e jovens. As institucionalizações acontecem devido a problemas como condições socioeconómicas prejudiciais aos adolescentes, maus tratos, absentismo escolar e problemas que abarcam os comportamentos (Anastácio & Lopes, 2018), as causas de institucionalização estão legisladas na Lei nº 147/99 relativa à Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, no artigo 3, nº 2 desta lei.

No ano de 2018 estimou-se que existiam em Portugal 9.680 crianças e jovens referenciados, sendo que 7.032 [73%] estavam em situação de acolhimento e 2.648 [24%] tinham cessado a situação de acolhimento durante o referido ano. Salienta-se ainda que 7% encontrava-se na faixa etária dos 10-11 anos, 19% na faixa etária dos 12-14anos e 36% na faixa etária dos 15-17 anos (Instituto da Segurança Social, 2018).

A mesma Lei nº 147/99, relativa à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, no seu artigo 51 descreve que os Lares de Infância e Juventude devem ser especializados ou ter valências especializadas e devem ser organizados segundo modelos educativos adequados às crianças e jovens neles acolhidos.

As crianças e jovens institucionalizadas são retiradas do seu contexto familiar podendo influenciar o seu estado de saúde, segurança, integridade física e emocional, bem como um desenvolvimento e educação adequados (Anastácio & Lopes, 2018). Por este motivo, as instituições de acolhimento procuram retratar uma estrutura familiar e social, como forma de facilitar posteriormente a inserção do adolescente numa realidade social e familiar. Aquando da institucionalização, os adolescentes manifestam e experienciam as suas realidades emocionais, sociais e biológicas (Ribeiro, 2015).

O adolescente ao entrar na instituição é afastado do seu núcleo familiar o que lhe proporciona sentimentos de insegurança capazes de o afetar e comprometer a nível físico e psicológico. Torna-se necessário um apoio da instituição para manter uma rotina e normalidade, para que estas alterações sejam o menos prejudiciais possível na vida do adolescentes.

O adolescente em acolhimento institucional encontra-se em situação de vulnerabilidade uma vez que, apesar de ser uma medida de proteção, poderá implicar no adolescente uma reorganização devido à possibilidade de uma convivência com novas culturas. Neste contexto, o adolescente lida com conflitos de outros adolescentes que também eles se encontram em fase de transformação, têm diferentes culturas, experiências e identidades. Adolescentes institucionalizados demonstram fragilidade no que respeita às referências afetivas e educativas sobre a promoção da saúde (Ribeiro, 2015).

A convivência com outros adolescentes nas mesmas condições mas com histórias de vida diferentes, vivências diferentes e percepções diferentes, tornam-se um desafio de adaptação que permite uma convivência adequada entre estes adolescentes mas que muitas vezes se torna um obstáculo neste processo.

Os adolescentes em regime de acolhimento institucional, apesar dos esforços por parte das instituições em proporcionar-lhe uma segurança a nível social, tentar recriar um ambiente familiar com o objetivo de minimizar a ausência da família e garantir ainda os seus direitos na sociedade, através de regras, disciplina e valores transmitidos entre adolescentes e cuidadores, necessitam de intervenção no que respeita à promoção da sua saúde sexual (Ribeiro, 2015).

A revisão da literatura efetuada demonstra que na tentativa de explicar a adolescência são várias as teorias e ciências abordadas, umas referem a psicanálise e outras o campo relacional e do desenvolvimento. Contudo, todos contribuem para uma melhor compreensão desta fase da vida comum a todos os indivíduos.

Caracteriza-se a adolescência como um período crítico no entanto, com grande capacidade para apreender e desenvolver comportamentos e atitudes de responsabilidade para a sua saúde. Assim, a compreensão desta fase é fulcral para os profissionais de saúde no desenvolvimento das intervenções necessárias à capacitação junto dos adolescentes que se afastam do padrão de saúde e qualidade de vida pretendido. A formação, o esclarecimento e a educação em saúde são fundamentais para que o adolescente viva o mais saudável possível.

## 1.1 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A Sexualidade é inerente à essência Humana, faz parte da sua origem. Esta componente considera-se nos dias de hoje um fator do desenvolvimento pessoal contribuindo para o bem-estar pessoal e relacional, não estando limitada à componente reprodutiva. A WHO vem reforçar esta afirmação quando diz que

“A sexualidade refere-se a uma dimensão central do ser humano, que inclui sexo, género, sexualidade, identidade de género, orientação sexual, erotismo, apego emocional / amor e reprodução. É vivenciada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis, relacionamentos” (World Health Organization, 2000:12).

A Sexualidade encontra-se presente em todas as etapas do ciclo vital, é individual e pessoal, uma vez que para ela concorrem contextos como educação, família e sociedade

inerentes à própria identidade que vão definir, do mesmo modo, as características dos próprios indivíduos na sexualidade. Assim, “A sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos / espirituais” (World Health Organization, 2000:12). No desenvolvimento da sexualidade do adolescente verifica-se também a busca urgente da autonomia sendo esta uma característica do adolescente, ou seja, a sexualidade está inerente à nossa vida, ao nosso corpo, à relação com os outros e à forma como crescemos e vivemos em sociedade.

Os Adolescentes na transição neurológica, física e emocional, da infância para a idade adulta, enfrentam uma série de riscos para a saúde (World Health Organization, 2014). A acompanhar as inúmeras alterações sentidas, há a necessidade de os adolescentes iniciarem precocemente a sua vida sexual adotando comportamentos de risco ao nível da sexualidade, mais precisamente com relações sexuais não protegidas, relações sexuais sobre efeito de álcool/drogas e múltiplos parceiros.

Nos últimos anos verificou-se uma evolução conceptual na legislação no âmbito da educação sexual dos adolescentes em Portugal, observando-se uma maior sensibilidade e cuidado por parte dos legisladores quando abordam a problemática da sexualidade, garantido o direito dos adolescentes à saúde sexual. No entanto, esta evolução provocou uma rotura nas normas rígidas existentes provocando insegurança na sociedade relativamente à sexualidade dos adolescentes.

Tornou-se então necessário e lógico a implementação de programas de educação sexual pelo que, em Portugal se implementou a Educação Sexual nas Escolas, ao abrigo da Lei nº 60/2009, de 6 de agosto tendo sido regulamentada pela portaria nº196-A/2010, de 9 de abril. Assim, de acordo com o Artigo 2 os objetivos da Educação Sexual passam por: valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas, a melhoria dos relacionamentos afetivos-sexuais, a redução de comportamentos sexuais de risco, a capacidade de proteção face às formas de exploração e de abuso sexual, o respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais, a valorização de uma sexualidade responsável e informada, a promoção da igualdade entre sexos, o reconhecimento da importância de participação neste processo dos encarregados de educação, alunos, professores e profissionais de saúde, a compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos e a exclusão de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual (Lei nº 60/2009, Artigo 2).

Segundo o relatório do estudo HBSC 2018, realizado em Portugal, confirma-se que os jovens iniciam a atividade sexual cada vez mais cedo, sendo que 62,2% iniciou a atividade sexual com 14 anos ou mais, enquanto os restantes 38,8% entre os 11 e os 14 anos de idade (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Associado a um início precoce da atividade sexual verifica-se a falta de conhecimentos que acarretam comportamentos arriscados. Estes comportamentos, que muitas vezes são apenas uma experiência num momento isolado, podem ao longo da vida tornar-se hábitos com profundas implicações para a saúde e o bem-estar (World Health Organization, 2019b). Considera-se que a adolescência e a sexualidade necessitam de “atenção de todas as pessoas, visto ser uma problemática que pode atingir proporções que afetam o jovem, o grupo de pares, os pais, a família, os professores, os profissionais de saúde e a sociedade em geral” (Brás *et al.*, 2016:79).

Segundo a WHO (2020) verifica-se anualmente um aumento das taxas de gravidez na adolescência. Cerca de 21 milhões de adolescentes, entre os 15 e os 19 anos, em regiões em desenvolvimento engravidam e aproximadamente 12 milhões chegam a parir. Na conferência internacional AIDS 2018, realizada em Amesterdão pela Organização Mundial de Saúde, foi também muito discutida a saúde dos adolescentes estando a ser implementadas novas iniciativas globais de saúde nas crianças e adolescentes bem como a gestão das IST uma vez que as taxas relativas a estas doenças continuam a aumentar a nível mundial (World Health Organization, 2019b) verificando-se um aumento da transmissão com impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos e comunidades.

“A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas” (Silva *et al.*, 2012:9) pelo que, os adolescentes passam a ser considerados um grupo de intervenção prioritário na área da saúde sexual e reprodutiva tornando-se necessária a educação sexual com o intuito de prevenir riscos associados às experiências sexuais.

A adolescência e a sexualidade demonstram ser temas atuais e de grande relevância, tornando este grupo etário prioritário no que respeita à educação sexual, saúde reprodutiva e adoção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo, a educação sexual e a educação para a saúde realizadas em conjunto por profissionais de saúde será uma mais-valia no sentido de “habilitar os adolescentes para a tomada de decisão, resolução de problemas e pensamento crítico, de forma a capacitá-los para escolhermos comportamentos de saúde correctos” (Silva *et al.*, 2012:11).

A fragilidade de conhecimentos relativamente à sexualidade, associada a todas as alterações físicas, relacionais, sociais e culturais que os adolescentes vivenciam neste período, leva a um início precoce da atividade sexual, um maior número de parceiros, desresponsabilização do uso de contraceção, ausência de consultas de planeamento familiar, o que leva a um aumento de riscos associados à saúde do indivíduo. Para além disso, nos dias de hoje, a exposição aos meios de comunicação social que incentivam ao erotismo e mostram figuras que despertam o interesse e desejo sexual, podem contribuir para influenciar a adoção de comportamentos de risco (Morgado, Coutinho & Duarte, 2013).

A educação sexual a nível escolar tem evoluído no entanto com alguns obstáculos tendo em conta a sensibilidade do tema. Em contexto de acolhimento institucional essas dificuldades são mais visíveis e de maior dimensão tendo em conta as vivências destes adolescentes, que em grande parte envolve temas sensíveis e ligados à sexualidade (Anastácio & Lopes, 2018).

No contexto que se considera particular, estas jovens iniciam as suas vidas sexuais precocemente e abarcam disparidades sociais que aumentam os riscos associados, como por exemplo as IST e a gravidez precoce. Tal facto desenvolve uma preocupação acrescida no que se refere aos seus comportamentos sexuais e às estratégias desenvolvidas relativas a promoção da sua saúde sexual (Ribeiro, 2015).

As características que estas crianças e adolescentes apresentam aquando da chegada a uma instituição passam por uma ausência de regras, pouca motivação e vontade para estudar ou desenvolver tarefas associadas ao contexto escolar, são adolescentes rebeldes e adotam comportamentos inadequados, nomeadamente comportamentos sexuais (Anastácio & Lopes, 2018).

É durante a adolescência que surgem as questões e dúvidas relacionadas com a sexualidade que devem ser esclarecidas pelos meios de maior relevância ao desenvolvimento dos adolescentes como o caso do âmbito familiar, escolar, social e cultural. Num contexto de acolhimento institucional os técnicos que acompanham diariamente estes adolescentes observam uma grande variedade de comportamentos inadequados e não tem formação específica para dar resposta (Anastácio & Lopes, 2018).

Uma intervenção nas casas de acolhimento em articulação com a comunidade e os cuidados de saúde, traz um acréscimo bastante significativo aos recursos materiais e humanos destas instituições ajudando a colmatar as necessidades sentidas e que podem colocar em causa o acolhimento institucional (Carvalho & Salgueiro, 2019). Desta forma, o papel do profissional de saúde em contexto institucional é essencial na promoção e

educação para uma sexualidade saudável e consciente, melhorando a saúde do adolescente e contribuindo para a sua realização.

## 2 – SAÚDE SEXUAL DOS ADOLESCENTES

A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, tem sido objeto de atenção ao longo das últimas décadas despertando atenção de vários autores das ciências sociais e humanas, pelo fato de ser considerada uma área de enorme relevância no desenvolvimento do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.

A saúde sexual de adolescentes institucionalizadas confere uma temática intrigante, sendo a promoção da saúde e bem-estar destes adolescentes no que respeita à sexualidade crucial para reduzir comportamentos sexuais de risco. Desta forma importa referir o conceito de saúde sexual segundo a OMS (2006), que diz ser um completo estado de bem-estar físico, emocional, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Reforça também a importância do respeito relativamente à sua sexualidade e aos relacionamentos sexuais no geral, de forma à obtenção de experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para alcançar e manter a saúde sexual, a mesma fonte refere que os direitos sexuais das pessoas devem ser cumpridos, protegidos e respeitados.

Segundo Ferreira (2019) a saúde sexual e reprodutiva revela-se na atualidade uma das principais preocupações na área da saúde, uma vez que os problemas inerentes à sexualidade afetam o bem-estar dos indivíduos e comunidades em que se inserem, para além de serem responsáveis pelas principais causas de doença e morte nas mulheres.

A saúde sexual abrange toda a identidade do indivíduo, devendo promover um estado físico, emocional, mental e social de pleno bem-estar relativamente à sua sexualidade. Ou seja, o indivíduo deve viver uma vida sexual informada, agradável e de forma segura, com base na autoestima (Ribeiro, 2015).

Na adolescência existem vários fatores que convergem para a existência de comportamentos de risco, designadamente a curiosidade, a necessidade de afirmação, a procura do prazer, necessidade de aceitação pelo grupo de referência, a necessidade de transgressão, independência relativamente à família, à procura da identidade e limites até mesmo a morte. O adolescente adota como forma de comunicação a procura constante pelo perigo e desconhecido, que tornam as experiências um processo de crescimento para traçar o seu interior (Morado, Coutinho & Duarte, 2013).

Os cuidados prestados a este grupo etário devem englobar a saúde sexual dos adolescentes uma vez que os comportamentos sexuais representam um risco considerável para a saúde dos indivíduos e populações.

No entanto,

“Os adolescentes, por não estarem informados ou subsidiados pelas informações de profissionais de saúde, apreendem e disseminam informações inadequadas e preconceitos que, somados à negação do risco de engravidar devido a um pensamento “mágico” característico da adolescência e da sua imaturidade psicoemocional contribuem para que as experiências sexuais possam condicionar riscos acrescidos” (Silva et al, 2012:11).

No que respeita ao aconselhamento, raramente procuram um profissional de saúde preferindo utilizar, como fonte de informação privilegiada, os amigos ou a Internet não frequentando por rotina uma consulta de Planeamento Familiar.

Neste âmbito a promoção da saúde realiza-se através da educação para a saúde, que face à evolução social e aumento dos comportamentos de risco associados à sexualidade, torna-se importante para prevenir consequências negativas, como gravidez na adolescência e aumento de IST, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar. (World Health Organization Europe, 2010). Com a Lei nº120/99, de 11 de Agosto, estabeleceram-se “medidas no âmbito da educação sexual, do reforço de acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis” (Lei nº120/99, Artigo 1).

Considera-se importante a sensibilização dos Adolescentes para a promoção da saúde, prevenção da doença e o direito de usufruir de cuidados de saúde que façam face a alguns dos seus problemas, motivando-os a participar de forma ativa na promoção da sua própria saúde Sexual.

Os comportamentos sexuais potenciam os riscos para os adolescentes que acontecem devido ao início precoce e por vezes indesejado da vida sexual, aliado à falta de conhecimento das repercussões dos riscos que lhe estão associados. A atividade sexual acarreta profundas consequências à vida dos adolescentes, principalmente quando esta é precoce e desprotegida. Assim, considere-se a gravidez na adolescência e as IST como as de maior preocupação (Serra, 2015).

Importa que os jovens sejam capacitados no que respeita aos vários métodos contraceptivos, ao seu correto uso, ao seu modo de ação, vantagens e desvantagens de cada um de forma a possibilitar uma escolha livre e com consciência (Serra, 2015).

Para os adolescentes incentivar o sentido de responsabilidade e compromisso com a sua própria sexualidade através da educação para a saúde é o melhor meio de prevenção contra os problemas de saúde pública, como as IST e gravidez precoce, promovendo a vivência de uma sexualidade saudável.

Para concluir, a Saúde Sexual dos adolescentes institucionalizados revela-se um tema intrigante uma vez que, a acompanhar o início precoce da atividade sexual, acrescentam-se as disparidades sociais em que vivem, o que leva a uma maior predisposição ao risco de IST e gravidez precoce. Tal facto, aumenta a apreensão no que respeita aos comportamentos sexuais e às estratégias necessárias a desenvolver para a promoção da saúde sexual.

- Gravidez na Adolescência

A gravidez na Adolescência é considerada pela WHO (2020) um problema global que ocorre, tanto em países desenvolvidos como em países subdesenvolvidos. No entanto é em comunidades desprotegidas e geralmente instigadas pela pobreza, falta de emprego e educação, onde é mais frequente o aparecimento de uma gravidez numa adolescente. Estas condições também se verificam em Portugal, de acordo com os vários estudos realizados que mostram que a gravidez ocorre na sua grande maioria em adolescentes com condições pouco favoráveis do ponto de vista, pessoal, familiar, social e cultural. (Silva *et al.*, 2012)

Na adolescência a precocidade da atividade sexual, a imaturidade a nível psicológico e a baixa autoestima de uma constante procura da identidade que se vive nesta fase, em conjunto com o desconhecimento no que respeita à saúde reprodutiva e contraceção, concorrem para uma maior incidência de gravidez na adolescência.

A atividade sexual precoce e a gravidez na adolescência, são considerados problemas urgentes que devem ser trabalhados em conjunto pelos profissionais de saúde, uma vez que ao aumento da atividade sexual está associado um risco acrescido de gravidez na adolescência (Silva *et al.*, 2012).

Uma gravidez precoce tem riscos biológicos e um impacto social mais alargado. Os jovens “saltam passos” numa trajetória de desenvolvimento pessoal e social, com prejuízo da sua escolarização, do seu convívio entre pares e da vivência da sua própria adolescência. “A gravidez na adolescência não apenas cria obstáculos para o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, como gera consequências imediatas nas questões emocionais dos jovens envolvidos” (Minetto *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde as gestações são mais frequentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos, no entanto é na faixa etária dos 10 aos 14 anos que existe maiores riscos uma vez que atingiram recentemente a puberdade. Verifica-se assim, que “O risco de morte materna duplica-se entre mães com menos de 15 anos em países de baixa e médio rendimento” (Minetto *et al.*, 2019).

Em Portugal, o número de filhos de mães adolescentes diminuiu em 86,2% entre 1980 e 2014, atingindo no ano de 2014 um número de 2.446 (Carrilho, 2014). Já segundo dados do Instituto Nacional de Estatística estes números continuam a diminuir, e no ano de 2018 verificaram-se 2.028 nados-vivos de mães com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos. Assim sendo, apesar da diminuição do número de gravidezes na adolescência, consideram-se ainda números elevados tendo em conta os riscos que estão associados pelo que é necessária uma intervenção junto das adolescentes nesta faixa etária, capaz de diminuir ainda mais estes números e consequentemente o risco para a saúde dos adolescentes, do recém-nascido e do núcleo familiar.

Importa ainda referir que, segundo o Relatório Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2018), os riscos associados à gravidez na faixa etária dos 15-18 anos de idade passam pelas complicações da gravidez, parto e puerpério sendo estas as principais causas de internamento.

Outra consequência relacionada à gravidez na adolescência é a falta de acompanhamento pré-natal que se observa, na grande maioria, devido à falta de apoio familiar. Com a falta de acompanhamento é altamente provável o aparecimento de outras complicações associadas à gravidez na adolescência tais como: anemia, hipertensão, infeções do trato urinário, infeções do trato genital, rutura prematura de membranas, desencadeamento prematuro do parto, aumento das complicações no parto e puerpério (para mãe e bebé), perturbações emocionais e consequências que advêm da decisão de aborto (Alpendre & Palma, 2019). Deste modo, a gravidez na adolescência é considerada uma gravidez de alto risco pela elevada possibilidade de complicações.

A incidência das complicações é passível de ser diminuída com uma vigilância precoce da gravidez por uma equipa multidisciplinar que inclui não só obstetra e enfermeiro, bem como assistente social, psicólogo, nutricionista, entre outros (Alpendre & Palma, 2019).

A WHO (2020) refere que as adolescentes que têm a intenção de evitar uma gravidez podem não o conseguir devido a lacunas de conhecimento e conceitos errôneos sobre onde obter métodos contraceptivos e como usá-los adequadamente. Tal facto está associado, como já referido anteriormente, ao início precoce da atividade sexual, aos poucos conhecimentos que detêm sobre sexualidade bem como ao pouco uso de

contracetivos. Pode-se associar também à informação fornecida de forma inadequada ou mal interpretada, no que diz respeito à contraceção e fisiologia reprodutiva.

A gravidez na adolescência é um problema na área de saúde pública verificado a nível mundial e principalmente em Portugal, pelo que a contraceção deve ser percecionada como componente da educação para a vida, indispensável e urgente no que respeita à prevenção

- Infeções Sexualmente Transmissíveis

As IST são doenças provocadas por vários microrganismos como bactérias, vírus ou parasitas, sendo o seu contágio por via sexual. Devido à grande diversidade de agentes causadores deste género de infeções, estas podem manifestar-se de forma diversa e originar diferentes consequências na saúde (Silva, Pinto & Belo, 2020).

A transmissão mais frequente das IST observa-se através de relações sexuais (sobretudo vaginais, orais ou anais). Assim sendo, a melhor forma de as prevenir é através da prática de sexo seguro (Associação para o Planeamento da Família, 2018), com utilização de preservativo.

Segundo a WHO a propagação das IST mantém-se de forma constante em várias partes do mundo, sendo consideradas um problema endémico global. Verificou-se que o número de novos casos de IST perfaz um total de 376,4 milhões de indivíduos do sexo masculino e feminino com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos de idade (World Health Organization, 2019a). A OMS afirma a urgência na resolução deste problema uma vez que pode provocar um impacto profundo na saúde dos adolescentes.

O primeiro diagnóstico de uma criança infetada com o Vírus de Imunodeficiência Humana em Portugal [VIH] surge no ano de 1984 (Direção-Geral da Saúde, 2018) e desde então que se observa o aparecimento crescente de novos casos. No entanto, entre 2010 e 2016 houve uma diminuição do número de casos na população dos 0 aos 18 anos, mas 65% do total de casos diagnosticados nesse período inserem-se na faixa etária dos 15-18 anos (Direção-Geral da Saúde, 2018). Com base no mesmo relatório de Saúde Infantil e Juvenil, “a via de transmissão predominante é a via sexual (59,5%), sendo que os casos de transmissão heterossexual e homossexual representaram respetivamente 29,1% e 30,4%. Os casos associados ao consumo de drogas representaram 2,5% do total dos casos. A transmissão mãe-filho foi responsável por 32,3%” (Direção-Geral da Saúde, 2018:58).

Com base no relatório do estudo HBSC 2018 observou-se que 49,4% dos adolescentes não realizaram teste ao VIH, 18,6% e 25,9% «não sabe» e «não sabe o que isso é», respetivamente. Apenas 6,1% diz ter realizado este teste. Do mesmo modo, relativamente ao Vírus Papiloma Humano [HPV], quando questionadas se já fizeram a vacina, apenas 9% diz que sim, sendo que 41,8% diz não ter realizado a vacina, 20,3% e 28,9% referem, respetivamente, «não saber» se realizou a vacina e «não sei o que é isso» (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Estas infeções podem provocar graves complicações a longo prazo ou até mesmo para toda a vida, como é o caso da existência de uma diminuição na capacidade reprodutiva, neoplasias ginecológicas e morte por gravidez ectópica ou infeção por VIH (Morgado, Coutinho & Duarte, 2013).

É importante que este tipo de infeções seja detetado precocemente pelo que se torna necessário conhecer as doenças e a forma como se manifestam. O adolescente deve ter consultas frequentes de planeamento familiar que auxiliem na deteção de doenças sem sintomatologia associada, de forma a direcionar o tratamento mais adequado ao agente infeccioso, evitando a utilização de tratamentos sem benefício. A consulta é realizada por um profissional de saúde de forma confidencial, pode ser questionado relativamente à sua vida sexual (número de parceiros, práticas sexuais, sintomas, entre outros) uma vez que o tratamento deve ser realizado também pelos parceiros (Silva, Pinto & Belo, 2020).

O contacto por via sexual com o microrganismo patológico pode não revelar qualquer manifestação, ou manifestar sintomas locais ou gerais. No sexo masculino, pode manifestar-se na saída de exsudado pelo meato urinário, prurido ou disúria. No sexo feminino, manifesta-se por corrimento vaginal de cor amarelada ou esverdeada, com cheiro, prurido ou disúria. Podem verificar-se ainda manifestações não associadas ao sexo do adolescente, como o aparecimento de uma ou mais borbulhas ou pústulas com ou sem líquido, bem como o aparecimento de uma ou mais feridas na zona genital, boca ou ânus, com ou sem exsudado (Silva, Pinto & Belo, 2020).

Em 2018, a WHO já definia como metas para 2030 abordar as IST de forma a reduzir em 90% a incidência da sífilis e gonorreia, eliminar a transmissão de mãe para filho de sífilis diminuindo em 50 ou menos casos de sífilis congénita por cada 100.00 nados vivos em 80% dos países, controlar a resistência microbiana e pesquisar novo teste diagnóstico e vacinas contra as IST.

Os dados acima referidos demonstram uma determinada falta de conhecimentos, que a par com os comportamentos de risco e não prevenção das IST, pode aumentar os riscos para a saúde dos adolescentes.

A Prevenção apenas é eficaz com a utilização de preservativo, pelo que o adolescente deve utilizá-lo em todas as práticas sexuais devendo, em caso de dúvidas na utilização contactar um profissional de saúde habilitado.

- Interrupção Voluntária da Gravidez

A Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] consiste na vontade da mulher por fim a uma gravidez não planeada e não desejada, de um embrião ou feto normal, sem correr riscos de saúde (Sousa, 2016). Em Portugal a IVG era proibida até ao ano de 1984. A implementação da Lei nº6/84 de 11 de Maio vem permitir à mulher a realização da interrupção voluntária da gravidez em determinados casos como seja: perigo de vida da mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher (até às 12 semanas de gestação), casos de malformação fetal (até às 16 semanas de gestação) ou gravidez resultante de uma violação (até às 12 semanas de gestação). No ano de 1997 a alteração da legislação pela Lei nº90/97 permitiu a realização das interrupções em casos de malformação fetal até às 24 semanas de gestação e em situações de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher nas primeiras 16 semanas de gravidez. Somente no ano de 2007, após realização de Referendo Nacional, com a Lei nº16/2007 a mulher pode finalmente solicitar a realização da interrupção a realizar em estabelecimentos de saúde (Associação para o Planeamento da Família, 2019). Tal é permitido se a interrupção for realizada nas primeiras 10 semanas de gestação e mediante documento assinado pela grávida e entregue no estabelecimento onde se realizará o procedimento. O documento será entregue após um período de reflexão a partir do dia da primeira consulta, onde lhe será facultada toda a informação importante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável (Lei nº16/2007, Artigo 1).

Em Portugal no ano de 2017 registaram-se 15 492 IVG ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, verificando-se uma incidência de 179,8 de IVG por 1000 Nados Vivos. Destas 15 492 IVG, 11.035 (71,2%) foram realizadas em serviços públicos e 4.457 (28,8%) em serviços privados. Mantém-se assim uma tendência decrescente do número de IVG em Portugal desde o ano de 2012 (Divisão de Saúde Sexual Reprodutiva Infantil e Juvenil, 2018).

Relativamente à faixa etária entre os 15-19 anos de idade foram registadas 1.438 IVG o que equivale 9,28% e com idades inferiores a 15 anos encontram-se registadas apenas 46 o que equivale a 0,30%. Verificou-se que a maior incidência de IVG foi no grupo etário

dos 20-24 anos de idade. O maior risco de uma gravidez terminar em IVG verifica-se abaixo dos 20 anos, havendo uma estimativa de 52% aproximadamente para as gravidezes em menores de 15 anos que acabaram em IVG (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Relativamente aos riscos associados à IVG, no que se refere à existência ou não de síndrome pós-aborto, a resposta é ambivalente embora se considere que podem surgir consequências psicológicas negativas como uma resposta emocional ao aborto, sendo a duração e intensidade variável mediante diversos fatores. A IVG reflete-se muitas vezes como um momento de tensão, stress e incerteza, muitas vezes derivado da falta de apoio por parte do companheiro e família (Patrão, King & Almeida, 2008). Segundo Soares *et al.* (2012), as mulheres experimentam vários sentimentos como culpa, tristeza, arrependimento, ansiedade, sensação de perda, medo, vergonha, angustia, depressão, isolamento social, rejeição e negação, mas também, alívio, felicidade, conforto, aceitação e libertação.

É importante um acompanhamento de vários técnicos numa equipa multidisciplinar, que acompanhem todo o processo desde a consulta de pré-aborto até à última consulta, e caso seja necessário encaminhar para uma consulta de psicologia de forma a iniciar um processo psicoterapêutico (Patrão, King & Almeida, 2008).

Entende-se que o tema IVG gera uma certa controvérsia no seio da nossa sociedade, uma vez que abrange diversos valores tais como humanos, éticos, sociais psicológicos e políticos; bem como aspetos técnicos, económicos e sociais (Ribeiro & Araújo, 1998).

- Métodos Contracetivos

Entende-se como contraceção o conjunto de processos que permitem evitar uma gravidez, no entanto, os adolescentes que têm relações sexuais não se encontrando em condições de constituir família, deverão sempre utilizar um método eficaz de contraceção (Miguel, 1989). Os métodos contracetivos ajudam a prevenir a gravidez não desejada e o preservativo ajuda também na prevenção de IST.

Quando se aborda a fidelidade aos adolescentes estes interpretam-na e associam-na a conceitos de exclusividade e honestidade, utilizando esta justificativa para a não utilização do preservativo. Assim, é de extrema importância que estes entendam o que é sexo responsável e que associem este conceito à responsabilidade de usar o preservativo. Devem também ter em conta os valores e atitudes de cada indivíduo, respeitando a si próprio e ao outro (Alcobia, H., Mendes, A. & Serôdio, H., 2003).

A utilização de contraceptivos deve ser feita de forma consciente e informada pelo que os jovens, sejam eles do sexo feminino ou sexo masculino, devem ser responsabilizados pelo seu uso. No entanto, seja por questões culturais ou outras, desde o aparecimento da pilula que a responsabilidade pela contraceção recaiu sobre a mulher verificando-se uma desresponsabilização por parte do sexo masculino (Silva *et al.*, 2012).

Com base nas recomendações da OMS deve-se adequar o contraceptivo a critérios de ordem clinica, social, comportamental e preferência do próprio individuo.

Deste modo, a DGS emite a orientação nº10/2015 onde refere que “a lista nacional de contraceptivos para disponibilização gratuita no SNS tem sido progressivamente alargada, no sentido de: assegurar a diversidade de métodos; permitir uma escolha adaptada a um maior número de utentes; garantir a liberdade de escolha da mulher e uma maior adesão à terapêutica” (Direção-Geral da Saúde, 2015:1).

Neste seguimento, os métodos contraceptivos considerados mais adequados a este grupo etário são:

- A contraceção hormonal oral traz vantagens para a adolescente, porque para além do seu efeito contraceptivo, ajuda a regular os ciclos menstruais, melhora o acne, atua na prevenção de quistos funcionais do ovário e diminuição da dismenorrea;
- “Os dispositivos intrauterinos (DIU), medicados ou não, apresentam uma elevada eficácia contraceptiva, de longa duração e reversível” (Direção-Geral da Saúde, 2015:2). O DIU pode ser uma alternativa, especialmente para mães adolescentes;
- O preservativo é o método de eleição, bem como a “dupla proteção”, associando este a um método contraceptivo eficaz, de forma a prevenir simultaneamente a gravidez e as IST.

No entanto, com a disponibilização de novos métodos contraceptivos, como é o caso do implante progestativo, do contraceptivo combinado transdérmico ou vaginal, associado ao aconselhamento do DIU a esta população, aumentaram o número de escolhas e permitem uma maior facilidade na escolha adequada entre método e utilizador.

Na utilização dos métodos contraceptivos as atividades de Planeamento Familiar assumem um papel importante uma vez que desenvolvem cuidados na área de Saúde Reprodutiva e Promoção da Saúde. As atividades no âmbito do Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva são inseridas nos Cuidados de Saúde Primários e no âmbito da Medicina Geral e passam por transmitir informação, aconselhamento sexual, prevenção, diagnóstico precoce de IST e doenças ginecológicas, transmissão de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia reprodutivas, fecundidade, fertilidade, gravidez e métodos contraceptivos. Nestas consultas são fornecidos métodos contraceptivos e faz-se acompanhamento clínico, independentemente do método escolhido.

Sabe-se que dados dos relatórios dos estudos HBSC 2014 e HBSC 2018 (Matos *et al.*, 2014; Matos & Equipa Aventura Social, 2018) revelam que o número de adolescentes de 14 anos ou mais que já teve relações sexuais é cada vez menor – passou de 18,2% para 16,1% entre 2006 e 2014 e atinge no ano de 2018 os 11,5% - mas que os adolescentes sexualmente ativos usam menos o preservativo – 27,9% não usou, em 2018, quando em 2014, só 21,6% dizia não o fazer e 7,9% refere «não saber» se usou ou não o preservativo. Segundo Matos *et al.* (2014), dos adolescentes que não usaram preservativo aquando da primeira relação sexual (21,6%) 42% referem como motivo «não ter pensado nisso», seguido de 31,8% «não ter preservativo consigo», «os preservativos serem muito caros» com uma percentagem de 26,1% ou «terem consumido álcool em demasia» com 23,9%.

Relativamente à pílula contraceptiva, houve um aumento de 31% para 33,8%, entre 2014 e 2018, dos jovens que dizem ter utilizado na última relação sexual, no entanto, 45,5% e 50,3% diz não ter usado nos anos de 2014 e 2018 respetivamente; e 15,9% em 2014 e 23,5% em 2018, diz não saber se usou a pílula na última relação sexual (Matos *et al.*, 2014; Matos & Aventura Social, 2018).

Segundo o mesmo estudo, a par com a diminuição do uso de preservativo, verifica-se um aumento das IST não se verificando um aumento no número de gravidezes na adolescência. Tal facto deve-se ao aumento do uso de outros meios de contraceção como a pílula, disponibilizada nas consultas de planeamento nos centros de saúde (Matos *et al.*, 2018).

Assim, não se pode desprezar o impacto que pode ter na vida de um adolescente, o facto de utilizar e utilizar corretamente ou não utilizar um método contraceptivo, como é o caso da gravidez indesejada e IST, podendo ser evitada por meio de uma melhor e mais correta informação (Morgado, Coutinho & Duarte, 2013).

Segundo Serra (2015) é indispensável atuar a nível do planeamento familiar com o intento de impulsionar constantemente o uso de contraceptivo de forma continuada, com capacidade e conhecimento técnico e permitindo um acompanhamento e avaliação ao longo do tempo.

### 3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACITAÇÃO

Em 1946 o autor Sigerist, foi um dos primeiros autores a definir a expressão "promoção da saúde" e descreve como primordiais para a medicina, as quatro tarefas seguintes: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do doente e a reabilitação (Ribeiro, 2015).

Surgem outros movimentos importantes na concepção da promoção da saúde como é o caso de dois marcos políticos, nomeadamente o relatório “Lalonde” e a “Carta de Ottawa”. Com a publicação do relatório Lalonde em 1974, dá-se ênfase à importância da implementação de intervenções direcionadas para a prevenção da doença e a promoção do bem-estar. Segundo o relatório Lalonde “para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde” (Santos, Dias, Gonçalves & Sakellarides, 2010:3).

Enquanto o Relatório Lalonde era reconhecido a nível internacional, outro movimento surgia no ano de 1978, movimento esse que defendia uma ideia de saúde de proximidade e que culminava na Conferência internacional de Alma-Ata sobre os cuidados de Saúde Primários (Santos, Dias, Gonçalves & Sakellarides, 2010). A Declaração de Alma-Ata vem expressar uma necessidade de ação urgente por parte de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Em 1986, deu-se a primeira grande conferência internacional sobre Promoção da Saúde, em que Portugal participou. Da conferência resultou um documento orientador, conhecido como CARTA DE OTTAWA. Nesta conferência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade que permite uma atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação por parte dos indivíduos no controle deste processo (Direção-Geral da Saúde, 2020). Mais acrescenta que a promoção da saúde se centra-se na busca da equidade em saúde ou seja, tem como finalidade reduzir as desigualdades presentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades

e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A Carta de Ottawa delibera que a construção de políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais (*empowerment*) e a reorientação dos serviços de saúde, são campos de atuação essenciais à promoção da saúde. A Carta de Ottawa vem assim dar resposta aos “progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata” e reforça a importância destes na conquista do objetivo estabelecido para o ano 2000, “saúde para todos” (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Os diferentes países procuraram orientar as suas políticas de saúde com base nos valores, princípios e compromissos resultantes destas conferências. Posto isto Portugal, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde nº95/2019, considera que “a política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando - se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Lei nº 95/2019, Base 4).

Neste seguimento, consideram-se como fundamentais para a política de saúde:

“a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas; b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais; (...); e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável; (...)f l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce” (Lei nº 95/2019, Base 4).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 possui um modelo concetual que assenta em quatro eixos estratégicos que se manifestam em qualquer intervenção do Sistema Nacional de Saúde. Um destes eixos é a Cidadania, que determina o cidadão o elemento central do Sistema Nacional de Saúde conferindo-lhe um papel de agente de mudança e participação. Assim, o cidadão deve ser capacitado de forma a defender a sua saúde e a da comunidade em que se insere. Este conceito mantém-se após o Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020, onde se enfatiza a cultura de promoção da cidadania que permite a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos com o intuito de adquirirem autonomia e responsabilidade no que respeita a sua saúde e a que deles depende (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A promoção da saúde é um processo que permite aos indivíduos aumentar os seus conhecimentos em relação aos determinantes da sua saúde, permitindo que os mesmos

tenham um maior e melhor controlo sobre eles, e com esse controlo contribuir para uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida (Serra, 2015). Assim, a promoção da saúde é realizada de forma contínua com o intuito de criar condições de qualidade de vida, satisfação pessoal e reafirmação para a vida social. Deste modo, os indivíduos passam a desenvolver um papel ativo na sua própria saúde, através do aconselhamento adequado dos profissionais de saúde, podendo assim ser responsabilizados pelas suas escolhas.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública através do planeamento em saúde e da utilização das suas competências para desenvolver uma relação terapêutica, capacita os grupos, indivíduos e comunidades, com seleção de estratégias adequadas a cada contexto. Deste modo, a intervenção de enfermagem tem como propósito a capacitação do indivíduo para que este adquira domínio e capacidade de escolha sobre a sua vida. “O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2008:16).

Segundo Carvalho & Carvalho (2006), o empoderamento dos indivíduos consegue-se através da educação para a saúde que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde, doença e bem-estar, através da aquisição de conhecimentos e mudanças de comportamentos.

Podemos concluir que *empowerment* é um dos principais eixos da promoção da saúde. Através da educação para a saúde o indivíduo ganha novas convicções que lhe permitem mudanças de atitudes, comportamentos e estilos de vida, ao mesmo tempo que pode inculcar ou esclarecer valores que irão concorrer para uma melhoria da sua saúde.

#### 4 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Imperatori e Giraldes definem a metodologia do planeamento em saúde como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993:23).

O planeamento em saúde é um processo realizado em conjunto com a população alvo e a administração de saúde de forma a conseguir, em determinadas áreas e num determinado prazo, atingir os melhores níveis de saúde das populações através do modo mais racional e eficaz na utilização dos recursos disponíveis (Garcia, 2018).

Por este motivo, no setor da saúde a metodologia de planeamento em saúde torna-se um instrumento fundamental e indispensável devido à escassez de recursos e à urgência de que sejam utilizados de forma adequada e eficiente, na importância de definir prioridades de forma adequada e intervir na génese dos problemas de saúde, implementar abordagens adaptadas e recorrendo a infraestruturas existentes rentabilizando os recursos existentes (Imperatori & Giraldes, 1993).

É possível planear e conseguir uma “previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990:29).

A metodologia do planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, emerge como estratégia coletiva, através de intervenções desenvolvidas em vários contextos com a finalidade de resolver problemas e aumentar ganhos em saúde, intervenções essas flexíveis, eficazes, adaptadas e rigorosas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com base nos mesmos autores, o processo do planeamento em saúde considera várias etapas sendo elas: o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Todas as etapas do processo de planeamento poderão estar sempre em mudança durante todo o processo, não se consideram totalmente concluídas uma vez que, na etapa que se segue, haverá sempre a possibilidade de regressar à etapa anterior de forma a recolher alguma informação necessária, possibilitando uma reformulação ou melhoramento da mesma (Imperatori & Giraldes, 1993). Desta forma, conhecer as várias fases do processo permite que haja uma harmonia a nível das estratégias implementadas e por conseguinte ganhos em saúde (Tavares, 1990).

A metodologia do planeamento em saúde torna-se assim fundamental para uma melhoria da saúde e bem-estar, uma vez que através deste processo consegue-se capacitar os indivíduos e comunidades para mudanças de comportamentos e atitudes capazes de influenciar e melhorar o estilo de vida e saúde da população.

## 5 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Na atualidade surgem novas necessidades em saúde para as quais urgem respostas adaptadas, personalizadas, de qualidade e em proximidade, que devem ter em foco a promoção da saúde, a gestão do risco, a prevenção da doença e acidentes, bem como os cuidados de (re)adaptação e suporte. Estas necessidades passam pela estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, das alterações do padrão epidemiológico e do envelhecimento demográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde chega aos indivíduos, famílias e comunidade, através dos cuidados de saúde primários, com cuidados de saúde próximos aos locais onde as pessoas vivem e trabalham (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (2008), com base no descrito na carta de Alma-Ata, descreve os cuidados de saúde primários como cuidados “essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias da comunidade através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país” (Ordem dos Enfermeiros, 2008:4).

Ao mesmo tempo, a comunidade surge com a pretensão de assumir um papel ativo e de responsabilidade na sua própria saúde, o que resulta em novos desafios à capacidade de intervenção dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, desenvolve um papel fundamental na educação e promoção da saúde ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Tal fato deve-se à proximidade com a população/comunidade que lhes possibilita um conhecimento único do que são as suas crenças, valores, atitudes e comportamentos, facilitando o trabalho aquando da promoção da saúde dirigida ao indivíduo, família e comunidade. Assim, os Cuidados de Saúde Primários apresentam nos dias de hoje uma grande evolução arrogando uma função indispensável no tratamento da doença e na sua prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O regulamento nº128/ 2011, emitido pela Ordem dos Enfermeiros que define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforça que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, através do seu

“percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite 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 dos Enfermeiros, 2011:8667).

A formação profissional do enfermeiro deve ser especializada e contínua, atendendo à qualidade dos cuidados, utilizando para melhoria das suas práticas clínicas estudos de investigação, a sua intervenção deve ser sustentada nas políticas da saúde e na melhoria dos resultados em saúde. Com base no mesmo regulamento n.º 128/2011, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

“ desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.(...) fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011:8667).

Atendendo às características anteriormente descritas, inerentes ao enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e saúde pública, a ordem dos enfermeiros através do regulamento nº428/2018 descreve as suas competências específicas:

“a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19354).

Com a aquisição destas competências o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública encontra-se capaz para desenvolver a sua prática clínica através da promoção da saúde, da prevenção da doença, dos cuidados de bem-estar e da gestão da doença ao longo do ciclo vital no seio de uma população. Para conseguir desenvolver as suas competências, chegar à população em estudo de forma a capacitá-los e consequentemente minimizar os problemas identificados, é utilizada a educação em saúde considerada fundamental para a enfermagem. Serra (2015) reforça que os indivíduos, famílias, comunidades e populações devem receber informação simples e perceptível relacionada com a saúde. Informação que lhes dê capacidade para promover, conservar e restabelecer a sua saúde.

Educar em saúde torna-se uma das funções mais importantes em todo o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, pois permite a mudança de hábitos, a adoção de novos conceitos e práticas que concorrem para uma melhor qualidade de vida. Para que a transmissão do seu conhecimento seja realizado com sucesso é importante estabelecer, como educador, uma relação de confiança através da comunicação e do diálogo, de forma a construir um elo de ligação com o indivíduo/grupo.

### 5.1 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL DO ADOLESCENTE

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública é o profissional que deve estar presente em todas as comunidades, de forma a realizar uma avaliação do estado de saúde da mesma, elaborar projetos adequados às necessidades, implementar e monitorizar intervenções, bem como a avaliação das mesmas tendendo à sua capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, com a finalidade de produzir indicadores importantes para a tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que respeita à população adolescente surge como prioridade máxima os níveis educativos, sociais e psicológicos para a promoção da sua saúde de forma a não molestar o seu futuro. Deste modo deve-se educar para a sexualidade saudável, com o objetivo não apenas de prevenção da gravidez, mas atendendo ao adolescente como um todo através de um projeto de educação para a saúde que faça face às necessidades individuais, através de uma equipa multidisciplinar com afetividade capaz de perceber e abordar a vastidão da adolescência (Morgado, Coutinho & Duarte, 2013).

A um processo educativo estão associadas mudanças de atitudes, pelo que o enfermeiro ao desenvolver a educação para a saúde tem que ter em atenção os conceitos individuais de bem-estar e estilos de vida (Serra, 2015). O objetivo da promoção e educação para a saúde no contexto de uma sexualidade saudável na adolescência, não passa apenas por retardar cada vez mais o início da vida sexual à força, mas que os adolescentes desenvolvam e pratiquem a sua sexualidade com afeto e responsabilidade (Brás *et al.*, 2011).

Segundo a DGE o esclarecimento no que respeita à sexualidade é fundamental na educação para a saúde permitindo a capacitação dos jovens de forma a desenvolverem, com consciência, uma vida saudável na sociedade em que se inserem (Direção-Geral da Educação, 2020). Deste modo, “Os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde

primários estão numa posição chave, no sentido de promover hábitos sexuais saudáveis, contribuindo para a melhoria do nível de saúde dos adolescentes” (Brás *et al.*, 2016:414).

Salienta-se que os profissionais de saúde não devem criar momentos de atendimento pontuais com os adolescentes, mas possibilitar um ambiente propício à promoção dos direitos sexuais, o que permite um envolvimento no planeamento, implementação e avaliação das atividades que dizem lhes respeito através da educação e saúde sexual (Ribeiro, 2015).

Um dos principais papéis do Enfermeiro Comunitário passa por fazer Educação para a Saúde, sendo que esta

“constitui um instrumento fundamental para potenciar as capacidades dos indivíduos, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis que o ajudem a conservar e a melhorar a sua saúde, a preservar as suas competências físicas e mentais garantindo a sua autonomia e independência” (Durão, 2014:80).

A definição de Educação para a Saúde sofreu transformações, decorrentes da evolução das novas perspetivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social. Esta passa do plano teórico para o prático através do desenvolvimento de ações, através das quais o indivíduo toma decisões conscientes sobre as escolhas mais saudáveis, é estimulado a interagir com a sua comunidade, promove ações para uma vida saudável e participa ativamente no processo educativo. Os intervenientes no processo educativo além de divulgadores de informação, devem ser dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a estimulá-los a compreender o seu modo de vida e a refletir no que devem ou não mudar, de maneira a poderem identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis. A Educação para a Saúde promove a literacia em saúde e a atividade educativa tem como principais finalidades: aumentar a consciencialização das comunidades sobre as questões da saúde dos seus membros, colocar as questões da saúde na agenda das pessoas, contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências bem como promover atitudes favoráveis à saúde e à promoção de valores de bem-estar. Assim sendo a Educação para a Saúde é uma estratégia de Promoção de Saúde (Queiroz, 2011).

As instituições de acolhimento consideram-se também um espaço privilegiado para a promoção da saúde, em especial da saúde sexual. Pensar em estratégias e políticas de saúde no interior destas instituições será uma mais-valia para a condição de saúde desta população e, por conseguinte, na pessoa adulta em que se transformará. Para além disso, é possível transformar a instituição num novo campo de atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, uma vez que é um

profissional de saúde com capacidade de formação para ações educativas. (Ribeiro, 2015)

A promoção da saúde, não só apresenta uma garantia ao acesso de serviços de saúde sexual para estas adolescentes, como se revela uma estratégia importante para a sua saúde sexual capaz de informar, empoderar e promover o autocuidado (Ribeiro, 2015).

Neste seguimento, são essenciais a consciencialização e o esclarecimento dos adolescentes institucionalizados relativamente às dúvidas e questões relacionadas com a sexualidade de forma a diminuir os comportamentos de risco e prevenir a doença, consequências que advêm de uma prática sexual desprotegida.

## 6 – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública de forma a dar resposta às necessidades dos adolescentes e contribuir para a capacitação deste grupo, necessita de delinear ações de promoção e educação para a saúde com a finalidade de transmitir saber, consciencializar sobre a doença e incentivar à mudança de comportamentos (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

As teorias de enfermagem são constituídas por um conjunto de conceitos e pressupostos, são elaboradas com o intuito de explicitarem a complexidade das questões relacionadas com a saúde, para além de servirem de referencial teórico, metodológico e prático aos enfermeiros dedicados à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e assistência à prática profissional (Ribeiro, 2015).

Para a realização deste projeto, baseamo-nos na teoria do Modelo de promoção da saúde de Nola Pender que permite o desenvolvimento de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção em saúde através da observação de comportamentos (Victor, Lopes & Ximenes, 2005; Ribeiro, 2015).

Esta teoria pressupõe que a saúde é um estado positivo e por isso deve ser alcançada por todos os indivíduos, tendo em conta que cada indivíduo tem a sua própria definição de saúde. Assim, o indivíduo desempenha um papel central neste modelo teórico. Este Modelo tem por base a conceção de promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três grandes dimensões: 1. As características e experiências individuais; 2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; 3. O comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

O Modelo de promoção da saúde de Nola Pender permite objetivar a prática do cuidado baseado no diagnóstico da população envolvida, o que vem reforçar a escolha deste modelo. Através do conhecimento dos comportamentos sexuais do adolescente

institucionalizado, poderemos traçar objetivos para a promoção da saúde sexual destes adolescentes e obter melhorias na vida dos adolescentes (Ribeiro, 2015).

O modelo de Promoção da saúde de Nola Pender traduz-se numa organização simples e clara, que permite ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública planejar as intervenções e avaliar as ações após a realização da educação para a saúde, que pode ser desenvolvida de forma individual ou em grupo (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de explorar o processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se envolverem em comportamentos produtores de saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Neste sentido, conforme o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para uma sexualidade saudável na adolescência é necessária uma mudança de comportamento por parte do adolescente. Estas mudanças, segundo o referido modelo teórico, são possíveis devido à implementação e avaliação de ações de promoção da saúde que levam à avaliação do comportamento que permite a promoção da saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Em síntese, para promover e garantir a saúde sexual torna-se fundamental que no ambiente em que as crianças e jovens se encontram inseridos, se desenvolva continuamente uma educação para a sexualidade. Deste modo, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender permite-nos identificar os défices de conhecimento e os comportamentos de risco desta população relativamente à sexualidade e direcionar as intervenções de enfermagem e educação para a saúde do indivíduo no sentido de promover a literacia, diminuir os comportamentos de risco e obter ganhos para a saúde.

## **II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

A segunda parte do presente relatório serve para apresentarmos a caracterização da unidade de saúde e do contexto onde decorreu o estágio, bem como descrevermos de forma fundamentada, crítica e reflexiva todas as fases de desenvolvimento do projeto de intervenção, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde.

### **1 – A COMUNIDADE E O CONTEXTO DE TRABALHO**

Através da caracterização do contexto onde se realizou o estágio pretende-se dar a conhecer a sua realidade de forma a intervir com maior facilidade. Deste modo irá descrever-se a localização e características da população onde se integra a USF inserida num Centro de Saúde pertencente a um Município do Alto Alentejo.

#### **1.1 – A UNIDADE DE SAÚDE**

No ano de 2005 deu-se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários considerada um

“factor chave de modernização (...) prevê a criação de instrumentos legais e operacionais que permitam recentrar o sistema português de saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade” (Lei nº 298/2007).

A acompanhar esta reforma surgem as USF criadas com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa área geográfica definida (Lei nº 298/2007, Artigo 4).

O Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que procedeu à alteração da organização jurídica e funcional das Unidades de Saúde Familiar define as mesmas com base no descrito no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto como

“as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos

profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico” (Decreto-Lei nº73/2017).

A USF onde se desenvolveu o estágio encontra-se integrada num Centro de Saúde que faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde de S. Mamede, foi inaugurada em 2010 e passou a Modelo B em 2013 após avaliação e auditoria externas, tendo sido posteriormente indicada para a integração do projeto piloto de Implementação do Enfermeiro de Família com base no Decreto-Lei nº 118/2014.

A Missão da USF visa a prestação de cuidados de saúde personalizados, globais, acessíveis e equitativos à população inscrita, com base no desenvolvimento de atividades promotoras da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença, promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais com o intuito de assegurar de forma eficaz os cuidados de saúde prestados ao indivíduo, família e comunidade.

A USF, de acordo com os dados fornecidos pelo Coordenador da USF, apresenta um total de utentes inscritos à data de 03-06-2019, de 13 157 sendo 6 236 do sexo masculino e 6 921 do sexo feminino.

No que concerne à organização da USF encontra-se privilegiado o atendimento por médico e enfermeiro de família, assegurando o princípio de intersubstituição de interpares. Neste sentido, cada médico de família assegura um determinado número de utentes por lista de inscritos que é partilhada com um profissional de enfermagem (enfermeiro de família). Relativamente à articulação da equipa pode-se verificar a nível de áreas que correspondem às atividades interdependentes, tal como: Consulta de Saúde Infantil, Consulta de Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do Útero) e Consulta de diabetes. Nas atividades anteriormente descritas cada equipa de família (enfermeiro e médico de família) presta cuidados aos utentes respetivos.

No entanto, existem áreas comuns de intervenção ao grupo de enfermagem como o caso das seguintes áreas: Consulta da diabetes, Consulta de pé diabético, Visitação domiciliária, Visitação à puérpera, Atividades curativas na sala de tratamentos, Consulta de anti coagulação, Vacinação, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde no Adulto, Saúde Infanto-Juvenil e Referenciação de Utentes para Rede Nacional de Cuidados Continuados.

O Organograma da USF inicia a hierarquização na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo e decompõem-se até à USF onde o Coordenador, os interlocutores e o conselho técnico são responsáveis por reforçar o espírito de equipa, coresponsabilizar todos os

elementos e melhorar a estrutura orgânica que depende de todos os setores profissionais.

A Equipa da USF é composta por sete médicos de família, oito enfermeiros de família e cinco administrativos de família, cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de qualidade que visam a personalização dos mesmos, de forma a promover a saúde e prevenir a doença.

Para além destes profissionais que integram o dia-a-dia da USF, esta partilha recursos humanos que prestam apoio quando necessário, pertencentes à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados que integra o Centro de Saúde como o Serviço Social, Consulta de Nutrição, Consulta de Psicologia e Consulta de Higiene Oral.

O edifício do Centro de Saúde onde se situa a USF encontra-se ligeiramente afastado da zona urbana, no entanto dispõe de transportes públicos com fácil acesso e próximo ao mesmo. O edifício é composto por 3 andares a que se pode aceder por escadas, rampas ou elevadores.

## 1.2 – A COMUNIDADE

O Município onde decorreu o estágio e onde se realizou o projeto de intervenção fica situado no Alto Alentejo, no interior de Portugal e é composto por 7 freguesias, 6 em meio rural e 1 em meio urbano. Este Município está situado entre a planície e a montanha, abrange uma área de 447 km<sup>2</sup> (Câmara Municipal de Portalegre, 2019), apresenta uma densidade populacional de 50,3 hab/Km<sup>2</sup> e uma população residente de 22.943 habitantes (PORDATA, 2019a).

As necessidades de saúde da população do Município são supridas por um Hospital e por um Centro de Saúde que está inserido no Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede. O Centro de Saúde é composto por duas USF, uma Unidade de Cuidados na Comunidade e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, 2019).

A rede pública de estabelecimentos de ensino conta com dois agrupamentos de escolas, que vão desde a educação pré-escolar até ao Ensino Secundário; uma escola de Ensino Básico – 3º Ciclo e Ensino Secundária (Câmara Municipal de Portalegre, 2019) e o Instituto Politécnico como instituição de Ensino Superior (Instituto Politécnico de Portalegre, 2019).

No que respeita à rede de serviços e equipamentos sociais existe a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, o Centro de Educação e Reabilitação de Crianças

Inadaptadas, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental e Lares de Infância e Juventude.

A pirâmide etária revela-se com uma estrutura em barril com estreitamento da base, crescimento do número de indivíduos entre 40 e os 59 anos, com algumas diminuições nas faixas etárias intermédias. Os jovens com menos de 15 anos de idade perfazem 12,4% da população deste município, sendo que 2.150 (9,5%) são adolescentes com idade compreendida entre os 10-19 anos de idade. Os indivíduos em idade ativa, ou seja, entre os 15 e os 64 anos, completam 60,8% da população enquanto os idosos, acima dos 65anos, atingem uma percentagem de 26,8%. Verifica-se assim um elevado índice de envelhecimento em 2018, de 215 idosos por 100 jovens, enquanto em Portugal o índice de envelhecimento é de 157 idosos por 100 jovens (PORDATA, 2019b, 2020).

Quanto à coesão social o município regista uma diminuição do número de famílias beneficiárias de apoio social entre 2010 e 2018, sendo de 1.011 e 372 respetivamente (PORDATA, 2020).

No que respeita à Natalidade verificaram-se 196 nascimentos no ano de 2018 diminuindo ligeiramente comparativamente a 2010. A taxa de mortalidade infantil no mesmo ano é de 0 neste Município (PORDATA, 2020).

Entre os anos de 2001 e 2018 verificou-se uma diminuição da população escolar de 20,6% para 19,5%, verificando-se apenas um ligeiro crescimento no Ensino Básico – 3º Ciclo neste mesmo período (PORDATA, 2020b).

Segundo o relatório CASA 2018, o total de crianças e jovens em acolhimento [0-24 anos] no município é de 135, cabendo-lhe o maior valor percentual (0,51%) relativamente à população de crianças e jovens residentes (Instituto da Segurança Social, 2019).

No referido município, à semelhança do que se verifica em Portugal, observou-se uma diminuição de nados-vivos de mães adolescentes. Segundo a mesma fonte, no ano de 2018, verificaram-se apenas 2 nados-vivos de mães na faixa etária dos 15-19 anos de idade em comparação com o ano de 2001, em que na mesma faixa etária, se verificaram 13 nascimentos (PORDATA, 2019c).

No que respeita à IVG em Portugal, verificou-se um aumento deste procedimento de 1 215 para 15 492 entre os anos de 2006 e 2017 respetivamente. (PORDATA, 2019d) Estes números podem estar relacionados com aprovação da Lei da liberalização do aborto e também com a introdução do registo destes procedimentos.

Relativamente ao Município em estudo, verificou-se uma diminuição de 41 para 5 IVG de 2008 para 2016 (PORDATA, 2018).

Não existindo dados sobre as IST e meios contraceptivos mais utilizados no Município, considerou-se dados nacionais, europeus e mundiais descritos anteriormente para realçar a pertinência da problemática.

## 2– DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento em saúde, devendo corresponder à identificação das necessidades de saúde da população em estudo.

Preende caracterizar o nível e o estado de saúde de uma população, “(...) obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1993:47) e “funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades” (Imperatori & Giraldes, 1993:44).

Para identificar a problemática de saúde que mais carece de intervenção no seio da população abrangida pela USF foi utilizada a técnica de informadores-chave que, segundo Tavares (1990), consiste numa entrevista realizada aos elementos considerados conhecedores dos problemas da comunidade. Deste modo, os informadores chave (Enfermeira coordenadora da USF e Enfermeira Orientadora) identificaram uma problemática num grupo de adolescentes do sexo feminino institucionalizadas numa casa de acolhimento e que fazem parte da USF, onde se pode observar uma procura indiscriminada de métodos contraceptivos que consideramos poder estar associada a conhecimentos errados, ocorrendo comportamentos sexuais de risco na adolescência um problema relevante para incidir o diagnóstico de saúde. Também a WHO Europe (2010) refere a importância da transversalidade da educação sexual no decorrer do ciclo de vida uma vez que, corroborado por vários estudos, o início da atividade sexual é associado a comportamentos de risco nesta fase da vida (Matos *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2012).

Após a seleção da área de intervenção, importa conhecer as necessidades da população em estudo, pelo que se inicia assim a elaboração do diagnóstico de situação.

### 2.1 – METODOLOGIA

A Metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2009:372).

Após identificar a área de intervenção é necessário identificar as necessidades da população. Assim, importa perceber a existência de comportamentos sexuais de risco pelo que se revelou necessária a realização deste estudo que se define como um estudo quantitativo, dado que utiliza a recolha e análise dos dados para dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses apresentando resultados de forma numérica. A colheita de dados foi realizada com base na aplicação de um questionário.

Em termos metodológicos o diagnóstico efetuado define-se como um estudo descritivo não experimental.

## 2.2 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Define-se população como um contíguo número de elementos que partilham características comuns determinadas por um conjunto de critérios. População alvo, são os elementos da população que obedecem aos critérios de seleção previamente definidos, constituindo a população que é submetida ao estudo. A Amostra é uma pequena representatividade da população visada (Fortin, 1999).

Assim, para a elaboração do diagnóstico de saúde, com base no problema identificado, considerou-se as adolescentes residentes numa instituição de acolhimento a população deste estudo, uma vez que são uma população inserida na USF, fazem parte do plano de trabalho da mesma e considera-se uma população vulnerável pelo que se encontra mais exposta aos riscos associados à sexualidade. Esta instituição surge como uma resposta social na defesa de crianças e jovens do sexo feminino entre os 6 e os 18 anos de idade, adota como principal objetivo o acolhimento de crianças/jovens no sentido de lhes proporcionar uma estrutura, o mais próxima possível da sua vida familiar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento e autonomia. Procede ao acolhimento em meio institucional de forma a dar resposta a dificuldades da adolescência que não foram ultrapassados por incapacidade de uma resposta familiar, quer por negligência, por desemprego, baixo rendimento, segurança, higiene e saúde. Garante também intervenção na área da educação, social e na saúde e recorre com frequência a parcerias na sociedade civil no que respeita ao desporto, Cultura, Artes e à Cidadania.

Mantendo sempre a descrição e cautela na proteção destas jovens assume a missão de lhes proporcionar a possibilidade de ter nesta instituição uma casa, onde lhes são prestados todos os cuidados indispensáveis às necessidades do seu dia-a-dia. Partilham uma sala comum para estudo, uma sala de atividades lúdico-didáticas, sala de conforto e

desenvolvem diversas atividades durante o ano letivo e interrupções escolares (atividades desportivas, caminhadas, jogos, natação, dança, teatro, etc).

Para finalizar, importa realçar a importância desta instituição na vida destas crianças, uma vez que os princípios, valores, oportunidades para desenvolverem cidadania e capacitação para a competitividade vivida no mundo atual, desenvolve-se neste momento.

Assim, tornou-se importante a investigação no âmbito da sexualidade com o intuito de aferir se este era um problema real nesta população.

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados torna-se necessário descrever quais os critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram tidos em conta os seguintes critérios:

- Inclusão
  - Adolescentes entre os 10-19 anos de idade residentes na casa de acolhimento;
  - Adolescentes que assinaram o consentimento informado;
  - Adolescentes capazes de ler e compreender corretamente para responderem ao questionário de forma autónoma.
  
- Exclusão
  - Adolescentes que não assinaram o consentimento informado.

Posto isto, a população alvo considerou-se as 19 adolescentes residentes na casa de acolhimento à data da entrega dos consentimentos e como amostra foram consideradas as 17 adolescentes que assinaram o consentimento e aceitaram participar no estudo.

### 2.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Fortin (1999), a utilização do questionário como método de recolha de dados considera-se o mais adequado uma vez que representa os objetivos do estudo em variáveis mensuráveis, do mesmo modo que permite a privacidade através do anonimato das respostas.

O instrumento de colheita de dados (Anexo I) aplicado para a concretização do diagnóstico de situação e caracterização do problema na amostra, que nos permite compreender os conhecimentos das adolescentes relativamente à Sexualidade, foi

desenvolvido pela Doutora Fátima Pinto (Silva *et al.*, 2012), encontrando-se validado para a população portuguesa e a sua aplicação foi autorizada pela mesma (Apêndice V). Este instrumento encontra-se dividido em três Grupos distintos, podendo ser aplicados individualmente:

- Grupo I – diz respeito aos dados sociodemográficos, onde foi questionada a idade, o ano de escolaridade e aproveitamento escolar, sendo que as restantes questões relacionadas com relações familiares retiradas para não causar nenhum tipo de desconforto nas adolescentes;
- Grupo II – integra questões de escolha múltipla que visam a perceção dos conhecimentos relativamente aos problemas associados à sexualidade, composto por 11 questões em que nas 5 primeiras só uma resposta está correta e servirá para avaliar os conhecimentos relacionados com os métodos contraceptivos; as restantes questões estão relacionadas com os conhecimentos, meios de informação e responsabilização;
- Grupo III – diz respeito às relações sexuais em si, é composto por 7 questões de escolha múltipla onde foi abordada a idade da primeira relação sexual, utilização correta dos métodos contraceptivos, frequência em consulta de planeamento familiar e gravidez.

Relativamente à aplicação do instrumento, optámos por o entregar ao cuidado da Psicóloga da instituição, acompanhado da autorização do diretor da Instituição. A recolha foi efetuada após contacto da psicóloga, aproximadamente 15 dias após a entrega.

Após a aplicação do questionário, os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no programa Statistic Package for Social Sciences, versão 25.0.

## 2.4 – QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Tendo em conta que o desenvolvimento de uma prática profissional e ética é apontado como uma das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011) interessa descrever algumas considerações éticas realizadas na elaboração deste projeto.

Assim, de forma à prossecução de um projeto de intervenção desta natureza torna-se imprescindível atender a questões que tornam viável e sólido, do ponto de vista ético e moral, mostrando por parte do investigador um comprometimento com o trabalho e também responsabilidade pessoal e profissional.

Para além disso, o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito enquanto ser livre é um limite que não deve ser ultrapassado, pelo que o investigador deve assegurar que os participantes têm o conhecimento adequado dos riscos e benefícios, bem como dos seus direitos, inclusive o de não participar.

No decorrer deste projeto foram respeitados todos os princípios éticos, baseados na Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto que

“Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados” (Lei nº58/2019).

Neste seguimento salienta-se, com base no nº5 do artigo 38º do Regulamento Geral de Proteção de Dados, que “o encarregado de proteção de dados está obrigado a um dever de sigilo profissional em tudo o que diga respeito ao exercício dessas funções, que se mantém após o termo das funções que lhes deram origem.” (Lei nº58/2019, Artigo 9).

Foram efetuados os seguintes procedimentos para assegurar os princípios éticos anteriormente referidos com a respetiva emissão favorável:

- Declaração do orientador Pedagógico (Apêndice I);
- Declaração do Coordenador da USF (Apêndice II);
- Declaração da Enfermeira Orientadora (Apêndice III);
- Solicitação de Autorização ao Diretor da Instituição (Apêndice IV);
- Solicitação de autorização para utilização do Questionário (Apêndice V)
- Solicitação de apreciação à Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, bem como à respetiva Comissão de Ética (Apêndice VI)
- Solicitação do consentimento livre e informado às adolescentes da Instituição (Apêndice VII).

Todas as solicitações foram assentidas, tendo sido emitido parecer favorável pela comissão de ética da ULSNA (Anexo II).

No que respeita ao consentimento informado, este foi disponibilizado em suporte papel e em duplicado, o qual fazia referência aos objetivos do estudo, ao papel da adolescente no decorrer do projeto, dando especial ênfase ao anonimato, confidencialidade dos dados e decisão livre de participação sem qualquer pena. Para além disso, ficou disponível neste documento os contactos (telefone e mail) da Mestranda

para que pudesse ser esclarecida qualquer dúvida. Apenas mediante o consentimento informado assinado, foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

## 2.5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos dados obtidos será complementada com o auxílio de tabelas e gráficos de forma a facilitar a percepção dos resultados.

O número de adolescentes que respondeu a este questionário constitui a amostra, sendo esta composta por 17 inquiridas do sexo feminino que assinaram o consentimento e aceitaram participar no estudo.

Como já foi referido anteriormente, o Grupo I do questionário diz respeito aos dados sociodemográficos, o que permitiu a caracterização da amostra através da sua idade, escolaridade e aproveitamento escolar.

Com base na análise da Tabela 1, compreende-se que a população inquirida apresenta uma média de idades de 16 anos, a idade mínima da população é de 13 anos e a máxima de 19 anos.

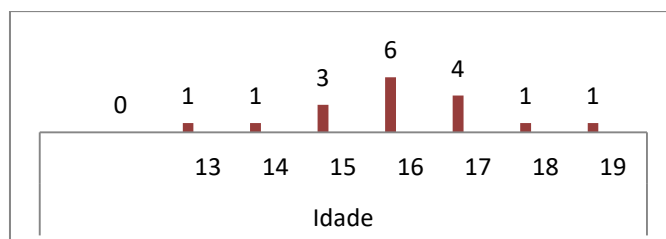
**Tabela 1 - Caracterização da amostra por Idade**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>
<b>Idade</b>	17	13	19	16

Fonte: Questionário

Relativamente à distribuição da amostra por idade, conforme o que observamos no Gráfico 1, a grande maioria (n=6) inserem-se nos 16 anos de idade, seguidos dos 17 anos (n=4), dos 15 anos (n=3) e as restantes idades 13, 14, 17 e 19 anos (n=1).

**Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Idade**



Fonte: Questionário

Em relação ao ano de escolaridade, conforme a Tabela 2, a amostra está distribuída entre o 6º e o 12º, sendo que 2 inquiridas frequentam o 6º ano, 5 inquiridas frequentam o 7º ano de escolaridade, seguidos dos 8º e 9º anos que são frequentados por 4 inquiridas cada e 2 que frequentam o 12º ano. Assim podemos observar que a grande maioria da amostra se encontra a frequentar os 8º e 9º anos.

**Tabela 2 - Caracterização da amostra por Ano de Escolaridade**

<b>Ano de Escolaridade</b>	<b>N</b>
7º ano	5
8º ano	4
9º ano	4
6º ano	2
12º ano	2

Fonte: Questionário

Do total da amostra (n=17) 14 inquiridas já reprovaram de ano, sendo que 9 reprovaram entre 3 a 4 vezes e as restantes (n=5) entre 1 a 2 vezes.

Relativamente ao aproveitamento escolar, na amostra das 16 inquiridas que responderam à questão relativamente ao aproveitamento escolar, 4 referem que o aproveitamento escolar é “Bom”, 8 que é “Razoável” e 4 das inquiridas diz ser “Insuficiente”. Sendo que uma das adolescentes não respondeu a esta questão.

**Tabela 3 - Distribuição da Amostra segundo o Aproveitamento**

<b>Aproveitamento Escolar</b>	<b>N</b>
Razoável	8
Bom	4
Insuficiente	4

Fonte: Questionário

No que concerne aos conhecimentos relacionados com os métodos contraceptivos, que englobam as respostas certas referentes às perguntas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário, como podemos observar na tabela 4, constatou-se que a maioria (n=14) apresenta conhecimento “insuficiente” e as restantes inquiridas (n=3) conhecimento

“suficiente”. Esta avaliação foi realizada com base na diretriz proposta pela autora do questionário em que cada resposta certa tem a cotação de 4 valores (numa cotação total de 20 valores), assim considerou o nível de conhecimento em Muito bom  $\geq 18$  valores, Bom entre 15 e 18 valores, Suficiente entre 10 e 15 valores e Insuficiente  $<10$  valores (Silva *et al.*, 2012).

**Tabela 4 - Distribuição da Amostra quanto aos Conhecimentos relacionados com os Métodos Contracetivos**

<b>Conhecimentos relacionados com Métodos Contracetivos</b>	<b>N</b>
Insuficiente	14
Suficiente	3

Fonte: Questionário

Quanto à possibilidade de poder existir uma gravidez após a primeira relação sexual, conforme tabela abaixo, verificou-se que 11 inquiridas referem que “não” ou “não sei” e 6 inquiridas referem que “sim”.

**Tabela 5 - Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo à possibilidade de gravidez na 1ª relação sexual**

<b>Gravidez na 1ª Relação Sexual</b>	<b>N</b>
Sim	6
Não sei	6
Não	5

Fonte: Questionário

Quanto à fase do ciclo menstrual em que é mais fácil uma rapariga ficar grávida, constatou-se que 4 das inquiridas referem “não sei”, 6 referem “durante a menstruação”, 6 referem “logo após a menstruação ter terminado” e 1 refere “no final do ciclo”.

**Tabela 6 - Distribuição da Amostra em função do conhecimento relacionado com a fase do ciclo menstrual em que é mais fácil ficar grávida**

<b>Fase do ciclo menstrual em que é mais fácil ficar grávida</b>	<b>N</b>
Durante a menstruação	6
Logo após a menstruação ter terminado	6
Não sei	4
No final do ciclo	1

Fonte: Questionário

Relativamente ao conhecimento do contraceptivo que confere proteção contra as IST observou-se na tabela abaixo que 14 das inquiridas respondeu “preservativo”, 2 referem “não sei” e 1 referiu “pílula”.

**Tabela 7 - Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao contraceptivo que confere proteção contra as IST's**

<b>Contraceptivo que confere proteção contra as IST's</b>	<b>N</b>
Preservativo	14
Não sei	2
Pílula	1

Fonte: Questionário

Relativamente aos métodos contraceptivos considerados como um método de barreira, observou-se que no total da amostra (n=17), 8 inquiridas referem ser o “implante”, 3 referem o “anel vaginal” como um método de barreira, 1 refere ser o “preservativo” e 5 referem “não saber”.

**Tabela 8 - Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao método de barreira**

<b>Método de barreira</b>	<b>N</b>
Implante	8
Não sei	5
Anel vaginal	3
Preservativo	1

Fonte: Questionário

Tendo em conta a questão qual o método contraceptivo que é o único que evita a gravidez ao mesmo tempo que protege das IST, do total da amostra (n=17), verificou-se que a maioria (n=9) considerou o “preservativo”, 3 o “implante”, 2 referem “anel vaginal”, 1 refere “pílula” e 2 referem “não saber”.

**Tabela 9 - Distribuição da Amostra em função do conhecimento relativo ao método contraceptivo que confere proteção contra as IST ao mesmo tempo que evita a gravidez**

<b>Método contraceptivo que confere proteção contra IST e evita a gravidez</b>	<b>N</b>
Preservativo	9
Implante	3
Anel vaginal	2
Não sei	2
Pílula	1

Fonte: Questionário

No que respeita à utilização do método contraceptivo ser responsabilidade do companheiro, verificou-se que 10 inquiridas consideram que “sim” e 7 consideram que “não”.

Na questão se a utilização de contraceptivos é fácil de esquecer 11 inquiridas responderam “não” e 6 inquiridas responderam “sim”.

Relativamente à principal fonte de informação destas adolescentes constatou-se que a maioria considera a mãe ou pai (n=8), seguida dos amigos (n=6) e o médico e outras fontes (n=2).

**Tabela 10 - Distribuição da Amostra em função da fonte de informação utilizada sobre sexualidade**

<b>Fonte de Informação</b>	<b>N</b>
Mãe ou pai	8
Amigos	5
Médico	2
Outro	2

Fonte: Questionário

Sobre os riscos de gravidez na adolescência observou-se que 14 das inquiridas consideram-se informadas, 13 são sexualmente ativas tendo 10 iniciado a vida sexual entre os 12 e 13 anos de idade.

Quando questionadas relativamente à contraceção utilizada verificou-se que 7 referem não utilizar nenhum método contracetivo, 8 dizem já ter tido mais do que uma vez relações sexuais sem método contracetivo, 4 referem que “não” tiveram relações sexuais sem utilizar um método contracetivo e 1 refere que “sim”.

No que respeita à prevenção da saúde, 9 das 13 adolescentes inquiridas que iniciaram a atividade sexual referem já ter frequentado uma consulta de planeamento familiar.

Relativamente à suspeita de poder estar grávida, das 12 inquiridas que responderam a esta pergunta, 6 dizem que “sim” e 6 dizem que “não”.

Das 13 inquiridas que responderam à questão se já utilizaram a pilula do dia seguinte verificou-se que 3 referem que “sim” e 10 referem que não.

Deste modo, após análise dos resultados e com base no descrito na literatura, pode-se verificar que estas adolescentes acompanham a tendência do geral em que a vida sexual dos adolescentes se inicia cada vez mais cedo.

Com base nos resultados anteriores verificou-se um início precoce da atividade sexual entre os 12 e 13 anos de idade, à semelhança do estudo Health Behaviour in School – aged Children [HBSC] realizado em Portugal em 2014, em conjunto com a OMS, que refere que a maioria dos adolescentes iniciou a atividade sexual por volta dos 14 anos ou menos.

O início da atividade sexual precoce, como referido pela WHO (2019b), acompanha a falta de conhecimentos relacionados com a Sexualidade e a atividade sexual propriamente dita, o que leva à adoção de comportamentos de risco por parte destas adolescentes. Este fato vai ao encontro, dos resultados expostos anteriormente, em que se verificou um défice de conhecimentos relacionados com o ciclo menstrual, período fértil e aos métodos contracetivos no geral.

Relativamente aos comportamentos de risco, verificou-se que apesar da utilização dos métodos contracetivos estes não são utilizados de forma adequada, observando-se uma desresponsabilização e negligência no uso de contracetivos.

Torna-se assim importante uma Educação Sexual adequada, com uma fonte de informação privilegiada que aumente os conhecimentos e contribua para a promoção da saúde preferencialmente dirigidas por profissionais de saúde, como por exemplo as consultas de Planeamento Familiar e sessões de educação para a saúde. Assim, seria

possível uma habilitação dos adolescentes na tomada de decisão com conhecimento e capacidade de recusa, com a finalidade de promover a adoção de comportamentos saudáveis.

Por fim, importa referir os problemas identificados pelo que são descritos seguidamente:

### **Problemas Identificados**

- Défice de conhecimento relacionado com a utilização de métodos contraceptivos
- Início precoce de atividade sexual
- Conhecimentos errados relacionados com ciclo menstrual e período fértil
- Desresponsabilização do uso de método contraceptivo

### **3- DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES**

Entende-se como determinação de prioridades a hierarquização e definição dos problemas a ser alvo de intervenção, sendo esta a segunda etapa na Metodologia do Planejamento em Saúde. Esta priorização deve ser realizada com base nos problemas de saúde que devem ser solucionados em primeiro lugar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo os mesmos autores, esta etapa confere elevada importância uma vez que resulta na determinação dos objetivos, possibilita a utilização apropriada dos recursos existentes e a implementação de planos pertinentes, tendo em linha de conta o horizonte temporal e a área de programação. Existem critérios de seleção a seguir para a hierarquização dos problemas identificados, sendo um clássico os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A dimensão do problema identificado é caracterizada pelo critério magnitude. Por sua vez, a importância do problema tendo em conta o grupo etário relaciona-se com o critério transcendência. A vulnerabilidade relaciona-se com a possibilidade de prevenção do problema. Na determinação de prioridades, para além dos critérios anteriormente descritos existem muitos outros passíveis de aplicar, como a evolução do problema, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

No entanto, a utilização de um elevado número de critérios dificulta a conciliação entre eles, pelo que se torna importante a escolha de três ou quatro. Esta seleção deve ser efetuada em consenso com todos os investigadores, concorrendo para uma base objetiva que permita o conseguimento desta etapa do planeamento (Tavares, 1990).

Assim, de forma a estabelecer prioridades e hierarquizar problemas foi utilizado o Método de Hanlon que é baseado na utilização de quatro critérios: A – Magnitude, B – Gravidade, C – Vulnerabilidade e D – Exequibilidade. Deste modo, o grau de prioridade do problema será obtido através da fórmula  $(A + B) C \times D$  (Tavares, 1990).

A aplicação do método (Apêndice VIII) foi efetuada com base num consenso entre peritos (Mestranda, Enfermeira Orientadora e Psicóloga da Instituição) de forma a determinar os critérios e o respetivo peso.

De seguida, enumeram-se os problemas devidamente hierarquizados que sendo distintos estão intimamente relacionados:

- Conhecimentos errados relacionados com ciclo menstrual e período fértil;
- Défice de conhecimento relacionado com a utilização de métodos contraceptivos;
- Desresponsabilização do uso de método contraceptivo;
- Início precoce de atividade sexual.

#### **4– DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS**

Com base nos problemas identificados é necessária uma correta fixação dos objetivos a atingir, sendo a definição destes a terceira etapa do processo de planeamento em saúde.

Como definição de objetivo considera-se “um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993:45).

Deste modo, os objetivos quando bem formulados fornecem normas e critérios às atividades que irão ser desenvolvidas, devendo assim explicar aos participantes dos projetos os comportamentos considerados apropriados e pertinentes, como à população-alvo os comportamentos e atitudes desejáveis (Tavares, 1990).

No enunciado dos objetivos devem constar os critérios a partir dos quais se pode observar o grau de sucesso de um projeto. Além disso, deve observar-se adequação entre os fins que se pretendem através da sua implementação e as expectativas da população-alvo. Os objetivos devem ainda apresentar os elementos necessários à tomada de decisão ao longo do processo de planeamento e gestão do projeto e devem obedecer aos seguintes critérios estruturais: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade (Tavares, 1990).

No que se refere ao objetivo geral, este deve ser direcionado de uma forma global para a condição que se pretende atingir e o objetivo específico deve detalhar os aspetos da condição a alcançar (Tavares, 1990). Neste projeto de intervenção comunitária delineámos os seguintes objetivos:

##### Objetivo geral:

- Promover a capacitação das adolescentes para uma Sexualidade Saudável

Objetivos específicos:

- Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual;
- Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso de métodos contraceptivos;
- Dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permita fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável.

As metas ou objetivos operacionais são definidos como o resultado esperado das atividades que pretendemos desenvolver e são traduzidos em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tavares (1990) refere que os indicadores de resultado ou impacto avaliam as mudanças identificadas num problema ou a situação atual desse mesmo problema. Os indicadores de resultado podem espelhar a satisfação do indivíduo em relação ao problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste seguimento, apresenta-se imediatamente um quadro com os indicadores e metas para cada um dos objetivos específicos que possibilitem a monitorização e avaliação no decorrer do projeto:

**Tabela 11 – Objetivos, Indicadores e Metas do Projeto**

Objetivos	Meta	Indicador
<b>Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual</b>	Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente à temática ciclo menstrual (respostas corretas às questões 1 e 2 do Grupo II do questionário)	<b>% de adolescentes que respondeu corretamente às questões 1 e 2 do Grupo II do questionário</b>  Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100
<b>Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso de métodos contraceptivos</b>	Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente à temática métodos contraceptivos (Obtenham Muito Bom e Bom na Avaliação de conhecimentos com o conjunto das respostas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário)	<b>% de adolescentes que obteve “Muito Bom” e “Bom” na Avaliação de conhecimentos com o conjunto das respostas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário</b>  Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100
<b>Dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permita fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável.</b>	Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente aos riscos associados a uma atividade sexual desprotegida (respostas certas às questões 6, 7, 8 e 9 do Grupo II do Questionário)	<b>% de adolescentes que respondeu corretamente às questões 6, 7, 8 e 9 do Grupo II do Questionário</b>  Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100

Fonte: Elaboração pela Mestranda

## 5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias considera-se uma das etapas mais fundamentais do processo de planeamento, uma vez que tem como objetivo determinar o processo mais adequado com a finalidade de reduzir os problemas de saúde prioritários.

Assim, Imperatori & Giraldes (1993) definem estratégia como a seleção de um determinado número de práticas orientadas e organizadas para um fim específico, com a finalidade de atingir os objetivos propostos. Em alguns casos, o estudo de uma estratégia pode fazer com que os objetivos fixados anteriormente tenham que ser revistos por se ter observado falta de recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para que a consecução do projeto se realize com sucesso foram delineadas as seguintes estratégias:

**Envolvimento dos parceiros comunitários**, equipa multidisciplinar da USF e Instituição de acolhimento através de reuniões para a apresentação e exposição dos resultados do diagnóstico, apresentação do projeto de intervenção comunitária bem como entrega de panfleto de divulgação das sessões de educação para a saúde. Reconhece-se a importância do estabelecimento de parcerias para facilitar o delinear das intervenções envolvendo todos os profissionais de forma a conhecerem os problemas e necessidades encontradas bem como os objetivos e intervenções que se pretendem desenvolver. O envolvimento de parcerias e o alinhamento das políticas dos diversos setores são fundamentais na potencialização da resposta global às necessidades para a obtenção de mais ganhos em saúde da comunidade educativa (Direção-Geral de Saúde, 2015).

**Elaboração e divulgação de sessões de educação para a saúde** em conjunto com a USF e orientadas para as adolescentes institucionalizadas nas áreas de intervenção identificadas.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi a teoria escolhida para sustentar as estratégias delineadas neste projeto de intervenção. Este modelo é bastante utilizado por profissionais de enfermagem, leva a uma compreensão dos comportamentos

do Homem relacionados com a saúde, com o intuito de promover comportamentos de vida saudáveis (Hojos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011). “Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o Enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações” (Victor *et al.*, 2005:236).

Segundo Pender *et al.* (2011), a promoção da saúde passa pela identificação de atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou elevem o bem-estar da pessoa (Pender, Murdaugh, Parsons, 2011). Com base nos mesmos autores, este modelo pressupõe que as pessoas podem alterar o conhecimento, os afetos e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar incentivos à adoção de comportamentos da promoção da saúde.

Assim, as sessões de educação para a saúde (Apêndice XII) foram orientadas num plano de sessão (Apêndice X) elaborado de forma a facilitar a organização, planeamento e apresentação das mesmas:

- Sessão de educação para a saúde com o tema “Eu e a minha Sexualidade”;
- Sessão de educação para a saúde com o tema “Métodos Contracetivos – Utilização e Responsabilização”;
- Sessão de educação para a saúde com o tema “Riscos associados a uma atividade sexual desprotegida”.

## **6 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL**

Imperatori & Giraldes (1993) refere que esta etapa do planeamento diz respeito à preparação das atividades determinadas anteriormente, ao desenho do cronograma, à definição de responsabilidades e verificação recursos necessários. Assim, com base nos objetivos serão descritas as atividades realizadas no projeto de intervenção tendo em conta a atividade, quem organiza, quando, o local, como, objetivo a atingir e avaliação (Tavares, 1990).

Seguidamente será apresentada por meio de uma tabela a preparação operacional do projeto “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”:

**Tabela 12 – Preparação Operacional**

Estratégias		Atividades	Quem/Quando	Local	Como	Objetivo	Avaliação
Envolvimento dos Parceiros	Instituição	Apresentação do projeto “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”	Mestranda set/out 2019	Instituição	Presencial Apresentação em Power Point	Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual	Realização de todas as sessões planeadas
	USF			USF			
	Associação para o Planeamento da Família	Contactar Associação para o Planeamento da Família de forma a adquirir Livro Informativo	Mestranda out/nov 2019	—	Email	Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso de métodos contraceptivos	% de participantes nas sessões
Realizar Sessões de Educação para a Saúde	Preparar e Apresentar as sessões de Educação para a Saúde		Mestranda nov/dez 2019	Instituição	Presencial Computador	Dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permita fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável	% de participantes que avaliem as sessões de forma positiva
	Desenvolver jogo interativo para realizar pós sessões de Educação para a Saúde						
Divulgação das Sessões	Realizar Panfleto para divulgação das sessões de educação para a saúde		Mestranda nov/dez 2019	Instituição e USF	Presencial		Objetivos do Projeto atingidos

Fonte: Elaboração pela Mestranda

De forma a facilitar a visualização das atividades desenvolvidas no projeto numa linha temporal em que se visualiza as atividades efetuadas, foi elaborado cronograma de atividades (Apêndice IX), que para Imperatori e Giraldes (1993), é uma ferramenta facilitadora para a esquematização cronológica das estratégias e atividades definidas para orientar o planificador.

## 6.1 – PREVISÃO DE RECURSOS

Para o desenvolvimento adequado das atividades acima descritas é necessário um conjunto de recursos que resulta no custo do projeto. Desta forma, é importante conhecer os recursos existentes para atingir as metas de forma a perceber a exequibilidade deste projeto (Tavares, 1990). Assim sendo, será apresentada seguidamente a Previsão de recursos para a execução do projeto “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”:

**Tabela 13 – Previsão de Recursos**

Estimativa de Custos					
Atividades/Intervenções	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Quantidade	Custo Unitário €	Custo Total €
Questionários	Firma Local Mestranda Instituição	Impressão Folhas A4	3x17=51folhas + 17folhas = 68folhas	0,14	9,52
Apresentação do Projeto/Panfletos	Mestranda Enfª Orientadora	PC Data Show Impressão Folhas A5	— 10 folhas	— 0,18	<b>Próprio</b> 0,80
Sessões de Educação para a Saúde	Mestranda Enfª Orientadora	PC Data Show Folhas de Avaliação da Sessão	17folhas x 3 = 51folhas	<b>0,14</b>	<b>7,14</b>
Folheto Informativo	USF	Folhetos Informativos	17	—	<b>Oferta</b>
Deslocação	Mestranda	Transporte Próprio	1,8kmx20=36km	0,33	<b>11,88</b>
Tempo Despendido	Mestranda Enfª Orientadora		±40h	10	<b>400</b>
<b>Total:</b>					<b>429,34€</b>

Fonte: Elaboração pela Mestranda

## 7 – EXECUÇÃO

O período de vida de um projeto inicia-se com a identificação do problema e finaliza com a implementação do mesmo, importa por isso definir com clareza, eficiência e eficácia todas as etapas. A cronologia permitiu-nos conhecer todas as atividades, quais os intervenientes em cada uma delas, bem como os recursos necessários o que nos permitiu uma visão global do projeto.

As atividades realizadas em todas as etapas foram apresentadas e validadas pela Orientadora Pedagógica, pela Enfermeira Orientadora e pela Psicóloga da Instituição de acolhimento, de forma a estarem de acordo com a população para a qual seriam dirigidas.

Assim sendo, as ações desenvolvidas para a consecução do projeto de intervenção são expostas seguidamente:

- Após finalizar o Diagnóstico de Situação foi realizada uma reunião com a Psicóloga da Instituição de acolhimento numa sala do espaço físico desta instituição, com a finalidade de dar a conhecer os resultados do estudo, os problemas identificados e quais seriam as possibilidades de intervenção tendo em conta as características da população. Para além disso, esta reunião teve também o propósito de estabelecer uma parceria com a mesma no sentido de disponibilizar espaço físico, equipamentos (data show, tela e canetas) bem como um horário adequado à realidade da instituição para a realização das atividades. No final desta reunião ficaram esboçadas as atividades a desenvolver, a sala destinada à realização das sessões de educação para a saúde bem como o dia e horário que menos interferia com a dinâmica da instituição.
- Seguidamente foi realizada reunião na USF com enfermeira orientadora para apresentar os problemas identificados e as possíveis atividades a desenvolver para dar resposta a estes problemas. Foi também realizada uma parceria no sentido disponibilizar amostras de métodos contraceptivos, bem como autorização para disponibilizar folhetos informativos nas suas consultas de planeamento familiar para que mais adolescentes possam aceder à informação.

- Realizado contato via correio eletrônico para Associação para o Planejamento da Família de forma a conseguir apoio da mesma na realização de uma sessão de esclarecimento e disponibilização de material informativo (panfletos). Apesar de toda a disponibilidade demonstrada por parte da Associação para o Planejamento da Família a sessão de esclarecimento não se concretizou devido à indisponibilidade para o período em que iria decorrer o projeto, no entanto foi-nos disponibilizado um livro informativo intitulado “Métodos Contracetivos: Uma escolha tua”, bem como um cartão com uma linha de apoio gratuito para adolescentes com o objetivo de esclarecer dúvidas relacionadas com a sexualidade intitulado “sexualidade em Linha” (Anexo III). Este material informativo foi entregue em mão por um membro da Associação para o Planejamento da Família e disponibilizado no final do projeto na Instituição de acolhimento e na USF. Os meios informativos tiveram assim a finalidade de divulgar e expor a informação relativa a um determinado assunto pertinente para o tema do nosso projeto, muito utilizado na área da saúde (Cerqueira, *et al.*, 2014). Segundo Pennisi, *et al.* (2011) são considerados uma estratégia de educação para a saúde na promoção da saúde do indivíduo e comunidade através da alteração de comportamentos.
- Reunião com Psicóloga e Enfermeira Orientadora com a finalidade de dar a conhecer as Sessões de Educação para a Saúde e verificar se o conteúdo estaria adequado às adolescentes para que recebam a informação através de uma linguagem simples e objetiva, por meio de imagens que chamem a atenção para a realidade dos temas. A apresentação do conteúdo de cada sessão de Educação para a Saúde foi aprovado e mais tarde a Psicóloga marcou via telefone as datas previstas para a realização das mesmas. (Apêndice XII)
- A divulgação das sessões foi realizada através de um panfleto informativo, disponibilizado na Instituição de acolhimento e USF, para conhecimento dos temas, data e hora de cada sessão (Apêndice XI). As sessões de educação para a saúde foram em número três, realizadas pela Mestranda e Enfermeira Orientadora, para as adolescentes residentes na Instituição de acolhimento. As sessões decorreram todas no espaço físico desta Instituição nos dias 27 de novembro, 04 e 11 de Dezembro.
- Cada sessão de Educação para a Saúde foi realizada em grupo, com a duração de 30 minutos no total, de conteúdo teórico-prático onde estava incluído o jogo final “Mitos e Verdades”. Este jogo considerou-se uma mais-valia no sentido em que perante as afirmações colocadas, relacionadas com a temática abordada, as adolescentes “discutiam”

se seria um Mito ou Verdade debatendo e expondo o seu ponto de vista, aprendendo e apreendendo informação e ensinamentos. O jogo interativo de “Mitos e Verdades”, foi uma forma de intervir, de comunicar, de se expressar e de vínculo, o que facilita a aprendizagem tornando-se uma grande aliada estratégica.

- Com o desenvolvimento das sessões de educação para a saúde proporcionamos aquisições de conhecimentos que permitem ao adolescente uma escolha responsável relativamente aos comportamentos que influenciam a sua saúde sexual, ao mesmo tempo que fazemos face a uma intervenção inerente à saúde comunitária, o empoderamento e concorremos para atingir o objetivo a que nos propusemos neste projeto “Promover a Capacitação dos adolescentes para uma Sexualidade saudável”.

## 8 – AVALIAÇÃO

A Avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde e entende-se como uma atividade contínua e que acompanha todas as etapas do planeamento em saúde. Imperatori e Giralde (1993) referem ainda que avaliar é a forma de comparar alguma coisa a um modelo com a finalidade de ajustar ou corrigir. Assim, deve ser precisa e pertinente, de forma a determinar o grau de sucesso através do confronto entre os objetivos traçados e as atividades (Tavares, 1990).

A Avaliação de um projeto inicia-se na definição dos objetivos, onde são atribuídos as metas e indicadores de resultado e termina na preparação operacional, com a definição dos padrões de execução e atividade. Nesta etapa, avaliam-se os indicadores de execução ou atividade assim como os de impacto ou resultado. (Imperatori & Giralde, 1993).

Estes indicadores foram avaliados com base numa amostra de 15 elementos uma vez que 2 elementos, dos 17 que compunham a amostra inicial, abandonaram o estudo.

Durante o planeamento e execução do projeto foram delineados indicadores de atividade/ execução com o intuito de avaliar a implementação do projeto. Assim, apresentamos na tabela abaixo os indicadores de atividade /execução:

**Tabela 14 – Indicadores de Atividade/Execução**

<b>Indicadores de Atividade/Execução</b>	<b>Resultados /Avaliação</b>
<b>Elaboração das sessões de educação para a saúde</b>	Atingido
<b>Divulgação das Sessões</b>	Atingido
<b>80% dos participantes do projeto compareçam às sessões de educação para a saúde</b>	88% Atingido em todas as sessões
<b>100% das sessões planeadas devem ser executadas</b> (nº sessões realizadas/nº sessões prevista x 100)	100% Atingido

Fonte: Elaboração pela Mestranda

Relativamente aos objetivos que delineamos anteriormente para o projeto, de forma a proceder à sua avaliação foram traduzidos em metas e posteriormente em indicadores de resultado. Para verificar se atingimos as metas a que nos propusemos foi aplicado novamente o Grupo II do questionário utilizado na fase do diagnóstico de situação, de forma a verificar se os objetivos foram alcançados e se o projeto teve sucesso, estes serão apresentados detalhadamente:

No que concerne aos conhecimentos relacionados com os métodos contraceptivos, que englobam as respostas certas referentes às perguntas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário, como podemos observar na tabela 15, constatou-se que houve uma melhoria bastante significativa relativamente aos conhecimentos, sendo que a maioria (n=9) apresenta conhecimentos “muito bom”, 4 adolescentes revelaram conhecimento “bom” e 2 “insuficiente”, comparativamente com o questionário inicial em que 11 inquiridas apresentavam conhecimentos “insuficiente”.

**Tabela 15 - Conhecimentos relacionados com os Métodos Contraceptivos após Sessão de Educação para a Saúde**

<b>Conhecimentos relacionados com Métodos Contraceptivos</b>	<b>N</b>
Muito bom	9
Bom	4
Suficiente	2

Fonte: Questionário

Quanto à possibilidade de poder existir uma gravidez após a primeira relação sexual, conforme tabela abaixo, verificou-se que 13 inquiridas referem que podem ficar grávidas aquando da primeira relação sexual, mostrando uma melhoria de conhecimentos tendo em conta que no questionário inicial 11 inquiridas referiram que “não” podiam ficar grávidas aquando da primeira relação sexual.

**Tabela 16 - Conhecimento relativo à possibilidade de gravidez na 1ª relação sexual após Sessão de Educação para a Saúde**

<b>Conhecimento relativo à possibilidade de gravidez na 1ª relação sexual</b>	<b>N</b>
Sim	13
Não sei	2

Fonte: Questionário

Quanto à fase do ciclo menstrual em que é mais fácil uma rapariga ficar grávida, constatou-se que 12 inquiridas acertaram na resposta “a meio do ciclo menstrual”, ao contrário do que se observou com a aplicação do questionário inicial em que nenhuma respondeu corretamente. Verificou-se que apenas 3 inquiridas não souberam responder a esta questão.

**Tabela 17 - Conhecimento relacionado com a fase do ciclo menstrual em que é mais fácil rapariga ficar grávida após Sessão de Educação para a Saúde**

<b>Conhecimento de qual a fase do ciclo menstrual em que é mais fácil engravidar</b>	<b>N</b>
A meio do ciclo	12
Não sei	2
No final do ciclo	1

Fonte: Questionário

Relativamente ao conhecimento do contraceutivo que confere proteção contra as IST observou-se na tabela abaixo que todas as inquiridas responderam corretamente “preservativo”, ao contrário do que se verificou no questionário aplicado no diagnóstico de saúde em que apenas 14 responderam acertadamente.

**Tabela 18 - Conhecimento relativo ao contraceptivo que confere proteção contra as IST após Sessão de Educação para a Saúde**

<b>Método Contraceptivo que confere proteção contra as IST</b>	<b>N</b>
Preservativo	15

Fonte: Questionário

Relativamente aos métodos contraceptivos considerados como um método de barreira, na fase do diagnóstico apenas 1 inquirida respondeu corretamente. Com a aplicação da parte II do questionário na fase de avaliação, após sessões de educação para a saúde podemos verificar que 13 das 15 inquiridas respondeu acertadamente “preservativo” e apenas 2 não deram a resposta correta.

**Tabela 19 – Conhecimento relativo ao método de barreira após Sessão de Educação para a Saúde**

<b>Conhecimento relativo ao método</b>	<b>N</b>
Preservativo	13
Anel vaginal	1
Não sei	1

Fonte: Questionário

No que respeita ao método contraceptivo que confere proteção na gravidez e IST, do total da amostra podemos verificar que todas as inquiridas responderam corretamente, melhorando os conhecimentos uma vez que no questionário anterior apenas 9 tinham respondido corretamente.

**Tabela 20 - Conhecimento relativo ao método contraceptivo que confere proteção contra as IST ao mesmo tempo que evita a gravidez após Sessão de Educação para a Saúde**

Conhecimento relativo ao método contraceptivo que confere proteção contra as IST e evita a gravidez	N
Preservativo	15

Fonte: Questionário

No que respeita à utilização do método contraceptivo ser responsabilidade do companheiro, verificou-se que 14 das inquiridas consideram que “não”. Em comparação com o número de inquiridas que respondeu a esta pergunta na primeira fase deste projeto (n=7) verifica-se uma aquisição de conhecimentos também nesta questão.

**Tabela 21 - Conhecimento em relação à utilização de contraceptivos ser da responsabilidade do companheiro após Sessão de Educação para a Saúde**

Utilização de contraceptivos ser de responsabilidade do companheiro	N
<b>Não</b>	14
<b>Sim</b>	1

Fonte: Questionário

Para a maioria das inquiridas (n=11) observou-se que consideram “não” ser fácil de esquecer a utilização de contraceptivos e 4 referem que “sim” quando questionadas se a utilização de contraceptivos é fácil de esquecer, verificando-se deste modo uma ligeira melhoria nesta questão.

Relativamente à principal fonte de informação destas adolescentes constatou-se que a maioria (n=11) considera o médico, o que não verificamos numa fase inicial, em que apenas 2 inquiridas responderam o “médico” como principal fonte de informação.

**Tabela 22 - Função da fonte de informação utilizada sobre sexualidade após Sessão de Educação para a Saúde**

Fonte de Informação	N
Médico	11
Amigos	2
Mãe ou pai	2

Fonte: Questionário

Sobre os riscos de gravidez na adolescência observou-se que a totalidade das inquiridas se considera informada, observando-se assim uma melhoria no número de questões certas comparativamente ao questionário inicial.

Deste modo, podemos dizer que o projeto foi concluído com sucesso uma vez que todas as questões do instrumento de recolha de dados aplicadas nesta fase de avaliação tiveram, comparativamente com a fase de diagnóstico, uma melhoria significativa e por conseguinte um aumento de conhecimentos relacionados com a sexualidade contribuindo para a promoção da Sexualidade saudável desta população.

Passamos seguidamente a apresentar os Indicadores de Resultado do projeto:

**Tabela 23 – Indicadores de Resultado**

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>	<b>Resultado</b>	<b>Avaliação</b>
Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente à temática ciclo menstrual (respostas corretas às questões 1 e 2 do Grupo II do questionário)	<p><b>% de adolescentes que respondeu corretamente às questões 1 e 2 do Grupo II do questionário</b></p> <p>Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100</p>	<b>83,4%</b>	<b>Atingido</b>
Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente à temática métodos contraceptivos (Obtenham Muito Bom e Bom na Avaliação de conhecimentos com o conjunto das respostas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário)	<p><b>% de adolescentes que obteve “Muito Bom” e “Bom” na Avaliação de conhecimentos com o conjunto das respostas 1, 2, 3, 4 e 5 do Grupo II do questionário</b></p> <p>Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100</p>	<b>86,7%</b>	<b>Atingido</b>
Que 70% das adolescentes adquiram conhecimentos relativamente aos riscos associados a uma atividade sexual desprotegida (respostas certas às questões 6, 7, 8, e 9 do Grupo II do Questionário)	<p><b>% de adolescentes que respondeu corretamente às questões 6, 7, 8 e 9 do Grupo II do Questionário</b></p> <p>Nº de adolescentes que respondeu corretamente/ Nº total de adolescentes presentes na sessão x 100</p>	<b>87,9%</b>	<b>Atingido</b>

Fonte: Elaboração pela Mestrando

Com a observação da Tabela 23 verificamos que todos os objetivos foram atingidos pelo que consideramos que o projeto foi realizado com sucesso, permitindo uma promoção da capacitação destas adolescentes uma vez que o número de questões que obtiveram respostas acertadas foi superior às verificadas no diagnóstico de situação.

Para Tavares (1990) existe ainda outra avaliação a ter em conta nesta etapa do planeamento em saúde que passa pela satisfação e aceitabilidade do grupo alvo de cuidados ao projeto de intervenção que apresentamos de seguida:

**Tabela 24 – Avaliação das Sessões**

<b>Avaliação das Sessões</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo Totalmente</b>
<b>Os objetivos da sessão são claros</b>	66,7%	26,7%	6,7%	-
<b>O conteúdo da sessão é adequado às necessidades</b>	60 %	33,3%	2,2%	4,4%
<b>O tema abordado é útil</b>	62,2%	33,3%	2,2%	2,2%
<b>A sessão correspondeu às expetativas</b>	46,7%	48,9%	2,2%	2,2%
<b>As atividades realizadas apresentam-se de acordo com a sessão</b>	60%	33,3%	2,2%	4,4%
<b>Foram esclarecidas as dúvidas</b>	62,2%	33,3%	4,4%	-
<b>Considero a metodologia utilizada adequada</b>	60%	35,6%	2,2%	2,2%
<b>O tempo de duração da sessão foi adequado</b>	48,9%	40%	11,1%	-

Fonte: Elaboração pela Mestranda

A avaliação é uma ferramenta importante para melhorar futuramente a implementação de outros programas educativos, ajustando as estratégias e métodos mais eficazes de forma a alcançar uma melhor participação e adesão.

## 9 – OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o decorrer do estágio final, para além do projeto de intervenção comunitária desenvolvido neste período foi possível desenvolver outras atividades inseridas no plano de trabalho desta USF.

A participação em outras atividades permitiu um conhecimento mais aprofundado dos cuidados de saúde primários, permitiu desenvolver competências técnicas nas diferentes áreas de intervenção (diabetes, hipertensão, pé-diabético, vacinação, saúde-infantil) bem como aprofundar conhecimentos.

Neste seguimento, importa referir as seguintes atividades:

- Participação na consulta de enfermagem da diabetes que é efetuada por cada enfermeiro de família para controlo dos doentes com esta patologia e assim reduzir as complicações associadas. Esta consulta permitiu-me desenvolver capacidade de comunicação e aprofundar conhecimentos relacionados com a diabetes de forma a criar uma checklist mental dos pontos-chave a referir no acompanhamento a esses doentes.
- Participação na consulta de pé-diabético realizada por enfermeiras formadas pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal todas as 4ª feiras das 9h às 13h, na qual prestavam cuidados aos pés, como a limpeza, cortar as unhas, aplicar vinagre nas unhas como antifúngico, reforçar os cuidados a ter com os pés, de forma a diminuir as complicações na prevenção do pé diabético. Permitiu apreender os cuidados a ter com o pé diabético e observar a realização desses mesmos cuidados bem como os ensinamentos essenciais para o controlo no domicílio.
- Participação na consulta de enfermagem – saúde infantil que são calendarizadas de acordo com idades-chave, acontecimentos considerados importantes no crescimento do bebé sendo avaliado o desenvolvimento estado-ponderal e psico-motor. Estas consultas são também conciliadas com o esquema de vacinação do Plano Nacional de Vacinação de forma a reduzir o número de idas ao centro de saúde e assim diminuir o incumprimento deste plano. Estas consultas abordam vários temas como aleitamento materno, cóli-

cas, introdução de novos alimentos, hábitos saudáveis, sono e repouso, prevenção de acidentes, informações que permitem aos pais um melhor desenvolvimento da sua função parental nestes domínios, bem como promover a saúde e prevenir a doença.

- Participação na visita domiciliária onde foram identificados cuidados não só de tratamento, mas de prevenção prestados aos utentes em contexto domiciliário. Estes cuidados expressam um papel importante no que respeita aos cuidados de proximidade tendo em conta que a nossa população é idosa e na grande maioria fragilizada. Para além dos cuidados à pessoa doente direcionamos também atenção ao seu prestador de cuidados de forma a capacitá-lo para o cuidar e prevenir a doença do utente bem como dele próprio. Em alguns casos, esta visita é apenas em situações agudas como o caso da realização de pensos e outros tratamentos como injetáveis, sendo realizada no tempo necessário à reabilitação.

### III – REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo será realizada uma reflexão crítica relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, bem como das atividades desenvolvidas, as dificuldades e as estratégias adotadas para fazer face a essas dificuldades.

Com o desempenho desenvolvido durante os dois estágios que integram este Mestrado tentou-se sempre atingir os objetivos propostos pela coordenação do curso assim como os objetivos pessoais. O presente estágio permitiu ainda o desenvolvimento de competências permitindo ao Mestrando o seu desenvolvimento e crescimento enquanto profissional.

Importa referir que todo este processo de aprendizagem se baseou não só nas competências comuns do Enfermeiro Especialista como também nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e contribui grandemente para o desenvolvimento profissional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) as competências comuns do enfermeiro especialista assentam na responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Considera-se então pertinente, refletir sobre as aprendizagens face a cada uma destas competências, de que forma foram atingidas e quais as dificuldades sentidas durante esta aprendizagem. Assim serão descritas as atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição das competências referidas anteriormente:

- Responsabilidade profissional, ética e legal – Consideramos adquirida esta competência aquando do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, quando salvaguardadas questões éticas e legais como o pedido de autorização para a realização do projeto à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo e ao Instituto Politécnico de Portalegre. Aquando da aplicação dos questionários foi garantido o respeito pela igualdade, anonimato e direito à não participação. Durante todo o estágio, relativamente à postura e conduta profissional foi sempre adequada com base no código

deontológico da profissão de enfermagem e atendendo aos princípios éticos e direitos humanos.

- Melhoria contínua da qualidade – esta competência foi adquirida aquando da implementação do projeto com base na Metodologia do Planeamento em Saúde tendo em conta que permite uma identificação de necessidades de uma determinada comunidade, traçar objetivos e estratégias de intervenção com vista a colmatar as necessidades dessa mesma população e tendo em conta o contexto real e por fim avaliar se foram adequadas e eficazes, podendo a todo o momento melhorar ou alterar alguma intervenção, com a finalidade de melhorar a qualidade. Com este projeto foi possível melhorar os cuidados prestados à população em estudo que visam também uma melhoria na sua qualidade de saúde. No que respeita à capacitação da mestrandia também se verificou uma melhoria através da pesquisa bibliográfica e fontes de pesquisa que lhe proporcionaram a fundamentação de todas as atividades verificando-se assim também uma melhoria na qualidade e à vontade nas tomadas de decisão e capacidade de envolver todos os intervenientes.

- Domínio da gestão dos cuidados – consideramos também esta competência adquirida tendo em conta que a postura de liderança durante todas as etapas de desenvolvimento do projeto de intervenção, com os contatos estabelecidos com todos os intervenientes permitindo uma otimização do trabalho desenvolvido tendo em conta as experiências de toda a equipa e de todos os participantes. Houve necessidade de marcar, em articulação com a Psicóloga, um horário das sessões de educação para a saúde que compromettesse o mínimo possível o normal funcionamento da Instituição.

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – adquirida com todas as aprendizagens realizadas durante o decorrer dos dois estágios, desde o conhecimento dos cuidados prestados na realidade dos cuidados de saúde primários nas diferentes valências e consultas de enfermagem, através da realização das sessões de educação para a saúde que permitiram apreender novos conhecimentos e técnicas metodológicas e na realização da revisão integrativa da literatura que originou em um artigo científico com o tema “Sexualidade saudável na Adolescência: o Impacto da Educação em Saúde” que será apresentado no Apêndice XIV através do seu resumo.

A Ordem dos Enfermeiros (2019) define então as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que se apresentam de seguida, bem como as aprendizagens a elas subjacentes:

- Estabelecer, com base na metodologia de planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade – Consideramos que esta competência foi adquirida com a realização do projeto de intervenção comunitária “Educar para Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência”. O desenvolvimento desta competência teve início no primeiro estágio aquando da realização do Diagnóstico de Saúde de uma população, inserida no plano de cuidados da USF através do qual se identificaram as necessidades desta comunidade, com base em dados epidemiológicos, demográficos, e sociais, bem como em informação recolhida por informadores chave inseridos na USF (Enfermeira orientado, Enfermeira coordenadora e Diretor Clínico). No estágio final, foram efetivadas as restantes etapas do processo de planeamento em saúde contribuindo do mesmo modo para a aquisição desta competência, foram estabelecidas prioridades face aos problemas identificados das necessidades de saúde da comunidade estudada, implementado e executado o projeto e por fim a sua avaliação. Ao nos inserirmos no contexto da comunidade, conhecermos a população e a sua realidade, estabelecer parcerias, identificar recursos disponíveis essenciais para a resolução dos problemas identificados, permitiu-nos desenvolver outras competências como a comunicação, adaptação, flexibilidade e criatividade que se revelaram fundamentais para intervir nesta comunidade aquando de situações imprevistas.

- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades – O empoderamento da população baseia-se na capacitação. Deste modo, consideramos que esta competência foi adquirida com a concretização deste projeto no âmbito da sexualidade saudável na adolescência que permitiu dar resposta às necessidades identificadas ao mesmo tempo que lhes disponibilizamos informação capaz para escolhas informadas com a finalidade de obter ganhos para a sua saúde. As estratégias selecionadas que visam a promoção da saúde foram baseadas no Modelo teórico de Nola Pender, através de sessões de educação para a saúde onde clarificamos aspetos importantes para colmatar as necessidades identificadas, mas também potenciar uma tomada de decisão livre e esclarecida. Através das sessões de educação para a saúde, através de abordagens claras, objetivas e práticas foi possível chegar às adolescentes. Nesta comunidade, a comunicação de igual para igual, sem julgamentos e de forma assertiva considerou-se o principal facilitador na aquisição de conhecimentos de forma a capacitar e consequente-

mente empoderar para uma melhoria da saúde e bem-estar. Contudo, avaliar a capacitação no âmbito da sexualidade saudável é difícil a curto prazo pelo que consideramos que a promoção da capacitação foi realizada com sucesso tendo em conta que houve melhoria na aquisição de conhecimentos. Outras competências foram também desenvolvidas nesta prossecução como as competências científicas, metodológicas, cognitivas, pedagógicas e técnico-instrumentais, uma vez que permitiram um aumento do conhecimento no âmbito da Sexualidade na Adolescência por meio de pesquisa e atendendo à evidência científica, um melhoramento de conhecimentos já adquiridos, um escolha de métodos e técnicas adequadas à implementação das sessões de educação para a saúde tendo em conta as características do grupo alvo, transmitir os conhecimentos por meio de técnicas adequadas e eficientes através de metodologias testadas na intervenção da comunidade e por meio da utilização de meios audiovisuais facilitadores na transmissão e aquisição de conhecimentos.

• Integrar a coordenação dos programas de saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de saúde – consideramos esta competência também adquirida e desenvolvida, mais uma vez através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência” que se integrou no plano de trabalhos da Instituição e baseia-se também no eixo estratégico cidadania, inserido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 extensão a 2020 quando propõe: a promoção da literacia e capacitação com o objetivo à autonomia e responsabilidade relativamente à saúde, ações que promovam a literacia e fomentem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença nomeadamente em fatores de risco, e por último o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e autogestão da doença, estando interligados com os objetivos do projeto desenvolvido.

• Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – para a aquisição desta competência foi aplicado um questionário de colheita de dados que permitiu a recolha de dados epidemiológicos, passíveis de serem trabalhados de forma a caracterizar a população em estudo no seu perfil epidemiológico, bem como o levantamento de dados epidemiológicos na área de intervenção da USF. A primeira aplicação do questionário aquando do Diagnóstico de Saúde foi responsável pela identificação das necessidades com base nos dados quantitativos epidemiológicos analisados estatisticamente através do programa Statistic Package for Social Sciencies, versão 25.0 o que permitiu também desenvolver a competência técnico-instrumental. A comunidade para a qual foi dirigido este projeto de intervenção adquiriu conhecimentos que lhes permite alte-

rar formas de estar e comportamentos relacionados com a saúde sexual diminuindo os riscos para a sua saúde. Outras atividades que contribuíram para a aquisição desta competência foi a possibilidade de participação na consulta de saúde-Infantil, vacinação, planeamento familiar, que permitiu um melhor conhecimento da organização e funcionamento bem como a forma como se pode repercutir nos dados epidemiológicos.

Para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública devemos desenvolver outras competências que consideramos importante sublinhar: **capacidade de adaptação** uma vez que o processo de planeamento em saúde não é fixo e pode alterar a qualquer momento; **capacidade de decisão** perante situações imprevistas devendo atender à evidência científica com responsabilidade e ética; **capacidade de criar** uma relação de ajuda de forma a esclarecer, orientar e aconselhar as adolescentes no âmbito da temática; **capacidade de liderança** na orientação do grupo de trabalho para a realização do projeto; **capacidade de avaliação** aplicada ao projeto, às adolescentes face ao projeto e à própria mestrandia; **capacidade de síntese** de forma a dirigir com precisão e exatidão as informações necessárias nas apresentações das sessões de educação para a saúde bem como na realização do relatório e **capacidade de análise e reflexão** na prática profissional desenvolvida na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, nos problemas e necessidades identificados assim como nas estratégias delineadas e na elaboração do presente relatório.

Assim sendo, é importante referir as dificuldades sentidas durante o decorrer de ambos os estágios, da realização e execução do projeto e realização do relatório final que nos permitiram desenvolver as capacidades acima descritas. Começamos por enumerar a experiência reduzida na Metodologia de Planeamento em Saúde que dificultou, no início do primeiro estágio, a identificação do tema para a realização do Diagnóstico de Situação uma vez que a USF cumpre e supera todos os indicadores propostos. Também o curto espaço de tempo que tivemos para realizar todo o projeto sendo curto não tornou possível a apresentação à USF e Instituição de acolhimento os resultados do projeto. A necessidade de aceitação por este grupo de adolescentes que tentam em todo o momento escandalizar, desafiar e provocar alguma reação no outro, o conseguir a escuta ativa e por último focar a atenção destas adolescentes para a importância da saúde sexual e diminuição dos comportamentos de risco, foi um dos maiores desafios durante todo o projeto. A revisão integrativa da literatura realizada durante o estágio final que abordou a temática “Sexualidade Saudável na Adolescência: o impacto da Educação em Saúde” foi uma mais-valia na superação destas dificuldades, que nos permitiu observar a importância da educação para a saúde em grupo no que

respeita à construção de novos conhecimentos, permitindo ao adolescentes constituir parte ativa na mudança. Para tal é necessário que as atividades educativas sejam dinâmicas para que os adolescentes as possam transpor para o seu dia-a-dia. Assim, as sessões de educação para a saúde que desenvolvemos foram dinâmicas, lúdicas e reflexivas, de forma a captar a atenção e interesse do adolescente na construção do seu próprio conhecimento relativamente à sexualidade, conseguimos através da interação da própria adolescente durante as sessões permitindo uma troca de vivências e conhecimentos muitas vezes desmistificados pela mestranda sempre mantendo a igualdade e sem juízos de valor bem como dos jogos de “Mitos e Verdades” que permitiram à adolescente querer responder assertivamente e demonstrar interesse na aprendizagem.

Para a atribuição do grau de Mestre, todas as capacidades e competência descritas neste ponto são bastante relevantes conforme podemos verificar no Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Capítulo III, artigo 15, uma vez que o grau de mestre será atribuído a quem demonstre:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº 63/2016, Artigo 15).

As capacidades desenvolvidas em conjunto com as competências adquiridas, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública bem como a mobilização de aprendizagens a nível cognitivo e organizacional, concorrem para a aquisição do grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

## CONCLUSÃO

A sexualidade é de âmbito complexo uma vez que abarca várias dimensões como a biológica, psicológica, social e cultural, que por sua vez influenciam os comportamentos dos indivíduos. Esta temática tem evoluído ao longo dos tempos, acompanha mudanças consideráveis de mentalidade, no entanto abriga-se ainda em alguns mitos e tabus.

Na adolescência, sendo uma etapa do ciclo vital em que se verificam muitas alterações fisiológicas e psicológicas, muitas delas ocorrem a nível sexual tornando a sexualidade uma componente marcante desta fase da vida. A par com as alterações anteriormente referidas, o meio ambiente onde o adolescente se insere e as diversas fontes de informação a que se encontra exposto, influenciam direta ou indiretamente as suas atitudes, comportamentos e vivências sexuais.

A Sexualidade na Adolescência revela-se um tema atual e de grande importância, uma vez que os adolescentes são um grupo prioritário na educação sexual, saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. Neste seguimento, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental relativamente à promoção para uma sexualidade responsável, devendo conhecer todas as alterações vividas e sentidas na fase da adolescência para melhor compreender o adolescente.

A necessidade de reconhecimento e aceitação pelos pares leva o adolescente a viver em constante ansiedade, numa procura daquilo que a sociedade considera a perfeição. Para além disso, a sexualidade como descrita anteriormente associada à vulnerabilidade aos riscos pode assumir consequências como uma atividade sexual precoce, gravidez e IST.

Neste seguimento deve-se promover a educação e a promoção da saúde que apontam para a capacitação e empoderamento dos adolescentes, através de diferentes áreas de atuação. O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública detém como principal papel de agente promotor da saúde a educação para a saúde que, através da Metodologia do Planeamento e Saúde lhe permite intervir na promoção da saúde de forma eficiente e eficaz. Cada etapa deste processo contribui para o sucesso do mesmo e facilita ao enfermeiro o desenvolvimento das suas atividades.

O Diagnóstico de Situação, a primeira fase deste processo, foi essencial para identificar os comportamentos de risco associados a conhecimentos errôneos no âmbito da sexualidade que afetam os adolescentes inseridos na área geográfica de intervenção, através de informação fornecida por informadores-chave. Com a aplicação do questionário de caráter anónimo sobre conhecimentos relacionados com a Sexualidade, podemos constatar que eram insuficientes não lhes permitindo uma capacidade de resposta adequada nas escolhas relativas à sua sexualidade. Deste modo, a prioridade foi empoderar estas adolescentes com informação pertinente para escolhas com conhecimento.

Procedeu-se à elaboração do projeto de intervenção comunitária “Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência” em que o objetivo geral se descreve como “Promover a capacitação das adolescentes para uma Sexualidade Saudável”. Deste modo, todas as atividades foram desenvolvidas e sustentadas na pesquisa bibliográfica e na revisão integrativa da literatura que confirmam a pertinência da educação em saúde no âmbito da sexualidade como uma forma de capacitar as adolescentes com a aquisição de conhecimentos de forma a participar ativamente na mudança de comportamentos e na melhoria da sua saúde através de escolhas informadas.

Neste seguimento surgiu a educação para a saúde como um eixo estratégico fundamental na consecução deste projeto, com base na teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que permite a compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde, de forma a promover os comportamentos de vida saudáveis. É um modelo que permite ao enfermeiro um cuidado em grupo, através do planeamento, intervenção e avaliação das ações.

Programámos três sessões de educação para a saúde em grupo, com base nas temáticas identificadas de maior necessidade para a população alvo e utilizando uma metodologia interativa e dinâmica na apresentação das sessões, onde recorreremos a imagens reais, filmes e jogo de “Mitos e Verdades”. Deste modo, pretendemos o desenvolvimento de emoções capazes de incrementar novos comportamentos, numa perspetiva da sexualidade não associada apenas à componente física. No final das sessões foi aplicado novamente o questionário sobre conhecimentos relacionados com a sexualidade, tendo-se verificado que os objetivos específicos como melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual, melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso dos métodos contraceptivos e dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permitam fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável, foram atingidos. Observámos ainda, com aplicação do questionário de avaliação das sessões que as adolescentes consideraram a temática

pertinente. Demonstrando a importância da participação nestas sessões promotoras da saúde com a finalidade de promover a literacia e o empoderamento da população.

Comprovámos que a educação para a saúde relacionada com a sexualidade deveria ser uma temática abordada de forma sistemática, com o intuito de acompanhar a evolução e alterações de pensamentos que acompanham os adolescentes e a sociedade, tendo em conta que avaliar a capacitação desta população para a Sexualidade só será possível a longo prazo. É de referir ainda, que o número de indivíduos da amostra do projeto não permite generalizar os dados recolhidos a todos os indivíduos com estas características comuns.

Com a elaboração deste relatório, podemos verificar que os objetivos de aprendizagem foram atingidos. Procedemos à implementação de um projeto de intervenção comunitária de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde onde ficou demonstrada a capacidade de liderança apoiada em todos os momentos pela enfermeira orientadora. Mais uma vez se refere, que a pesquisa bibliográfica e revisão da literatura realizadas permitiram uma prática baseada na evidência, tendo sido fundamentados todos os objetivos e metas deste projeto, provando uma capacidade de reflexão desenvolvida sobre os mesmos.

Com intuito de cuidar, apoiar, educar, ensinar e instruir o foco principal foram as adolescentes pelo que promovemos a aceitação e integração neste grupo para posteriormente conseguirmos contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, ao mesmo tempo que evoluíamos profissionalmente com a evolução e desenvolvimento de capacidades.

Em todos os momentos referentes ao Mestrado de Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, foi sempre necessária uma análise crítica e reflexiva do desempenho da mestranda, que foi avaliado e alterado face às adversidades deste percurso a nível pessoal, profissional e familiar. Assim foi possível mudar atitudes e identificar lacunas, que através da adoção de novas estratégias foi possível superar e melhorar o interesse, o conhecimento e a identificação das características pessoais no trabalho que desenvolvemos. Deste modo foi possível atingir os objetivos propostos a nível académico e pessoal.

De um modo geral, todo o percurso realizado durante os dois estágios inerentes ao Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública considerou-se de extrema importância tendo contribuído para uma melhor perceção da realidade dos cuidados de saúde primários, uma aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências inerentes a esta especialidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcobia, H., Mendes, A. & Serôdio, H. (2003). *Educar para a Sexualidade*. Porto Editora, Porto. Portugal: ISBN 972-0-21000-1
- Alpendre, F. & Palma, F. (2019). Gravidez na adolescência. *In Pepipedia – Enciclopédia Pediátrica Online*. Disponível em <https://pedipedia.org/artigo/gravidez-na-adolescencia>
- Anastácio, Z. & Lopes, G. (2018). Educação para a sexualidade saudável em contexto institucional. *In Vilaça, T., Rossi, C., Ribeiro, C. & Ribeiro, P. (Ed), Investigação na Formação e Práticas Docentes na Educação em Sexualidade: Contributos para a Igualdade de Género, Saúde e Sustentabilidade* (pp. 235-246). 1ª edição. Braga: Universidade do Minho
- Associação para o Planeamento da Família (2019). Aborto e Interrupção da Gravidez. *In Associação Para o Planeamento da Família*. Disponível em <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez>
- Associação para o Planeamento da Família (2018). Infecções Sexualmente Transmissíveis. *In Associação para o planeamento da Família*. Disponível em <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis>
- Araujo, E. & Gonçalves, S. (2018). Narrativas em acolhimento institucional: a experiência através de adolescentes institucionalizadas. *In Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 9(2), 203-211. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ Seropédica. Rio de Janeiro. Brasil. Disponível em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2720/2951>
- Brás, M., Figueiredo, M., Ferreira, M. & Coelho, A. (2016). A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade. *In Abreu et al. (org), Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2014 - Livro de Comunicações & Conferências* (pp. 78-89). 1ª edição. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Brás, M., Galvão, A. & Certo, A. (2014, junho). A sexualidade na adolescência: agentes de socialização mais significativos nos papéis sexuais do adolescente. In “*Novos olhares na Saúde*” (1ª edição), 400-411. Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. ISBN: 978-989-97708-3-6.
- Brás, M., Anes, E., Praça, M. & Morais, M. (2011, fevereiro). Os Adolescentes e a Sexualidade: Assuntos da procura dos cuidados de saúde primários. In *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 413-422, ISSN: 0214-9877. Disponível em <https://docplayer.com.br/8729576-Os-adolescentes-e-a-sexualidade-assuntos-da-procura-dos-cuidados-de-saude-primarios.html>
- Carrilho, M. (2015). Crianças e Adolescentes em Portugal. In *Revista de Estudos Demográficos*, nº 55, Artigo 4º, 53-101
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência.
- Carvalho, C., Pinheiro, M. Gouveia & J. Vilar, D. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. In *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), 249-274. doi:10.21814/rpe.9032.
- Carvalho, M. & Salgueiro, A. (2019). *Pensar o acolhimento residencial de crianças e jovens*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian
- Câmara Municipal de Portalegre (2019). Estabelecimentos de Ensino e da Rede Pública. In Câmara Municipal de Portalegre. Disponível em <http://www.cm-portalegre.pt/pt/atividade-municipal/educacao/estabelecimentos-de-ensino-e-da-rede-publica>
- Carta de Otawa (1986). In 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Dallo, L. & Paludo, K. (2012, agosto-dezembro). Adolescência: Perspectiva de Desconstrução de uma Visão Naturalizada. In *Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*, 4(2), 129:141, Disponível em <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/scheme/article/view/2570>
- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Diário da República n.º 118/2017, Série I. Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. Diário da República n.º 176/2016, Série I.

Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República n.º 149/2014, Série I.

Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Diário da República n.º 161/2007, Série I.

Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção-Geral da Educação (s.d.). Programa de Apoio à Promoção e educação para a Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em

[https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes\\_doc.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf)

Direção-Geral da Educação (2020). Educação para a saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>

Direção-Geral da Saúde (2018, dezembro). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez 2018. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2018, novembro). Saúde Infantil e Juvenil - Portugal. Lisboa, Portugal. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015, outubro). Orientação n.º 010/2015 - Disponibilidade de Métodos Contracetivos. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Portugal. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Disponível em <https://nocs.pt/programa-nacional-saude-escolar->

- Direção-Geral da Saúde (2008). Saúde reprodutiva/Planeamento familiar. Lisboa, Portugal. ISBN 978-972-675-182-3
- Durão, V. (2014). Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências...Adolescentes....*In Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu. 32(2), 141-142. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Ferreira, A. (2019). Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no Instituto Politécnico de Bragança (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Consórcio IPB/IPVC/UTAD, Bragança, Portugal
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação da concessão à realização (5ª edição). Loures, Portugal: Lusociência
- Hojos, G. Borjas, D. Ramos, A. Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender.Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM .Vol 8.No. 4.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2019, junho). CASA 2018 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. Disponível em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/16662972/Relat%C3%B3rio\\_CASA2018/f2bd8e0a-7e57-4664-ad1e-f1cebcc6498e](http://www.seg-social.pt/documents/10152/16662972/Relat%C3%B3rio_CASA2018/f2bd8e0a-7e57-4664-ad1e-f1cebcc6498e)
- Instituto Nacional de Estatística (2019, março). Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual - INE, Nados-vivos. In Portal Oficial – Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt)
- Instituto Politécnico de Portalegre (2019). A nossa Escola. In Instituto Politécnico de Portalegre. Disponível em <https://www.ipportalegre.pt/pt/ipp/o-campus/apresentacao/>

- Lei nº 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019, Série I. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto - Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Lisboa: Assembleia da República
- Lei nº 60/2009, de 6 de agosto. Diário da República, nº 151, Série I. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Lisboa: Assembleia da República
- Lei n.º 120/99, de 11 de agosto. Diário da República n.º 186, Série I. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Lisboa: Assembleia da República
- Lei nº 147/99, de 01 de setembro. Diário da República n.º 204/1999, Série I-A. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Lisboa: Assembleia da República
- Lei nº 16/2007, de 17 de abril. Diário da República n.º 75/2007, Série I. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Lisboa: Assembleia da República
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. Diário da República n.º 151/2019, Série I. Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Lisboa: Assembleia da República
- Matos, M & Equipa Aventura Social (2018, dezembro). A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. 1ª edição. Lisboa, Portugal
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2014). Aventura Social & Saúde – A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2014. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/4814190715686-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referncia-Aventura-Social--Sade--A-Sade--dos-adolescentes-portugueses-Relatrio-HBSC-2014.pdf>
- Miguel, N. (1989). Os Jovens e a Sexualidade. 4ª edição, Lisboa: Edições Asa. ISBN 972-597-032-2
- Minetto, L., Mello, W., Silva, C., Soares, E., Major, A., Ramos, C. & Correia, T. (2019). Gravidez na adolescência no Brasil – IV Encontro de jovens investigadores 2019. Instituto Politécnico de Bragança, Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/20424/1/Gravidez%20na%20adolescência%20no%20Brasil.pdf>

- Morgado, A., Coutinho, E. & Duarte, J. (2013). As Jovens e a Contraceção de Emergência: Vivências da sexualidade. *In Millenium*, 44 (janeiro/junho). 141-169. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8172>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 19354-19359. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª série, nº18, 16481-16486. Disponível em [https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep\\_Regulamento\\_Padroes\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_em\\_Enfermagem\\_Saude\\_Publica.pdf](https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_Regulamento_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_em_Enfermagem_Saude_Publica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Lisboa. ISBN da versão portuguesa: 978-972-99646-7-1, disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf)
- Pagès-Poly, M. & Pagès J. (1999). Quando os adolescentes despertam par a sexualidade – Tudo aquilo que eles não sabem ainda e que você talvez tenha esquecido. 1ª ed. Lisboa: Terramar.
- PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization (2000). Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action. Antigua Guatemala, Guatemala. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>

- Patrão, I., King, G. & Almeida, M. (2008) - Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. In Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 26(2). 349-354 DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.499> disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/499/pdf>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA (2020a). O seu município em números!: Portalegre. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Portalegre-251457>
- PORDATA (2020b). Alunos matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário em % da população residente: total e por nível de ensino. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+matriculados+nos+ensinos+pr%c3%a9+escolar++b%c3%a1sico+e+secund%c3%a1rio+em+percentagem+da+popula%c3%a7%c3%a3o+residente+total+e+por+n%c3%advel+de+ensino-386>
- PORDATA (2019a). Densidade populacional. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787134>
- PORDATA (2019b). População residente, média anual: total e por grupo etário . In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787317>
- PORDATA (2019c). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por grupo etário da mãe. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787318>
- PORDATA (2019d). Interrupções voluntárias de gravidez. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787319>
- PORDATA (2019e). População residente, média anual: total e por grupo etário. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787322>

- PORDATA (2018). Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde. In PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5787320>
- Queiroz, S. (2011). Reflexões sobre Educação para a Saúde. In Observatório das Políticas de Educação e Formação. Disponível em <http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>
- Reis, M. (2012). Promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – conhecimentos e atitudes face à contraceção e à prevenção das ISTs. (Unpublished) Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Disponível em [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5169/1/Tese\\_Doutoramento\\_MartaReis\\_18dez2012.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5169/1/Tese_Doutoramento_MartaReis_18dez2012.pdf)
- Ribeiro J. & Araújo T. (1998). Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez. In Análise Psicológica, 3 (XVI). 469-479. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082311998000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082311998000300013&script=sci_arttext)
- Ribeiro, S. (2011). Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes. Universidade de Lisboa - faculdade de psicologia, Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628_tm.pdf)
- Ribeiro, L (2015). Saúde sexual de adolescentes institucionalizadas: contribuições da enfermagem na perspectiva da Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Universidade do estado do Rio de Janeiro: Centro Biomédico – Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro. Disponível em [http://www.btdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=8537](http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8537)
- Santos, A., Dias, C., Gonçalves, C. & Sakellarides, C. (2010). Estratégias Locais de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdqgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>
- Serra, G (2015). Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14988/1/ESSTFC572.pdf>

- Silva, C. & Lopes, R. (2009). Adolescência e Juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*. 17(2). 87-106
- Silva, C., Pinto, M. & Belo, J. (2020). Infecções sexualmente transmissíveis nos adolescentes. In *Pedipedia – Enciclopédia Pediátrica Online*. Disponível em <https://pedipedia.org/artigo/infeccoes-sexualmente-transmissiveis-nos-adolescentes>
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A., Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43(1). 8-15
- Silva, M. (1993). Prefácio à 1ª edição. In Imperatori, E. & Giraldes, M., *Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 3-4). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Soares, M. *et al.* (2012). Práticas de Enfermagem na Atenção às Mulheres em Situação de Abortamento. In *Revista Rene*. Vol.13 (1) 140-146.
- Sousa, L. G. (2016). Métodos de interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (287-290). Lisboa: Lidel.
- Sprinthall, A. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescentes – Uma abordagem desenvolvimentista*. 3ªed. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Tavares, G. (2015). *Sexualidade na adolescência (relatório de estágio para a obtenção do grau de mestre em enfermagem e especialização em enfermagem comunitária)*. Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15002/1/ESSTFC573.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Portugal: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. In *Direção-Geral da Saúde – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>

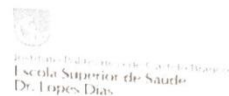
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *In Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3), 235-240. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- World Health Organization (2020). Adolescent pregnancy. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization (2019, junho) a More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
- World Health Organization (2019)b. Coming of age: adolescent health. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- World Health Organization (2018). Survive, Thrive, Transform Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities. Disponível em <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gswcah-monitoring-report-2018.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2014). Health for the world’s adolescents: A second chance in the second decade. In World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>
- World Health Organization Regional Office for Europe and BZgA (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Disponível em [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_English.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf)
- World Health Organization (2006). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 January 2002. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
- Zocca, R., Muzzeti, L., Nogueira, N. & Ribeiro, P. (2015). Percepções de adolescentes sobre sexualidade e educação sexual. *In Revista Ibero-Americana de Estudos*

em *Educação*. 10(2), 1463-1476. Disponível em  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6202614>

## APÊNDICES

Apêndice I – Declaração do orientador Pedagógico

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro assumir a orientação do trabalho da estudante Andreia Margarida Carriça Frutuoso, conducente à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Trata-se de um projecto de intervenção, subordinado ao tema da área de especialização referida, que trata a temática da sexualidade na adolescência com o título “*Educar é Prevenir: Sexualidade saudável na Adolescência*”.

Por ser um trabalho inovador com uma temática atual e pertinente, e porque reconheço na mestrandade adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com todo o interesse científico a sua orientação.

Beja, 7 Novembro de 2019

O Orientador

*Álvaro Maria Barros Pires*

Apêndice II – Declaração do Coordenador da USF

## DECLARAÇÃO

Eu, [REDACTED] Coordenador da Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a realização do projeto de estágio da aluna Andreia Margarida Carriça Frutuoso.

Portalegre, 13 de junho de 2019

Assinatura

(Dr. [REDACTED])

Apêndice III – Declaração da Enfermeira Orientadora

## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação clínica dos estágios de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública bem como do trabalho da estudante Andreia Margarida Carriça Frutuoso, a desenvolver na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], conducente posteriormente (Estágio Final) à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem no Ramo de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Trata-se de um relatório de estágio que integra o trabalho que será desenvolvido durante os dois estágios com o tema **Sexualidade Saudável na Adolescência**.

Mais informo que acompanharei a estudante em todas as atividades conducentes ao mesmo.

Portalegre, 13 de junho de 2019

Assinatura

[REDACTED]

#### Apêndice IV – Solicitação de Autorização ao Diretor da Instituição de Acolhimento

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Projeto de Intervenção Comunitária

Exmo. Sr. Diretor [REDACTED]

Eu, Andreia Margarida Carriça Frutuoso, estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que decorre no ano letivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED], sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora [REDACTED].

O presente estágio decorrerá no período de 20 de maio a 28 de junho de 2019 e posteriormente irá decorrer o Estágio Final, no período de setembro de 2019 a final de janeiro de 2020.

O objetivo do presente estágio passa pela elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade, com base no método de planeamento em saúde.

O Estágio final serve para desenvolver um projeto de intervenção comunitária com base no diagnóstico de saúde estabelecido nesta primeira fase.

**Tema: *Sexualidade Saudável na Adolescência***

**Equipa de Trabalho:**

Mestranda – Andreia Margarida Carriça Frutuoso

Orientador – Professora Doutora [REDACTED]

Coorientador – Enfermeira [REDACTED], especialista em Enfermagem Comunitária.

**Contextualização:** A adolescência entende-se como um momento crítico da vida no entanto pode também ser considerado um dos períodos mais desafiadores. Neste período, os jovens querem e desejam alcançar a independência, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e apreendem comportamentos que podem durar o resto das suas vidas. (World Health Organization [WHO], s.d.) Neste seguimento, Brás *et al.*, (2011) encara a saúde e bem-estar dos adolescentes fulcrais para o desenvolvimento humano.

A Sexualidade encontra-se presente em todas as etapas do ciclo vital, sendo experienciada por cada um de forma ímpar uma vez que para ela concorrem contextos como educação, família e sociedade inerentes à própria identidade que vão definir do mesmo modo a socialização dos próprios indivíduos na própria sexualidade. A WHO afirma que “A sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos / espirituais. (PAHO/WHO, 2000:12)

A acompanhar as inúmeras alterações sentidas, há necessidade dos jovens iniciarem precocemente a sua vida sexual adotando comportamentos de risco ao nível da sexualidade, mais precisamente com relações sexuais não protegidas, relações sexuais sobre efeito de álcool/drogas e múltiplos parceiros.

“Comportamentos arriscados podem começar como experimentos, mas depois se tornar hábitos ao longo da vida, com profundas implicações para a saúde e o bem-estar.” WHO, 2019b) Deste modo, verifica-se um aumento das taxas de gravidez na adolescência e a um aumento da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis [IST] com impacto na saúde e bem-estar do individuo e comunidade. Assim, considera-se que a Adolescência e a Sexualidade necessitam de “atenção de todas as pessoas, visto ser uma problemática que pode atingir proporções que afetam o jovem, o grupo de pares, os pais, a família, os professores, os profissionais de saúde e a sociedade em geral.” (Brás, Figueiredo, Ferreira & Coelho, 2016:79)

O objetivo principal deste Projeto é a Promoção da Sexualidade Saudável na Adolescência, utilizando para o seu desenvolvimento a metodologia do Planeamento em Saúde, direcionado para os Utentes [REDACTED]

Para o desenvolvimento do projeto será aplicado um questionário para perceber os conhecimentos que a população possui de forma a identificar as necessidades de informação neste âmbito. O referido Questionário pertencente à Dr<sup>a</sup> Fátima Pinto, encontra-se validado e foi utilizado num artigo publicado na Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria com o título Sexualidade e risco de gravidez na

adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica, a quem foi solicitada e posteriormente autorizada a aplicação do mesmo.

Após a primeira fase de diagnóstico da situação, pretende-se realizar sessões de educação para a saúde e outras atividades a identificar com base nos resultados obtidos após aplicação dos Questionários. Em anexo segue um cronograma da previsão das intervenções que está sujeito a possíveis alterações.

**Fundamentação e pertinência do estudo:** De acordo com os dados do INE, a situação está a melhorar significativamente, embora em 2015 tenha havido 2.295 nascimentos de mães com idades entre os 11 e os 19 anos e em 2018 o número desce para 2.028. No entanto, consideram-se números ainda elevados e que necessitam de intervenção.

Dados do estudo Health Behaviour in School-Aged Children (WHO) revelam que o número de adolescentes de 15 anos que já teve relações sexuais é cada vez menor – passou de 18,2% para 16,1% entre 2006 e 2014 -, mas que os adolescentes sexualmente ativos usam menos o preservativo – 25% não usou, em 2014, quando em 2010, só 10% dizia não o fazer.

Segundo o mesmo estudo, Health Behaviour in School-Aged Children WHO), a par com a diminuição do uso de preservativo verifica-se um aumento das infeções sexualmente transmissíveis, apesar disso não se notar no número de gravidezes na adolescência porque aumentou o uso de outros meios de contraceção como a pílula, disponibilizada nas consultas de planeamento nos centros de saúde.

Uma gravidez precoce tem riscos biológicos e um impacto social mais alargado. Os jovens “saltam passos” numa trajetória de desenvolvimento pessoal e social, com prejuízo da sua escolarização, do seu convívio entre pares e da vivência da sua própria adolescência.

WHO (2018) define como metas para 2030 abordar as IST transmissíveis de forma a reduzir em 90% a incidência da sífilis e gonorreia, eliminar a transmissão de mãe para filho de sífilis diminuindo em 50 ou menos casos de sífilis congénita por cada 100.000 nados vivos em 80% dos países, controlar a resistência microbiana e pesquisar novo teste diagnóstico e vacinas contra IST's.

### **Procedimentos metodológicos:**

O objetivo geral do presente projeto é:

- Promover a Sexualidade Saudável na Adolescência

E os Objetivos específicos são:

- Avaliar e aumentar os conhecimentos da população relativamente à Sexualidade;
- Dotar esta população de informação para diminuir comportamentos de risco associados à Sexualidade;
- Capacitar a população jovem para escolhas com conhecimento;
- Envolver os profissionais da Unidade de Saúde Familiar e do [REDACTED] para que estes colaborem na manutenção do projeto.

Relativamente à amostra são os utentes do [REDACTED] que aceitem fazer parte deste projeto.

O instrumento de colheita de dados utilizado será o questionário acima mencionado, que será anexado a este documento.

A recolha de dados será realizada através da distribuição dos questionários pelos utentes contemplados na população acima referida, em data a combinar com a Instituição. Será entregue previamente um consentimento informado aos utentes que aceitem voluntariamente participar, para lerem e assinarem.

Será garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

A forma de divulgação dos resultados será através de um Relatório Escrito apenas para fins académicos.

**Procedimentos Éticos:** Para a realização do presente Projeto, será assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes do estudo. Será ainda garantido o anonimato dos participantes através da agregação da análise de dados. Em termos de dados sociodemográficos, apenas será questionada a idade, sexo, ano que frequenta e aproveitamento escolar. Será fornecido um consentimento informado aos utentes que aceitem participar.

**Benefícios que resultarão do estudo:** Os benefícios que resultam do estudo passam pelo aumento dos conhecimentos acerca da Sexualidade de forma a Promover uma Sexualidade Saudável através de adoção de comportamentos saudáveis, diminuindo os riscos para a saúde individual, familiar e social.

### **Estudos prévios em que se baseia o projeto:**

Brás, M., Figueiredo, M., Ferreira, M. & Coelho, A. (2016). A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade. In Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2014 - Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal: ISBN 978-989-96103. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13208/1/A%20escola%20a%20adolesc%C3%Aancia%20e%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20dos%20cuidados%20sa%C3%BAde%20prim%C3%A1rios%20portugueses%20sobre%20sexualidade.pdf>

Matos, M & Equipa Aventura Social (2018, dezembro). A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. 1ª edição. Lisboa, Portugal

Morgado, A., Coutinho, E. & Duarte, J. (2013). As Jovens e a Contraceção de Emergência: Vivências da sexualidade. In *Millenium*, 44 (janeiro/junho). 141-169. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8172>

PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization (2000). Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action. Antigua Guatemala, Guatemala. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>

### **Bibliografia de suporte:**

Brás, M., Galvão, A. & Certo, A. (2014, junho). A sexualidade na adolescência: agentes de socialização mais significativos nos papéis sexuais do adolescente. In “Novos Olhares na Saúde” (1ª edição), 400-411. Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. ISBN: 978-989-97708-3-6.

Brás, M., Anes, E., Praça, M. & Morais, M. (2011, fevereiro). Os Adolescentes e a Sexualidade: Assuntos da procura dos cuidados de saúde primários. In *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Nº1-Vol.2, 413-422, ISSN: 0214-9877. Disponível em <https://docplayer.com.br/8729576-Os-adolescentes-e-a-sexualidade-assuntos-da-procura-dos-cuidados-de-saude-primarios.html>

Carvalho, C., Pinheiro, M. Gouveia & J. Vilar, D. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. In Revista Portuguesa de Educação, 30(2), 249-274. doi:10.21814/rpe.9032.

Durão, V. (2014). Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável. (Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade de Enfermagem Comunitária). Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Disponível em [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1203/1/Educa%20a7%20a3o%20Para%20a%20Saude%20como%20estrategia%20para%20a%20promo%20a7%20a3o%20do%20Envelhecimento%20saudavel\\_%20Vera%20Sofia%20Tiago%20Dur%20a3o.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1203/1/Educa%20a7%20a3o%20Para%20a%20Saude%20como%20estrategia%20para%20a%20promo%20a7%20a3o%20do%20Envelhecimento%20saudavel_%20Vera%20Sofia%20Tiago%20Dur%20a3o.pdf)

WHO (2019, junho) a More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>

WHO (2019)b. Coming of age: adolescent health. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>

WHO (2018). Survive, Thrive, Transform Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities. Disponível em <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gswcah-monitoring-report-2018.pdf?ua=1>

**Anexos:**

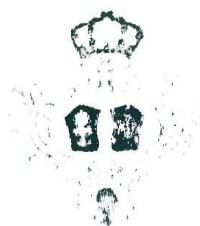
- Exemplar do instrumento de recolha de dados com o consentimento do autor.
- Exemplar do documento de consentimento informado.
- Termo de aceitação do(s) orientador(s) Professora Doutora Ana Pires, Enfermeira Adriana Carvalho.
- Termo de aceitação da Coordenação da USF onde se desenvolve o projeto, Dr. Rui Caeiro.

Assinatura da Mestranda

---

Data

---



Santa Casa  
da Misericórdia  
de [redacted]

## DECLARAÇÃO

Eu, [redacted] Director [redacted]  
[redacted], valências da Santa Casa da Misericórdia de  
[redacted] declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas  
para a realização da recolha de informação (Escala e Questionários) no  
âmbito do projecto de estágio da aluna Andreia Margarida Carriça  
Frutuoso.

Portalegre, 25 de Junho de 2019

O Director [redacted]

A large, black rectangular redaction box covers the handwritten signature of the Director. The signature is written in blue ink and is partially obscured by the redaction.

Apêndice V – Solicitação de autorização para utilização do Questionário



Andreia Frutuoso <andreiamfrutuoso@gmail.com>

---

## Pedido de Autorização de Questionário

---

Andreia Frutuoso <andreiamfrutuoso@gmail.com>

5 de junho de 2019 às  
15:36

Para: [REDACTED]

Cara [REDACTED], muito boa tarde!

O meu nome é Andreia Margarida Carriça Frutuoso e sou enfermeira no serviço de [REDACTED], a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre.

Neste âmbito, estou a desenvolver no [REDACTED], um Diagnóstico de Saúde com base no tema Sexualidade na Adolescência, que visa a criação de um projecto de intervenção comunitário a desenvolver numa próxima fase.

Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar o questionário publicado no artigo "Sexualidade e Risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica" da Acta Pediátrica Portuguesa de forma a desenvolver o Diagnóstico de Situação de uma comunidade proposto no âmbito deste mestrado.

Grata pela sua atenção e disponibilidade.

Os melhores cumprimentos

Andreia Frutuoso



Andreia Frutuoso <andreiamfrutuoso@gmail.com>

---

## Pedido de Autorização de Questionário

---

Fátima Pinto [REDACTED]

7 de junho de 2019 às 11:27

Para: Andreia Frutuoso <andreiamfrutuoso@gmail.com>

Bom dia Enfermeira Andreia

Pode sem problemas usar o questionário.

Bom trabalho

Fátima Pinto

Cumprimentos

Fátima Pinto

Pediatra ACeS Porto Ocidental  
Coordenadora ELI Porto Ocidental 1

Coordenadora ELI Porto Ocidental 2

Apêndice VI – Solicitação de apreciação à Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, bem como à respetiva Comissão de Ética

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### **Submissão de Projeto de Investigação**

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E., [REDACTED]

Eu, Andreia Margarida Carriça Frutuoso, estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que decorre no ano letivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde, do [REDACTED], encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na [REDACTED], sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora [REDACTED].

O presente estágio decorrerá no período de 20 de maio a 28 de junho de 2019 e posteriormente irá decorrer o Estágio Final, no período de setembro de 2019 a final de janeiro de 2020.

O objetivo do presente estágio passa pela elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade, com base no método de planeamento em saúde.

O Estágio final serve para desenvolver um projeto de intervenção comunitária com base no diagnóstico de saúde estabelecido nesta primeira fase.

**Título do Projeto: *Sexualidade Saudável na Adolescência***

#### **Equipa de Trabalho:**

Mestranda – Andreia Margarida Carriça Frutuoso

Orientador – Professora Doutora [REDACTED]

Coorientador – Enfermeira [REDACTED], especialista em Enfermagem Comunitária

**Contextualização:** A adolescência entende-se como um momento crítico da vida no entanto pode também ser considerado um dos períodos mais desafiadores. Neste período, os jovens querem e desejam alcançar a independência, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e apreendem comportamentos que podem durar o resto das suas vidas. (World Health Organization [WHO], 2019) Neste seguimento, Brás *et al.*, (2011) encara a saúde e bem-estar dos adolescentes fulcrais para o desenvolvimento humano.

Do mesmo modo, a Sexualidade encontra-se presente em todas as etapas do ciclo vital, sendo experienciada por cada um de forma ímpar uma vez que para ela concorrem contextos como educação, família e sociedade inerentes à própria identidade que vão definir do mesmo modo a socialização dos próprios indivíduos na própria sexualidade. A WHO afirma que “A sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos / espirituais. (PAHO/WHO, 2000:12)

A acompanhar as inúmeras alterações sentidas, há necessidade dos jovens iniciarem precocemente a sua vida sexual adotando comportamentos de risco ao nível da sexualidade, mais precisamente com relações sexuais não protegidas, relações sexuais sobre efeito de álcool/drogas e múltiplos parceiros.

“Comportamentos arriscados podem começar como experiências, mas depois tornarem-se hábitos ao longo da vida, com profundas implicações para a saúde e o bem-estar.” (WHO, 2019b) Deste modo, verifica-se um aumento das taxas de gravidez na adolescência e um aumento da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis [IST] com impacto na saúde e bem-estar do indivíduo e comunidade. Assim, considera-se que a Adolescência e a Sexualidade necessitam de “atenção de todas as pessoas, visto ser uma problemática que pode atingir proporções que afetam o jovem, o grupo de pares, os pais, a família, os professores, os profissionais de saúde e a sociedade em geral.” (Brás, Figueiredo, Ferreira & Coelho, 2016:79)

**Fundamentação e pertinência do estudo:** De acordo com os dados do INE, a situação está a melhorar significativamente, embora em 2015 tenha havido 2.295 nascimentos de mães com idades entre os 11 e os 19 anos e em 2018 o número desce para 2.028. No entanto, consideram-se números ainda elevados e que necessitam de intervenção.

Dados do estudo Health Behaviour in School-Aged Children (WHO) revelam que o número de adolescentes de 15 anos que já teve relações sexuais é cada vez menor – passou de 18,2% para 16,1% entre 2006 e 2014 -, mas que os adolescentes

sexualmente ativos usam menos o preservativo – 25% não usou, em 2014, quando em 2010, só 10% dizia não o fazer.

Segundo o mesmo estudo, Health Behaviour in School-Aged Children (WHO), a par com a diminuição do uso de preservativo verifica-se um aumento das infeções sexualmente transmissíveis, apesar disso não se notar no número de gravidezes na adolescência porque aumentou o uso de outros meios de contraceção como a pílula, disponibilizada nas consultas de planeamento nos centros de saúde.

Uma gravidez precoce tem riscos biológicos e um impacto social mais alargado. Os jovens “saltam passos” numa trajetória de desenvolvimento pessoal e social, com prejuízo da sua escolarização, do seu convívio entre pares e da vivência da sua própria adolescência.

WHO (2018) define como metas pra 2030 abordar as IST transmissíveis de forma a reduzir em 90% a incidência da sífilis e gonorreia, eliminar a transmissão de mãe para filho de sífilis diminuindo em 50 ou menos casos de sífilis congénita por cada 100.000 nados vivos em 80% dos países, controlar a resistência microbiana e pesquisar novo teste diagnóstico e vacinas contra IST's.

### **Procedimentos metodológicos:**

O objetivo geral do presente projeto é:

- Capacitar as adolescentes na adoção de comportamentos saudáveis com o intuito de Promover a Sexualidade Saudável na Adolescência

E os Objetivos específicos são:

- Avaliar e aumentar os conhecimentos da população relativamente à Sexualidade;
- Dotar esta população de informação para diminuir comportamentos de risco associados à Sexualidade;
- Capacitar a população jovem para escolhas com conhecimento;
- Envolver os profissionais da Unidade de Saúde Familiar e do [REDACTED] para que estes colaborem na manutenção do projeto.

Relativamente à amostra são as utentes do [REDACTED] institucionalizadas à data da aplicação dos questionários e que aceitem fazer parte deste projeto.

Para o desenvolvimento do projeto será aplicado um questionário para perceber os conhecimentos que a população possui de forma a identificar as necessidades de informação neste âmbito. O referido Questionário pertencente à Dr<sup>a</sup> Fátima Pinto,

encontra-se validado e foi utilizado num artigo publicado na Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria com o título “Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica”, a quem foi solicitada e posteriormente autorizada a utilização do mesmo (comprovativo segue em anexo).

A recolha de dados será realizada através da distribuição dos questionários pelos utentes contemplados na população acima descrita, em data a combinar com a Instituição. Será entregue previamente um consentimento informado aos utentes que aceitem voluntariamente participar, para lerem e assinarem.

Será garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

A forma de divulgação dos resultados será através de um Relatório Escrito para fins académicos.

**Procedimentos Éticos:** Para a realização do presente Projeto, será assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes do estudo. Será ainda garantido o anonimato dos participantes através da agregação da análise de dados. Em termos de dados sociodemográficos, apenas será questionada a idade, ano que frequenta e aproveitamento escolar uma vez que questões familiares seriam do foro íntimo e sensíveis tendo em conta o contexto.

Será fornecido um consentimento informado aos participantes que aceitem participar, através do elo de ligação com a instituição, a Psicóloga [REDACTED]

**Benefícios que resultarão do estudo:** Os benefícios que resultam do estudo passam pelo aumento dos conhecimentos acerca da Sexualidade de forma a Promover uma Sexualidade Saudável através de adoção de comportamentos saudáveis, diminuindo os riscos para a saúde individual, familiar e social.

**Estudos prévios em que se baseia a investigação:**

Brás, M., Figueiredo, M., Ferreira, M. & Coelho, A. (2016). A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade. In Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2014 - Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal: ISBN 978-989-96103. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13208/1/A%20escola%20a%20adolesc%C3%AAncia%20e%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20dos%20cuidados%20sa%C3%BAde%20prim%C3%A1rios%20portugueses%20sobre%20sexualidade.pdf>

Matos, M & Equipa Aventura Social (2018, dezembro). A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. 1ª edição. Lisboa, Portugal

Morgado, A., Coutinho, E. & Duarte, J. (2013). As Jovens e a Contraceção de Emergência: Vivências da sexualidade. In *Millenium*, 44 (janeiro/junho). 141-169. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8172>

PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization (2000). Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action. Antigua Guatemala, Guatemala. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>

### **Bibliografia de suporte:**

Brás, M., Galvão, A. & Certo, A. (2014, junho). A sexualidade na adolescência: agentes de socialização mais significativos nos papéis sexuais do adolescente. In “Novos Olhares na Saúde” (1ª edição), 400-411. Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. ISBN: 978-989-97708-3-6.

Brás, M., Anes, E., Praça, M. & Morais, M. (2011, fevereiro). Os Adolescentes e a Sexualidade: Assuntos da procura dos cuidados de saúde primários. In *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Nº1-Vol.2, 413-422, ISSN: 0214-9877. Disponível em <https://docplayer.com.br/8729576-Os-adolescentes-e-a-sexualidade-assuntos-da-procura-dos-cuidados-de-saude-primarios.html>

Carvalho, C., Pinheiro, M. Gouveia & J. Vilar, D. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. In *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), 249-274. doi:10.21814/rpe.9032.

Durão, V. (2014). Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável. (Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na Especialidade de Enfermagem Comunitária). Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Disponível em [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1203/1/Educa%20Para%20Saude%20como%20estrategia%20para%20a%20promocao%20do%20Envelhecimento%20saudavel\\_%20Vera%20Sofia%20Tiago%20Durao.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1203/1/Educa%20Para%20Saude%20como%20estrategia%20para%20a%20promocao%20do%20Envelhecimento%20saudavel_%20Vera%20Sofia%20Tiago%20Durao.pdf)

WHO (2019, junho) a More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>

WHO (2019)b. Coming of age: adolescent health. In World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>

WHO (2018). Survive, Thrive, Transform Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities. Disponível em <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gswcah-monitoring-report-2018.pdf?ua=1>

**Anexos:**

- Exemplar dos instrumentos de recolha de dados com o Consentimento da autora, Dra. Fátima Pinto.
- Exemplar do documento de consentimento informado
- Termo de aceitação do(s) orientador(s) Professora Doutora [REDACTED] e Enfermeira [REDACTED]
- Termo de aceitação da Direção da Instituição onde se desenvolve o projeto, Dr. [REDACTED]

Assinatura da Mestranda

---

Data

---

Apêndice VII – Solicitação do consentimento livre e informado às adolescentes da  
Instituição de acolhimento

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Cara Participante,

Eu, Andreia Margarida Carriça Frutuoso, estudante do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que decorre no ano letivo de 2018/2020, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico ██████████, encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Saúde Familiar ██████████, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista ██████████ e da Sra. Prof. Doutora ██████████.

O presente estágio decorrerá no período de 20 de maio a 28 de junho de 2019 e posteriormente irá decorrer o Estágio Final, no período de setembro de 2019 a final de janeiro de 2020.

O objetivo deste estágio passa pela elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade, com base no método de planeamento em saúde, pelo que venho por este meio solicitar a sua participação voluntária para participar no presente projeto que visa conhecer o sentido do problema, identificar prioridades, fixar objetivos e envolver os profissionais da equipa multidisciplinar. Neste seguimento, a proposta do tema do projeto apresentado é “Sexualidade Saudável na Adolescência”.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste projeto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo.

A informação será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto académico e científico, sem nunca revelar/divulgar a sua identidade.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar não lhe trará qualquer prejuízo ou perda de benefícios, podendo desistir em qualquer momento.

Este documento ficará na sua posse até a data de aplicação do questionário, o que lhe permitirá ponderar a sua participação no estudo, assim como pedir aconselhamento a pessoas da sua confiança.

O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade e, por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto não obstante este poder ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio.

O tempo médio previsto para a aplicação desta técnica de pesquisa é de 10 minutos aproximadamente.

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e Estágio Final, através dos contactos telefónico [REDACTED] e Email [andreamfrutuoso@gmail.com](mailto:andreamfrutuoso@gmail.com).

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma.

Grata pela atenção e disponibilidade

Portalegre, 18 de Junho, de 2019

---

Andreia Margarida Carriça Frutuoso

(Na qualidade de Estudante do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### Declaração do participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto Consulta de enfermagem de diabetes: prevenção do pé diabético, um contributo para a comunidade, a ser realizado pela estudante, Andreia Margarida Carriça Frutuoso, no âmbito do mestrado em associação, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista [REDACTED] e da Sra. Professora Doutora [REDACTED].

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projeto:

Portalegre, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante/ Representante (riscar o que não interessa)

\_\_\_\_\_

BI/ CD n.º:, data/ validade

\_\_\_\_\_

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Nome da Mestranda

---

Assinatura

---

## Apêndice VIII – Método de Hanlon

Problemas	Critérios				Valor de Prioridade
	A - Magnitude	B - Gravidade	C - Vulnerabilidade	D - Exequibilidade	
Défice de conhecimento relacionado com métodos contraceptivos	8	10	1	1	18%
Início precoce de atividade sexual	8	7	0,5	1	7,5%
Défice de conhecimento relacionado com o ciclo menstrual	10	10	1,5	1	30%
Desresponsabilização do uso de método contraceptivo	6	7	1	1	13%

## Apêndice IX – Cronograma

Cronograma do Projeto						
Intervenções	Espaço Temporal (2019/2020)					Estado
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	
Apresentação do Diagnóstico de Situação						Concluído
Elaboração e Apresentação do Projeto de Intervenção						Concluído
Estabelecimento de Parcerias						Concluído
Preparação da Execução						Concluído
Sessão de educação para a saúde com o tema “Eu e a minha Sexualidade”						Concluído
Sessão de educação para a saúde com o tema “Métodos Contraceptivos – Utilização e Responsabilização”						Concluído
Sessão de educação para a saúde com o tema “Riscos associados a uma atividade sexual desprotegida”						Concluído
Avaliação						Concluído

Apêndice X – Planejamento das Sessões de Educação para a saúde

Plano de Sessão/Atividades							
<b>Eixo Estratégico:</b> Capacitar							
<b>Área de Intervenção:</b> Promover uma Sexualidade Saudável							
<b>Nome do Projeto:</b> “Educar é Prevenir: Sexualidade Saudável na Adolescência”							
<b>Objetivo Geral:</b> Promover a Capacitação das adolescentes para uma Sexualidade Saudável							
<b>Objetivos Específicos:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao ciclo menstrual;</li> <li>- Melhorar os conhecimentos das adolescentes relativamente ao uso dos métodos contraceptivos;</li> <li>- Dotar as adolescentes de conhecimentos que lhes permitam fazer escolhas dirigidas a uma sexualidade saudável.</li> </ul>							
<b>População Alvo:</b> Adolescentes do Lar e Infância e Juventude							
<b>Responsáveis:</b> Enf <sup>a</sup> Andreia Frutuoso, Enf <sup>a</sup> ██████████							
Atividades	Formador	Conteúdos	Objetivos	Data	Duração/Local	Métodos	Recursos
Sessão de educação para a saúde com o tema “Eu e a minha Sexualidade”	Mestranda Enf <sup>a</sup> ██████████ ██████████	Apresentação do Formador; Apresentação do Tema; Conceito, dimensões e expressões da Sexualidade Aparelho Reprodutor Feminino; Fases do Ciclo Menstrual; Jogo Interativo “Mitos e Verdades” Entrega de Material Informativo	Que as adolescentes percebam que a Sexualidade faz parte da identidade de cada um e não se limita ao ato sexual. Que as adolescentes conheçam o seu corpo, ciclo menstrual e o seu funcionamento nas diferentes fases. Que as adolescentes adquiram conhecimento relativamente ao período fértil e ao risco de engravidar.	Novembro 2019	30min Sala Comum da Instituição	Expositivo Interativo	Computador Data Show
Sessão de educação para a saúde com o tema “Métodos Contraceptivos – Utilização e Responsabilização”	Mestranda Enf <sup>a</sup> ██████████ ██████████	Apresentação do Formador; Apresentação do Tema; Diferentes Métodos Correta Utilização dos Métodos Contraceptivos Importância da utilização dos Métodos Contraceptivos Jogo Interativo “Mitos e	Que as adolescentes conheçam os diferentes métodos contraceptivos e a correta utilização dos mesmos. Incentivar o uso de métodos contraceptivos sendo este uma responsabilidade que visa a diminuição de riscos.	Novembro 2019	40min Sala Comum da Instituição	Expositivo Interativo	Computador Data Show

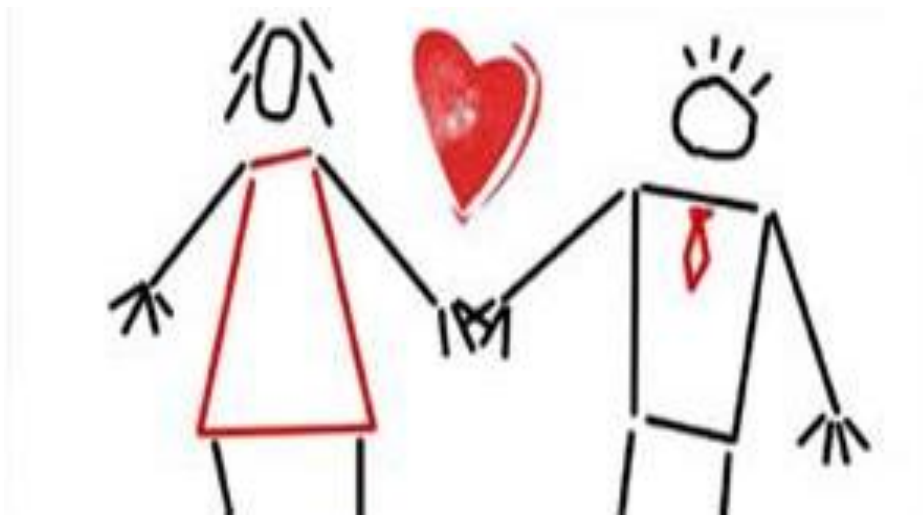
		Verdades”					
Sessão de educação para a saúde com o tema “Riscos associados a uma atividade sexual desprotegida”	Mestranda Enfª [REDACTED]	Apresentação da Formadora Apresentação da Atividade Fontes de Informação Eficaz Gravidez na Adolescência IST Jogo Interativo “Mitos e Verdades”	Que as adolescentes procurem uma fonte de informação fidedigna sobre sexualidade, como a consulta de planeamento familiar Que as adolescentes conheçam os riscos associados a uma atividade sexual desprotegida	Dezembro 2019	30min Sala Comum da Instituição	Expositivo Interativo	Computador Data Show

Apêndice XI – Panfleto de Divulgação

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



# Sexualidade Saudável na Adolescência



## Promover a Capacitação do Adolescente para uma Sexualidade Saudável

### Sessões de Educação para a Saúde:

- ♥ “Eu e a minha Sexualidade”
- ♥ “Métodos Contracetivos: Utilização e Responsabilização”
- ♥ “Riscos Associados a uma relação sexual desprotegida”

#### **DATAS:**

27 DE NOVEMBRO  
04 DE DEZEMBRO  
11 DE DEZEMBRO

#### **FORMADORES:**

ENFERMEIRA [REDACTED]  
ENFERMEIRA ANDREIA FRUTUOSO

#### **LOCAL:**

[REDACTED]

## Apêndice XII – Sessões de Educação para a Saúde

**Mestrado em Enfermagem**  
Em Associação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRENDE DO NORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Instituto Professor de Pós-graduação  
Faculdade Superior de Ciências Post-graduação  
III Mestrado em Enfermagem em Associação  
Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública  
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Azeiteiro Pinheiro

**“EU E A MINHA SEXUALIDADE”**


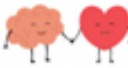
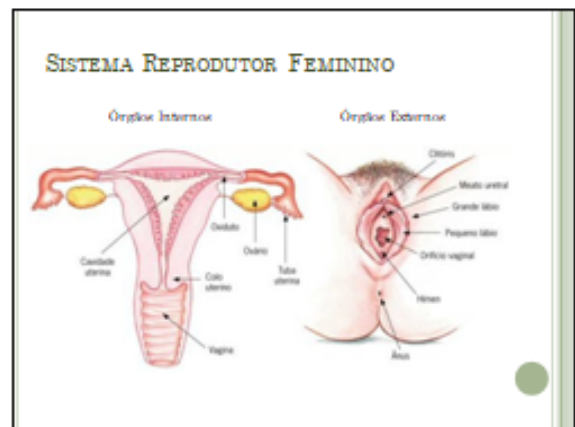


Andréia Furtado, e<sup>o</sup> 1997

Novembro, 2019

## SEXUALIDADE

- A Sexualidade está presente ao ser humano e é construída ao longo da nossa vida.
- Percebemos as expressões da sexualidade através dos pensamentos, atitudes, comportamentos, valores e a relação com os outros.

## SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Produção de hormônios sexuais femininas que mantêm o normal funcionamento do ciclo reprodutivo e está preparado para desempenhar várias funções

<b>Ovário</b>	<b>Trompas de Falópio</b>	<b>Útero</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Produção de Células Reprodutivas</li> <li>Ovulos e Oócitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte</li> <li>Fecundação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fixação</li> <li>Menstruação</li> </ul>


## CICLO MENSTRUAL E AS FASES

O ciclo menstrual - intervalo de tempo entre o primeiro dia de menstruação e o último dia do ciclo que antecede, o primeiro dia da menstruação seguinte.

Ciclo dura em média 28 dias, não são iguais todos os meses e variam de mulher para mulher.

Ciclo menstrual regular e Irregular conforme o número de dias.

Ciclo normal pode ir de 21 a 35 dias.



CICLO MENSTRUAL E AS FASES

The infographic is divided into three horizontal sections. The top section, 'FASE FOLICULAR', shows a follicle and notes 'Dura de 12 a 14 dias' and 'Folículo se enche de líquido'. The middle section, 'FASE OVULATÓRIA', shows an ovary with an egg and notes 'Ovulação de um óvulo' and 'Folículo vazio'. The bottom section, 'FASE LÚTEA', shows a corpus luteum and notes 'Mantém o corpo quente' and 'Dura de 14 dias'.

A simple line drawing of a person with a large red stamp that says 'MITO' (MYTH) on their forehead. Three red question marks float above their head. To the right of the person is a green circular stamp that says 'VERDADE' (TRUTH).

A sexualidade faz parte da vida.

A green circular stamp with the word 'VERDADE' (TRUTH) inside.

A sexualidade tem apenas uma dimensão.

A red rectangular stamp with the word 'MITO' (MYTH) inside.

O meu corpo deve ser respeitado por mim e pelos outros.

A green circular stamp with the word 'VERDADE' (TRUTH) inside.

A sexualidade é diferente de pessoa para Pessoa

A green circular stamp with the word 'VERDADE' (TRUTH) inside.

Nas relações afetivas e sociais não importa o que os outros pensam ou como se sentem.

**MITO**

O ciclo menstrual em adolescentes é regular.

**MITO**

Os óvulos são produzidos nas Trompas de Falópio.

**MITO**

A Menstruação é a descamação do útero.

**VERDADE**

No final do ciclo menstrual existe um maior risco de gravidez.

**MITO**

O período fértil situa-se a meio do ciclo menstrual

**VERDADE**



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ANCIANIDADE

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRENÓ

Instituto Politécnico de Portugal  
Faculdade de Ciências da Saúde  
III Seminário de Especialidade de Análise de  
Evidências: A Sua Relevância em Portugal e a sua  
Utilização Profissional. Estratégias de Atualização

**“MÉTODOS CONTRACETIVOS: UTILIZAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO”**



Análise Evidence, 17/11/17

Novembro, 2017

**MÉTODOS CONTRACETIVOS**

A Sexualidade é um fator importante na nossa vida pelo que deve ser vivida de forma saudável e sem riscos.



Os métodos contraceptivos são essenciais à nossa saúde sexual ajudando a prevenir gravidezes indesejadas e alguns deles são essenciais na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**MÉTODOS CONTRACETIVOS**

Os Métodos Contraceptivos devem ser aconselhados pelos profissionais de saúde.

Os Métodos Contraceptivos são indispensáveis no planeamento da nossa vida.



**MÉTODOS CONTRACETIVOS**

Devem ser consideradas algumas questões aquando da escolha do método, como por exemplo:

- É eficaz?
- Está adequado ao meu estilo de vida?
- É reversível?
- É acessível?
- Existem riscos para a saúde?



<https://www.vestibos.com.br/2016/06/01/14/450172/>

**MÉTODOS CONTRACETIVOS**  
**CORRETA UTILIZAÇÃO**

**PILHAS:**

- DIARIAMENTE À MESMA HORA
- DURANTE 21 DIAS CONSECUTIVOS
- SIGUE UMA TROCA DE 7 DIAS
- OBSERVAR UMA ROTINA
- MEDICAMENTOS
- VÔMITOS E DIARRÉIA
- ESQUECIMENTOS



**MÉTODOS CONTRACETIVOS**  
**CORRETA UTILIZAÇÃO**

**PRESERVATIVAS:**

- EVITAR ABRIR COM CUIDADO SEM UTILIZAR OBJETOS CORTANTES, VERIFICAR CONSERVAÇÃO E VALIDADE DA MESMA;



- FÁCIL ACESSO, NÃO NECESSITA DE RECEITA MÉDICA
- NÃO IMPEDIR O PRAZER SEXUAL.

### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

Colocação do Preservativo:

- **EVENS EM EREÇÃO ANTES DE QUALQUER CONTATO SEXUAL.**
- **AFERTAR O RESERVATÓRIO, COLOCAR NA GRANDE E DESENDOLAR.**
- **RETRAIR ANTES DE PERDER TOTALMENTE A EREÇÃO, DAR UM NÓ NO PRESERVATIVO E DESPERDOÇAR NO LIXO.**



### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

ANEL CONTRACETIVO:



- **APLICAÇÃO MENSAL:**
- **1ª APLICAÇÃO NO 1º DIA DE MENSTRUAÇÃO.**
- **RETRAIR APÓS 3 SEMANAS.**
- **COLOCAR APÓS UMA SEMANA NO MESMO DIA E HORA APROXIMADAMENTE.**
- **SE SENTIR O ANEL BASTA EMPURRÁ-LO UM POUCO MAIS.**
- **SE SAIR DA VAGINA BASTA PASSAR POR ÁGUA FRIA OU Morna E COLOCAR NOVAMENTE (Até 5h)**

### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

ANELIVO CONTRACETIVO:

- **BRAÇO, COSTAS, ABDÔMEN OU NÁDEGAS:**
- **COLOCAR 1 VEZ POR SEMANA DURANTE 3 SEMANAS SEGUIDAS, A QUALQUER HORA DO DIA E SEGUIR 7 DIAS DE FALSA.**
- **REALIZAR ATIVIDADES DIÁRIAS DE FORMA NORMAL, NÃO UTILIZAR CRIMES.**
- **NÃO APLICAR SOBRE A MAMA:**
- **PELE LIMPA, SECA E INTÉGRA:**
- **RODAR O LOCAL DE APLICAÇÃO:**
- **RETRAIR O ANELIVO:**
- **DEVE PRESSIONAR FIRMEMENTE CONTRA A PELLE.**



### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

IMPLANTE CONTRACETIVO:

- **APLICADO POR BAIXO DA PELE, NA FACE INTERNA DO BRAÇO, SOB ANESTESIA LOCAL POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.**
- **EFICAZ DURANTE 3 ANOS.**
- **1ª APLICAÇÃO ATÉ AO 5º DIA DE MENSTRUAÇÃO, PROTEÇÃO IMEDIATA.**
- **PODE SER SUBSTITUÍDO AUTOMATICAMENTE POR UM NOVO.**
- **IMPORTANTE A VIGILÂNCIA MÉDICA ANUAL.**



### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

DIU:

- **COLOCADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GERALMENTE NO FINAL DA MENSTRUAÇÃO.**
- **Na CONSULTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR OU GINECOLOGIA.**
- **EFICAZ DURANTE 5 ANOS.**
- **SUBSTITUÍDO AUTOMATICAMENTE POR UM NOVO.**
- **IMPORTANTE A VIGILÂNCIA MÉDICA ANUAL.**



### MÉTODOS CONTRACETIVOS CORRETA UTILIZAÇÃO

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA:



- **EM CASO DE FALHA OU ESQUECIMENTO.**
- **PODE SER UTILIZADA ATÉ 5 DIAS APÓS A RELAÇÃO SEXUAL NÃO O PROTEGIDA.**
- **TANTO MAIS EFICAZ QUANTO MAIS CÉDIO A SUA TOMA.**
- **5 SEMANAS DEPOIS DEVE FAZER TESTE DE GRAVIDEZ.**
- **ÚNICA FORMA DE EVITAR GRAVIDEZ APÓS RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA, MAS É MENOS EFICAZ QUE O USO DE CONTRACETIVOS REGULARES.**
- **NÃO PREVINE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.**

### MÉTODOS CONTRACEPTIVOS RESPONSABILIZAÇÃO


O uso de métodos contraceptivos é a adoção de comportamentos responsáveis que exigem responsabilidade individual.

A escolha do método contraceptivo deve ser uma decisão do casal, sendo que, não devemos esquecer o respeito por nós e pelo outro.


O uso de métodos contraceptivos é uma forma de garantir os melhores resultados e preservar a saúde.




Os Métodos Contraceptivos devem ser aconselhados por profissionais de saúde.




A utilização do preservativo juntamente com outro método contraceptivo é denominada de dupla proteção



O preservativo é um método contraceptivo de barreira que deve ser colocado antes da penetração



A utilização de contraceção é responsabilidade da mulher.



O preservativo só se deve utilizar se não se conhecer bem o parceiro.

**MITO**

Se pretendo iniciar a vida sexual devo consultar um profissional de saúde.



Se tiver uma relação sexual não protegida devo tomar a pilula do dia seguinte se não quiser engravidar.



Deve-se verificar a validade do preservativo.



 Obrigada!

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE PORTALIDADE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALIDADE  
III MESTRADOS DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA  
TRANSIÇÃO E PRÁTICAS EDUCATIVAS ASSOCIADAS

**“RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA”**



André Freitas, eTUV

Novembro, 2009

**RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA**



Gravidez **Indesejada** na Adolescência



Infecções Sexualmente Transmissíveis

**RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA**

Gravidez na Adolescência



**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NÃO É BRINCADEIRA.**

**RISCOS E CONSEQUÊNCIAS**

MORTALIDADE MATERNA

EVASÃO ESCOLAR

RISCOS À SAÚDE

ABORTO NATURAL

NASCIMTO PREMATURO

**RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA**

Infecções Sexualmente Transmissíveis

- Contagiosas;
- Transmitem-se através das relações sexuais (sobretudo vaginais, orais ou anais);
- Melhor Prevenção – Sexo Seguro;
- Preservativo é o método mais eficaz;
- Consultar um médico;
- Informar os parceiros;
- Exames periódicos são essenciais para diagnosticar o tratamento precoce.

**RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA**

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Sinais e Sintomas:

- Dificuldade de deitar;
- Corrimento vaginal ;
- Lesões na pele e genitais;
- Dor ou sensação de queimadura ao urinar ou durante as relações sexuais;
- Dor no baixo ventre;
- Febre;
- Esterilidade/Câncer

**RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA**

Infecções Sexualmente Transmissíveis



Câncer Mole

CONDILOMATOSE (HPV)

AIDS

Candidíase

Tricomoníase

GONORRÉIA

Tricomoníase

SÍFILIS

HÉPATITES B E C

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Gonorréia e Clamídia**

CLAMÍDIA É A DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST) MAIS COMUM DE TODO O MUNDO. PELA DESEMPENHA VEZES É SUBESTIMADA E PODE AFIETAR TANTO HOMENS QUANTO MULHERES.

**Infeção pelo Chlamydia**

É uma bactéria que pode atingir diversos órgãos, incluindo:

- Olhos
- Trato urinário
- Trato reprodutivo
- Trato digestivo
- Trato respiratório

**Hormo**

Doenças associadas:

- Doença de Hashimoto
- Doença de Graves
- Doença de Addison
- Doença de Cushing
- Doença de Parry-Robertson
- Doença de Addison
- Doença de Cushing
- Doença de Parry-Robertson

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Candidíase**

Doença causada pelo fungo *Candida albicans*.

Sintomas:

- Coceira e vermelhidão na região íntima
- Excesso de secreção vaginal
- Alteração de cor e odor da secreção

Tratamento:

- Medicamentos antifúngicos
- Óleo de copaíba

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Sífilis**

Causada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode penetrar na mucosa ou na pele dos órgãos genitais.

Estágios:

- Estágio 1: Sífilis primária (sífilis de chancres)
- Estágio 2: Sífilis secundária (sífilis de manifestações sistêmicas)
- Estágio 3: Sífilis terciária (sífilis de manifestações tardias)

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Herpes**

• Vírus

• Bolhas dolorosas em qualquer parte da genitália

• Mulheres: pode ocorrer dor muscular na vagina

• Tratamento: sem cura conhecida, controlada com medicamentos.

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Tricomoníase**

• Infecção parasitária

• Pode ser transmitida por roupas de banho

• Pode provocar crescimento anormal do útero

Sintomas:

- Doença inflamatória da uretra
- Dispareunia

**RÃO COMPARTILHAR!!!**

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis

**Hepatite B**

Sintomas:

- Ictericos (amarelamento da pele e olhos)
- Colúria (urina escura)
- Feces claras
- Prurido e coceira
- Perda de apetite
- Fadiga

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis  
HPV – Vírus do Papiloma Humano



### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis  
HPV – Vírus do Papiloma Humano



- 1. Lesões na pele e mucosas, de pequenas bolhas à verruga
- 2. Infecção grave do sistema linfático, levando à linfadenite, linfocitose (LAI)
- 3. Lesões na garganta e nos pulmões, carcinomas
- 4. Infecção de fôlego por causa do vírus
- 5. Desenvolvimento de um câncer de colo do útero

1. Usar preservativo por mais tempo
2. Vacinação contra o HPV
3. Exame de Papanicolaou
4. Exame de citologia
5. Exame de colposcopia

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis  
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida



O vírus HIV/SIDA pode transmitir-se através de:

- 1. Sexo sem proteção
- 2. Uso de seringas contaminadas
- 3. Transfusão de sangue contaminado
- 4. Contato com sangue e outros líquidos corporais

O vírus HIV/SIDA NÃO se transmite por:

- 1. Abraço
- 2. Beijo
- 3. Suor
- 4. Lágrimas
- 5. Saliva
- 6. Urina
- 7. Fezes
- 8. Cabelo
- 9. Unhas
- 10. Objetos pessoais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

### RISCOS ASSOCIADOS A UMA ATIVIDADE SEXUAL DESPROTEGIDA

Infeções Sexualmente Transmissíveis  
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Infecção Aguda pelo HIV



Sintomas: Febre, Dor de Músculos, Manchas na pele, Inchaço das Gândulas, Erupção Cutânea, Dor de Garganta, Dor de Cabeça, Inchaço dos Linfonos, Febre, Dor de Músculos, Manchas na pele, Inchaço das Gândulas, Erupção Cutânea, Dor de Garganta, Dor de Cabeça, Inchaço dos Linfonos.

Prevenção:


1. Usar preservativo
2. Não compartilhar seringas
3. Usar sangue e derivados de doadores testados
4. Usar sangue e derivados de doadores testados



MITO

VERDADE


A Gravidez na Adolescência é um risco para a saúde da mãe e bebê



VERDADE


O preservativo não protege todas as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

**MITO**




As IST devem ser detetadas o mais cedo possível.

**VERDADE**




A SIDA não tem cura.

**VERDADE**




A Higiene pessoal/intima não é importante na prevenção das IST.

**MITO**




Não posso apanhar IST na primeira relação sexual.

**MITO**



As IST podem provocar lesões em outras partes do corpo para além dos órgãos sexuais.

**VERDADE**



Não é possível ter uma IST e não apresentar sintomas.

**MITO**

Morre-se de SIDA.

**MITO**

As IST podem originar doenças graves que levam à morte.

**VERDADE**

Obrigada!

Apêndice XIII – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a saúde

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Este questionário é anónimo e confidencial, servindo apenas para avaliação da sessão realizada.

Faz um X no número que consideras a resposta às afirmações seguintes, sendo que 4 – Concordo Totalmente, 3 – Concordo, 2 - Discordo e 1 – Discordo Totalmente

<b>Sessão de Educação para a Saúde Questionário Avaliação da Sessão</b>				
	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>1. Os Objetivos da sessão são claros</b>				
<b>2. O Conteúdo da sessão é adequado às necessidades</b>				
<b>3. O tema abordado é útil</b>				
<b>4. A sessão correspondeu às expetativas</b>				
<b>5. As atividades realizadas apresentam-se de acordo com a Sessão</b>				
<b>6. Foram esclarecidas as suas dúvidas</b>				
<b>7. Considero a metodologia utilizada adequada.</b>				
<b>8. O tempo de duração da sessão foi adequado.</b>				

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XIV – Artigo Científico

**SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA: O IMPACTO  
DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**HEALTHY SEXUALITY IN ADOLESCENCE: THE IMPACT OF  
HEALTH EDUCATION**

**SEXUALIDAD SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA: EL  
IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD**

***Andreia Margarida Carriça Frutuoso<sup>1</sup>***

<sup>1</sup> Licenciada em Enfermagem, Enfermeira no Serviço de Medicina Interna do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, Portugal

Email: [andreiamfrutuoso@gmail.com](mailto:andreiamfrutuoso@gmail.com)

## Resumo

**Objetivo:** O objetivo principal da presente revisão é Identificar o impacto da educação em saúde na diminuição de comportamentos de risco e prevenção da doença nos adolescentes, concorrendo para uma Sexualidade Saudável na Adolescência.

**Métodos:** De forma a dar resposta ao principal objetivo o método utilizado foi uma revisão integrativa da literatura através de pesquisa efetuada nas bases de dados B-on e EBSCOhost.

**Resultados:** De um modo geral todos os artigos revelam a importância da educação em saúde em grupo na construção de novos conhecimentos, tornando o adolescente uma parte ativa e informada nas suas escolhas. É de salientar, a importância na alteração de comportamentos prevenindo a doença e promovendo uma melhoria na qualidade de vida do adolescente, família e comunidade.

**Conclusões:** A Educação em saúde tem forte potencial para mudar a realidade face aos comportamentos de risco realizados pelo adolescente. No entanto, há a necessidade das atividades educativas serem mais dinâmicas com o intuito de serem adotadas no dia-a-dia do adolescente. Deste modo, importa salientar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde.

**Descritores (DeCS):** “adolescente”; “sexualidade”, “educação em saúde”, “prevenção de doenças”.

## Abstract

**Objective:** The main objective of this review is to identify the impact of health education on reducing risk behaviors and preventing disease in adolescents, contributing to a healthy sexuality in adolescence.

**Methods:** In order to respond to the main objective, the method used was an integrative literature review through a search performed in the B-on and EBSCOhost databases.

**Results:** In general all articles reveal the importance of group health education in the construction of new knowledge, making the adolescent an active and informed part in their choices. It is noteworthy, the importance in changing behaviors preventing the disease and promoting an improvement in the quality of life of the adolescent, family and community.

**Conclusions:** Health education has strong potential to change reality in view of risk behaviors performed by adolescents. However, there is a need for educational activities to

be more dynamic in order to be adopted in the adolescent's daily life. Thus, it is important to emphasize the need for training of health professionals.

**Descriptors (DeCS):** “adolescent”, “sexuality”, “health education”, “disease prevention”.

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo principal de esta revisión es identificar el impacto de la educación para la salud en la reducción de los comportamientos de riesgo y la prevención de enfermedades en los adolescentes, contribuyendo a una sexualidad saludable en la adolescencia.

**Métodos:** Para responder al objetivo principal, el método utilizado fue una revisión integral de la literatura a través de una búsqueda realizada en las bases de datos B-on y EBSCOhost.

**Resultados:** En general, todos los artículos revelan la importancia de la educación en salud grupal en la construcción de nuevos conocimientos, haciendo del adolescente una parte activa e informada en sus elecciones. Es de destacar la importancia de cambiar los comportamientos para prevenir la enfermedad y promover una mejora en la calidad de vida del adolescente, la familia y la comunidad.

**Conclusiones:** La educación para la salud tiene un gran potencial para cambiar la realidad en vista de los comportamientos de riesgo realizados por los adolescentes. Sin embargo, es necesario que las actividades educativas sean más dinámicas para ser adoptadas en la vida diaria del adolescente. Por lo tanto, es importante enfatizar la necesidad de capacitación de profesionales de la salud.

**Descriptores (DeCS):** “adolescente”, “sexualidad”; “educación en salud”, “prevención de enfermedades”.

## **ANEXOS**

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

### Questionário

Este questionário é anónimo e confidencial.

Visa a elaboração de um estudo epidemiológico sobre os problemas de sexualidade na adolescência.

**Lê com atenção o questionário que se segue e responde com sinceridade a cada uma das questões.**

#### I

1. Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_
  
2. Que ano é que frequenta? \_\_\_\_\_
  - 2.1 Reprovaste alguma vez?
    - a) Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
    - b) Não
  
  - 2.2 O teu aproveitamento escolar é:
    - a) Insuficiente (< 10 valores)
    - b) Razoável (10 - 14 valores)
    - c) Bom (15 - 17 valores)
    - d) Muito Bom (≥18 valores)

#### II

1. Uma rapariga poderá ficar grávida a 1ª vez que tiver relações sexuais?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não sei
  
2. Quando é que é mais fácil uma rapariga ficar grávida?
  - a) Durante a menstruação
  - b) Logo após a menstruação ter terminado
  - c) A meio do ciclo
  - d) No final do ciclo
  - e) Não sei
  
3. Qual dos seguintes métodos contraceptivos confere proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis?
  - a) Pílula
  - b) Dispositivo Intra-Uterino (DIU)
  - c) Anel vaginal
  - d) Preservativo
  - f) Não sei
  
4. Qual dos seguintes métodos contraceptivos é considerado um método de barreira?
  - a) Pílula
  - b) Implante
  - c) Anel vaginal
  - d) Preservativo

e) Não sei

5. Qual dos seguintes métodos contraceptivos é o único que evita a gravidez ao mesmo tempo que protege das doenças sexualmente transmissíveis?

- a) Pílula
- b) Implante
- c) Anel vaginal
- d) Preservativo
- e) Não sei

6. A utilização de contraceptivos:

6.1 É da responsabilidade do(a) companheiro(a)

- a) Sim
- b) Não

6.2 É fácil esquecer de utilizar

- a) Sim
- b) Não

7. Quando tens alguma dúvida sobre sexualidade, a quem te diriges em primeiro lugar?

- a) Amigos
- b) Mãe ou Pai
- c) Médico
- d) Internet / Livros
- e) Outro \_\_\_\_\_

8. Estás satisfeito/a com o apoio que recebes da tua família?

- a) Sim
- b) Não

9. Consideras-te informada/o sobre os riscos de uma gravidez na adolescência?

- a) Sim
- b) Não

10. Perante a possibilidade de uma gravidez:

- a) Os meus pais não iriam aceitar
- b) Abortaria
- c) Assumia a gravidez até ao fim
- d) Não sei

### III

**No caso de teres tido relações sexuais, responde às seguintes questões:**

1. Com que idade tiveste a primeira relação sexual?

- a) 12 anos
- b) 13 anos
- c) 14 anos
- d) 15 anos
- e) 16 anos
- f) 17 anos

2. Já alguma vez tiveste relações sexuais sem que tu, ou o teu/tua parceiro/a utilizassem um método contraceptivo?

- a) Não
- b) Uma vez
- c) Mais que uma vez

3. Já frequentaste uma consulta de planeamento familiar?

- a) Sim
- b) Não

4. Habitualmente utilizas algum método contraceptivo?

- a) Sim
- b) Não

4.1 Se sim, qual?

- a) Pílula
- b) Preservativo
- c) Pílula e Preservativo
- d) Outro

5. Já utilizaste a pílula do dia seguinte?

- a) Sim. Quantas vezes: \_\_\_\_\_
- b) Não

6. Já suspeitaste poderes estar grávida?

- a) Sim
- b) Não

Obrigada pela colaboração!

Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo





### III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo quantitativo, descritivo- correlacional e analítico.

### IV- População alvo

Utentes do Lar de Infância e Juventude de Nossa Senhora da Conceição que estejam institucionalizadas à data de aplicação dos questionários e que aceitem fazer parte deste projeto.

### V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados são recolhidos através de questionários que se encontram em anexo e relativamente aos quais não existem questões ético legais a considerar, uma vez que é garantido o anonimato.

O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento dos utentes da instituição supra referida, cujo modelo se encontra na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

### VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados será realizado através da aplicação SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

### VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado o modelo de consentimento informado, o qual se encontra em conformidade ética e legal, constituindo o consentimento dos participantes o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: “Sexualidade Saudável na Adolescência.”

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

**MARIA LUIZA  
NUNES LOPES  
FERREIRA**

Assinado de forma digital por MARIA  
LUIZA NUNES LOPES FERREIRA  
DN: c=PT, o=Cartão de Cidadão,  
ou=Assinatura Qualificada do Cidadão,  
ou=Cartão Português, ou=MARIA LUIZA  
FERREIRA, givenName=MARIA LUIZA,  
serialNumber=89272853735, cm=MARIA  
LUIZA NUNES LOPES FERREIRA  
Público: 2019.08.02 10:00:58 -01'00'

**De:** Andreia Frutuoso <andreiамfrutuoso@gmail.com>  
**Enviado:** 28 de junho de 2019 01:40  
**Para:** ULSNA - Secretariado Administração  
**Assunto:** Pedido Autorização para Projeto de Intervenção Comunitária  
**Anexos:** Declaração Ana Pires.pdf; Submissão do Projeto ULSNA.docx; Declaração Lar Infância e Juventude.pdf; Declaração Enf. Orientadora.pdf

Exmo. Sr. Diretor ,  
Boa Noite,

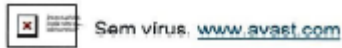
Venho por este meio solicitar a vossa excelência autorização para desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária , no âmbito do III Mestrado em Enfermagem em Associação área de especialização em Enfermagem Comunitária e saúde Pública na Escola Superior de saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre.

Junto anexo documentos inerentes ao pedido e que desde já agradeço a sua apreciação.

Contando com uma resposta positiva, desde já agradeço

Os melhores cumprimentos

Andreia Frutuoso



*João Moreira Reis*  
Presidente do Conselho de Administração  
28/06/2019  
ao Sr. Diretor

Ces 26 23 07 2019	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTALEGRE Ente: 20190570 Data: 28 06 2019
-------------------------	--

Anexo III- Livro Informativo “Métodos Contracetivos: Uma escolha tua” e Cartão “Sexualidade em Linha”

