



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Título Conferido: Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Co-Orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Ana Luísa Mota Velez Serra

**Fevereiro
2015**

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Título Conferido: Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Co-Orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Ana Luísa Mota Velez Serra

Fevereiro
2015

*Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vá abrindo caminhos, como a água que desce
cantando da montanha. Outros te seguirão...*

Saint-Exupéry

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Filomena Martins, orientadora deste relatório, pela sua disponibilidade, apoio e incentivo durante todo este processo, principalmente nos momentos de maior dificuldade. Por toda a dedicação.

Ao Professor Doutor António Reis do Arco, co-orientador deste relatório, pela cooperação e orientação do presente trabalho.

A todos os professores da ESSP que lecionaram na 3ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos conhecimentos transmitidos.

À Direção da E.S.S.L. pelo pedido de colaboração feito à E.S.S.P. na área da Sexualidade na Adolescência e por ter permitido a realização das sessões de Educação para a Saúde nas suas instalações.

À Professora Júlia, Vice-Diretora da E.S.S.L., pela sua disponibilidade na realização deste projeto.

Aos alunos e professores da E.S.S.L. que participaram neste projeto, pela sua disponibilidade, por tudo o que nos ensinaram, e pela forma hospitaleira como nos receberam.

A todos os colegas da 3.ª edição do curso de mestrado em Enfermagem da E.S.S.P., pelo apoio, convívio e partilha de saberes.

À enfermeira Zezinha e à enfermeira Ziza, minhas colegas da Unidade de Oncologia Médica, por todo o tempo que me dispensaram para a realização deste relatório.

Aos meus pais, por serem quem são, por tudo o que fazem por mim, a quem devo tudo o que sou. Obrigado pelo vosso amor, pela vossa compreensão e disponibilidade em mais esta fase da minha vida!

À minha irmã, por tanto, por tudo...

À minha filha, **Maria**, com a única certeza que assumo como verdadeira, todos os dias da minha vida: Nunca te vou abandonar!

Não há palavras suficientes para exprimir o meu profundo agradecimento, ainda assim deixo aqui o meu sincero Obrigada a todos!

Resumo

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura dos comportamentos sociais e familiares da sociedade vieram determinar novas necessidades em saúde, para as quais é necessário organizar respostas adequadas e personalizadas. Atualmente, a comunidade já começa a ter consciência das suas responsabilidades em saúde e sabe que abordar as questões da sexualidade é fundamental para a construção plena dos indivíduos. Os adolescentes são um grupo de intervenção prioritário. Logo, a educação para a saúde assume um papel de extrema importância e, é no ambiente escolar que são adquiridas competências de desenvolvimento pessoal e social, que conferem aos jovens a capacidade de construir o seu próprio projeto de vida.

O estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitárias decorreu na E.S.S.L., com intervenção na área da Sexualidade na Adolescência. Começámos por realizar o Diagnóstico de Situação e, posteriormente desenvolvemos um Projeto de Intervenção Comunitária que tinha como objetivo *Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes da E.S.S.L., através da capacitação e do empoderamento.*

Tanto o Diagnóstico de Situação como o Projeto de Intervenção foram efetuados com base na Metodologia do Planeamento em Saúde. Durante a intervenção comunitária foram realizadas sessões de Educação para a Saúde, baseadas na Teoria Sócio-Cognitiva de Albert Bandura, que visavam a capacitação e empoderamento dos jovens, conseguindo assim ganhos em saúde.

As sessões de Educação para a Saúde destinaram-se aos adolescentes do 8º ano (turmas A, B e C) e do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I).

Foram abrangidos 205 adolescentes na intervenção.

No decorrer da intervenção foram realizadas todas as reuniões e sessões inicialmente programadas e, mais de 98,1% dos adolescentes mostraram-se *Satisfeitos ou mais* com as sessões de Educação para a saúde realizadas.

Este relatório visa descrever o percurso efetuado ao longo do estágio e testemunhar que as competências desenvolvidas vão ao encontro dos objetivos do Mestrado, enquadrando-se no perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, visa promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, numa óptica de aprendizagem ao longo da vida, através não só da auto formação mas também da prática baseada na evidência, assegurando a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Planeamento em Saúde, Sexualidade na Adolescência, Capacitação e Empoderamento, Educação para a Saúde.

Abstract

The aging population and changes in the structure of social behavior and family of society came determine new needs in health, for which it is necessary to organize appropriate and personalized answers. Currently, the community is beginning to be aware of their responsibilities in health and know that addressing sexuality issues is essential for the full construction of individuals. Teenagers are a group of priority intervention. Therefore, health education plays an extremely important role and is in the school environment that are acquired skills of personal and social development, which gives young people the ability to build your own life project.

The stage of the Master in Nursing with specialization in Nursing Community held in ESSL, with intervention in the area of Sexuality in Adolescence. We began by performing the Situation Diagnosis and subsequently developed a Community Intervention Project which aimed to contribute to a healthy sexuality of adolescents in ESSL, through training and empowerment.

Both the Situation Diagnosis as the Intervention Project were made based on the Health Planning Methodology. During the Community intervention sessions were conducted in Health Education, based on Socio-Cognitive Theory of Albert Bandura, aimed at capacity building and empowerment young people, thus achieving health gains.

Education sessions for Health targeted the adolescent 8 year (classes A, B and C) and 11 years (classes A, C, E, F, H and I).

Were covered 205 adolescents in the intervention.

During the intervention were held all initially scheduled meetings and sessions, and more than 98.1% of the adolescents were Satisfied or more with sessions Health education made.

This report aims to describe the route made over the two stage modules and testify that the skills developed will meet the objectives of the Master, framing in the skills profile of Nurse Specialist Community Nursing and Public Health defined by the Order of Nurses.

The Master in Nursing with specialization in Community Nursing, aims to promote the personal and professional development of nurses, from the perspective of learning throughout life, not only through self training but also of evidence-based practice, ensuring the acquisition of scientific expertise , technical, human and cultural appropriate to provide specialized care Community Nursing.

Keywords: Community Nursing, Planning in Health, Sexuality in Adolescence, Training and Empowerment, Health Education.

Abreviaturas e Símbolos

% - Percentagem

APF – Associação para o Planeamento da Família

CE – Contraceção de Emergência

CEF – Curso Educação e Formação

CEP – Conferência Episcopal Portuguesa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CO – Contraceptivo Oral

COC – Contraceptivo Oral Combinado

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EpS – Educação para a Saúde

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ESSL – Escola Secundária de São Lourenço

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EUA – Estados Unidos da América

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEC – Ministério da Educação e da Ciência

MS - Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPES – Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PES – Projeto Educação para a Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Planos Nacional de Saúde Escolar

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VHC – Vírus da Hepatite C

WHO – World Health Organization

/

Índice

	f
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1– A ADOLESCÊNCIA	22
1.1 – CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA.....	22
1.2 - VIVÊNCIA DAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS	26
1.3 - SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	27
2 – SEXUALIDADE HUMANA	30
2.1 – CONCEITO DE SEXUALIDADE	31
2.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	33
2.3 - MITOS E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE	35
2.4 – GRAVIDEZ E CONTRACEÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	36
2.5 – INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	39
2.6 – ADOLESCÊNCIA E ORIENTAÇÃO SEXUAL	40
2.7 – ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL	43
2.8 – ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE PELO ENFERMEIRO	44
3 – FONTES DE INFORMAÇÃO	46
3.1 – AMIGOS (GRUPO DE PARES)	46
3.2 – MEIOS DE COMUNICAÇÃO	47
3.3 – FAMÍLIA	48
3.4 – ESCOLA	48
3.5 – RELIGIÃO	49
3.6 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	49
4 – PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	51
4.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR	52
4.2 – EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE	53
4.2.1 – Educação Sexual em Meio Escolar	55
4.2.2 – Papel de Enfermeiro na Educação para a Saúde/Educação Sexual	57
5 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	61

5.1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	61
5.2 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	63
6. - O PLANEAMENTO EM SAÚDE	66
6.1 – A ENFERMAGEM E O PLANEAMENTO EM SAÚDE	75
7. – A TEORIA SOCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA.....	78
PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	83
1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	84
1.1 – ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO	84
1.2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	85
1.2.1 – Resultados do Diagnóstico de Situação	87
1.2.2 – Problemas Identificados.....	89
1.2.3 – Necessidades Determinadas.....	91
1.3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	91
1.4 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	92
1.5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	94
1.6 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	95
1.7 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO	95
1.8 – AVALIAÇÃO	100
2 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	105
CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes com as Sessões de Educação para a Saúde

Apêndice II – Projeto de Estágio de Grupo

Apêndice III – Projeto de Estágio Individual

Apêndice IV – Cronograma das Atividades

Apêndice V - Plano das Sessões de Educação para a Saúde para s alunos do 8.º ano

Apêndice VI – Apresentação em PowerPoint das Sessões de Educação para a Saúde para os alunos do 8.ºano

Apêndice VII – Plano das Sessões de Educação para a Saúde para s alunos do 11.º ano

Apêndice VIII – Apresentação em PowerPoint das Sessões de Educação para a Saúde para os alunos do 11.ºano

ANEXOS

Anexo I – Questionário utilizado na Colheita de Dados

Anexo II – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação para que os seus educandos possam preencher o questionário

Anexo III – Grelha das Sessões de Educação para a Saúde, fornecida pela E.S.S.L.

Índice de Figuras

	f
Figura 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde	69

Índice de Tabelas

f

Tabela n.º1 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género	103
--	-----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do plano de estudos da Escola Superior de Saúde de Portalegre para o Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Pretende ser a análise crítico-reflexiva das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas, tendo como base a metodologia do planeamento em saúde.

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objetivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida das pessoas, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária não se limita às instalações físicas do seu local de trabalho para adquirir conhecimentos, desenvolver competências e partilhar com a população os seus saberes e as suas práticas.

O cumprimento da excelência da prática de Enfermagem em Saúde Comunitária exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade de cada comunidade. Para que tal aconteça, é fundamental a aposta numa formação pós-graduada de enfermeiros, como é o caso da Especialização em Enfermagem Comunitária, que tem por finalidade desenvolver competência para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

O código deontológico do Enfermeiro refere, no que diz respeito ao dever para com a comunidade,

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;

- Colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2011).

Ao realizar a Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o Enfermeiro desenvolve competências que lhe permitem participar:

“(…) na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de Saúde Pública e no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção com vista à capacitação e «empowerment» das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva (...). Deste modo intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos especiais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais”(OE, 2010).

Podemos pois afirmar que os enfermeiros utilizam estratégias de intervenção na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, capacitando-a cada vez mais na resolução dos seus próprios problemas/necessidades, recorrendo a instituições e estabelecendo relações e parcerias com as mesmas no contexto da promoção da saúde, na prevenção da doença e na aquisição de ganhos em saúde.

A Carta de Ottawa (1986) refere que a Promoção da Saúde representa um processo de prover as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo sobre a sua saúde e de a melhorarem, com o intuito de alcançar um completo bem-estar físico, mental e social, a nível individual e comunitário.

As estratégias da promoção da saúde definidas a Carta de Ottawa consideram três elementos-chave: estilos de vida, ambiente e participação; organizados em cinco áreas: políticas públicas de saúde, ambiente sustentável, reorientação dos serviços de saúde, competências pessoais e sociais, e participação comunitária.

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

A ação de Educação para a Saúde é uma componente central da Promoção da Saúde. Neste sentido, a Educação para a Saúde deve ser entendida como um conjunto de meios que permitem apoiar os indivíduos e os grupos a adotarem comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico,

É nesta lógica que a enfermagem adota um papel preponderante ao enaltecer a Educação para a Saúde na motivação das pessoas para obter informação e a desenvolverem atividades para se manterem saudáveis, evitando ações prejudiciais e criando hábitos saudáveis.

Os enfermeiros são profissionais de saúde cujas intervenções integram processos educativos, que promovam o autocuidado do indivíduo. Esta função aponta declaradamente para a realização de atividades de Educação para a Saúde. Assim, podemos afirmar que todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, uma vez que cuidar também é ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Entendendo a Educação para a Saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do indivíduo enquanto parte integrante de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro não pode limitar-se a uma simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra; esta tem que ser uma intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, levando em consideração os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. Um programa educativo em saúde aponta uma mudança deliberada de comportamentos a nível individual ou coletivo e tem que ter obrigatoriamente em conta os fatores comportamentais determinantes da saúde da população, como sejam a cultura, as crenças, as atitudes, os incentivos, os obstáculos nos quais podemos de alguma forma exercer a nossa influência.

De facto, só podemos compreender aquilo que conhecemos, assim, o enfermeiro adequa o seu cuidar à cultura da pessoa cuidada percebendo, no entanto, que o respeito deve ser uma realidade constante, tanto para o indivíduo como para o enfermeiro.

De um modo geral, constatamos que os diferentes grupos representam os interesses, as necessidades e os valores dos indivíduos que os constituem, proporcionando um vínculo entre a pessoa e o sistema social em geral. Na intervenção comunitária com grupos devem ser consideradas não só as necessidades do grupo, mas também as necessidades e perspetivas individuais, no que à saúde diz respeito.

Cada indivíduo, ao longo da sua vida e do seu percurso de interação e socialização, desenvolve um sentimento de pertença ao grupo, que influencia as suas escolhas, atitudes, valores e comportamentos. Os grupos funcionam como importantes redes de comunicação e podem inclusivamente ser vistos como pequenas organizações de partes da comunidade, onde se partilham interesses, ideias e comportamentos. Algumas modificações de comportamentos individuais de saúde seriam impossíveis de realizar sem o apoio da intervenção em grupos porque, não raras vezes, estes são responsáveis pelas alterações dos comportamentos que aumentam o bem-estar individual, comunitário e social.

“Se considerarmos que o ser humano ao longo do seu ciclo vital se encontra em constante desenvolvimento, experienciando uma multiplicidade de transições, então a enfermagem fornece respostas a essas transições” (Abreu, 2008 citado por Cruz, 2011). O foco de atenção do enfermeiro deve centrar-se na facilitação das transições desencadeadas por uma mudança

no estado de saúde, no papel, no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. A transição tem conotação com o tempo e o movimento, ela é “uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro” (Meleis, 1986). O conceito de transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais e na capacidade de gestão das respostas a essas transformações.

Cabe ao enfermeiro proporcionar aos indivíduos, sem impor, os meios complementares que lhes permitam reconhecer ou descobrir os seus recursos pessoais através do empoderamento, ou seja, através do reforço de capacidades, competências ou poder, que é simultaneamente, uma pré-condição para a participação e o exercício da cidadania e um processo de formação e de aquisição de poder permanente que implica que o desenvolvimento seja um processo permanente de investigação-ação, em que a teoria e a ação se alimentam mutuamente.

Neste contexto, opção pela Escola Secundária de São Lourenço como campo de estágio e a Educação para a Saúde em meio escolar, nomeadamente a área da Sexualidade na Adolescência, como área de intervenção, justifica-se não apenas pelo interesse já manifestado por esta escola em ter a colaboração da E.S.S.P. para abordar a temática em causa; mas também por questões pessoais. A Educação para a Saúde é uma área de que gosto particularmente, e a escola, na minha perspetiva, desempenha hoje uma função fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença.

A escola assume um papel essencial na defesa dos direitos das crianças e jovens e na melhoria da educação, da saúde e do bem-estar de todos eles, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde. As intervenções desenvolvidas no âmbito da Educação para a Saúde em meio escolar desempenham um papel central no fortalecimento da literacia em saúde (PNSE, 2014). A literacia em saúde é um recurso para os indivíduos e para as comunidades.

Considerando o carácter profissionalizante da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, as unidades de estágio revestem-se de especial importância, pois é na componente prática que é possível consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro, já adquiridas ao longo da prática profissional. Para além disto, este estágio foi fundamental no processo de aquisição e desenvolvimento das competências previstas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, o

diagnóstico de situação de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011).

Este relatório tem como objetivos:

- Avaliar a concretização do projeto de estágio, bem como as estratégias e intervenções selecionadas;
- Descrever e analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Contribuir para a aquisição e consolidação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
- Realizar uma avaliação global, crítico-reflexiva, do estágio;
- Identificar as competências adquiridas, solidificar;
- Dar cumprimento a um imperativo da avaliação do estágio e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O presente relatório foi construído com base numa análise descritiva, crítica e reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; à utilização dos apontamentos feitos durante o estágio com vista à consulta e reflexão sistemática; a reuniões tutoriais com a Professora Orientadora procurando orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio e da redação do presente relatório; à análise comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados; e à análise comprometida com a aquisição de competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Do ponto de vista estrutural, este relatório está organizado em duas partes, para além da presente introdução. Na Parte I é apresentado o Enquadramento Conceptual que comporta um quadro de referência relativamente à temática da Adolescência, da Sexualidade, das Fontes de Informação, da Promoção e Educação para a Saúde, da Enfermagem Comunitária e do Planeamento em Saúde. A Parte II é designada por Intervenção Comunitária e inicia-se com uma breve caracterização do local de Estágio, a Escola Secundária de São Lourenço; o seu desenvolvimento segue as etapas do Planeamento em Saúde, procurando explicitar o diagnóstico de situação efetuado, os problemas identificados e necessidades determinadas, os objetivos fixados e as estratégias e atividades utilizadas para os alcançar; depois são descritas e analisadas todas as atividades realizadas no decorrer do estágio, fazendo uma avaliação das

mesmas. No capítulo seguinte é feita uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, estabelecendo a ligação entre o projeto desenvolvido e as respetivas mais-valias para alcançar a competência a que se relaciona o grau de Especialista em Enfermagem Comunitária.

Por último apresenta-se a conclusão, que pretende elucidar para os principais ganhos deste Mestrado, assim como para as dificuldades e obstáculos superados, efetuando uma análise critico-reflexiva efetiva de todo o processo percorrido para a construção deste relatório.

De referir que os diferentes apêndices foram colocados num cd que acompanha o trabalho.

Durante a elaboração deste documento, prevejo dificuldades que se prendem com a tradução em palavras, de modo sucinto e objetivo, da riqueza das experiências que ao longo deste período contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional bem como na sua estruturação, no sentido da consecução de uma articulação lógica, sequencial e apelativa à leitura deste relatório.

Este documento foi elaborado de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 - A ADOLESCÊNCIA

1.1 - CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA

O processo de transformação que ocorre na passagem de uma criança a adulto ainda não está completamente esclarecido. As transformações que se observam ao longo do processo podem ter uma ordem de manifestação diferente de pessoa para pessoa. Não são os limites cronológicos, mas sim os psicológicos, sociais e culturais traçados pela capacidade activa e interativa do indivíduo, que delimitam este período.

A adolescência é um período do desenvolvimento individual muito significativo. É determinada tanto histórica como culturalmente com fronteiras cronológicas difíceis de precisar não só nos seus contornos como nos seus conteúdos. Parece ser mais ou menos consensual, que o início aconteça com as alterações psicobiológicas da puberdade, apesar de poderem acontecer a um ritmo diferente de indivíduo para indivíduo. Mas, sendo a puberdade um fenómeno universal, este critério é pouco preciso, uma vez que o seu início cronológico pode não coincidir em todos os povos, dado que a sua evolução, de acordo com Reymond - Rivier, (1977) sofre a influência de múltiplos fatores, como o sexo, a alimentação, a raça, os hormonais, a hereditariedade, o clima, o meio socioeconómico e a própria cultura onde se está inserido. Mas se o seu início é difícil de precisar, o seu fim é ainda mais difícil de determinar, pois não há nenhum acontecimento biológico que indique a entrada na vida adulta.

Logo, saber com precisão quando o processo da adolescência está concluído é difícil, isto devido ao facto, segundo Ceballos (1999), dos anos seguintes à adolescência se caracterizarem muito mais pela maturação psicológica do que pela maturação física. O psicológico é mais subjetivo sendo por isso difícil precisar em que momento se atinge a maturidade psicológica própria do adulto. A OMS considera, na maioria dos documentos, a adolescência como o período do ciclo vital que decorre entre os 10 e os 19 anos, embora se encontrem documentos onde estejam incluídos os grupos etários até aos 24 anos, por estes motivos.

Para López e Fuertes (1999), a adolescência é relatada como *um período* da vida onde acontecem alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que oferecem ao indivíduo uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia.

Fleming (1993) define a adolescência nestes termos:

“Após um longo período de imaturidade, dependência e proteção, o filho do homem conhece, num curto período de tempo, um surto rápido de crescimento – a puberdade – que pelas mudanças biológicas, fisiológicas, cognitivas e outras, o prepara finalmente para a autonomia. No entanto, uma longa moratória o aguarda antes do reconhecimento do seu status de adulto.”

A adolescência define-se pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelo empenho do indivíduo em atingir os objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e a sua personalidade, alcançando progressivamente a sua independência económica e a integração no seu grupo social.

Segundo a OMS, a adolescência é definida como um período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. É um período em que ocorrem grandes modificações físicas, psicológicas e sociais que afetam o indivíduo e o seu desenvolvimento. É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e consequente reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade.

A adolescência inicia-se com as transformações fisiológicas da puberdade e é condicionada por fatores de ordem social e cultural em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional, o que permite ao indivíduo a sua integração no mundo adulto (Costa, 1998). Previsivelmente considera-se que a adolescência termina quando o jovem atinge a maturidade social e emocional e adquire a experiência, a habilidade e a vontade, características necessárias para assumir o papel do adulto, de acordo com os padrões culturais do meio onde vive.

A adolescência é uma época da vida marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais. É um processo dinâmico. É o período de transição entre a infância e a vida adulta. Inicia-se quando surgem os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e acaba com a realização social da situação de adulto independente. No ocidente, este período corresponde à época entre os 12 e os 20 anos,

contudo existem oscilações desta fase etária que são impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais. E, ainda no mesmo meio podemos encontrar diferenças de indivíduo para indivíduo, há puberdades muito precoces e outras muito tardias. Por outro lado, uma mesma pessoa em diferentes momentos da vida tem diferentes ritmos de maturação.

A adolescência é um termo muito abrangente que designa o conjunto das transformações corporais e psicológicas que acontecem entre a infância e a idade adulta. A puberdade associa-se sobretudo ao lado orgânico da adolescência, em particular, ao aparecimento da função sexual. Assim a puberdade é considerada como um conjunto de fatores que tornam possível a reprodução e, diz respeito a um misto de transformações hormonais com implicações morfológicas e fisiológicas, cujo início põe termo à infância e cujo fim origina um indivíduo com características morfológicas e fisiológicas adultas. (López e Furtes, 1998). A adolescência tem início com a puberdade e termina quando se alcança a maturação física, psicológica e social.

Para Velasco (1998) a adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional e social da pessoa. É um período crítico para a formação de valores e padrões de conduta uma vez que se caracteriza por uma maior rebeldia, busca de independência e visão diferenciada da vida.

Nesta fase o adolescente vive na busca de definição e de identidade pessoal, movido por dois tipos de forças, internamente pelo intenso funcionamento glandular e exteriormente condicionado por diversos fatores sociais que o envolvem. Este violento desentranhar e afirmar das próprias virtualidades imanentes, facilmente gera conflitos internos e sociais (Bernardo, 1987).

Anna Freud afirma:

“É normal que o adolescente se comporte de maneira inconsciente e imprevisível. Lutar contra os seus impulsos e aceitá-los; amar os seus pais e odiá-los; ter vergonha de os assumir perante os outros e querer conversar com eles; identificar-se e imitar os outros enquanto procura uma identidade própria” (Pereira e Freitas, 2001).

Os adolescentes apesar de viverem interiormente esta fase como um turbilhão têm uma energia impressionante. São muito sensíveis ao sentido da justiça, aos valores estéticos, da simplicidade e generosidade, apreciando a verdade e a coerência, embora experimentem quanto isso é difícil. E note-se que os seus critérios sobre estes valores só ocasionalmente coincidem com os dos adultos (Bernardo, 1987). Mas também há momentos na vida do adolescente que podemos concluir como sendo desagradáveis. O processo de autonomia e a

necessidade de independência está muitas vezes associado a certos traços de rebeldia (Martí et al, 1996) com consequências muitas vezes prejudiciais para o próprio adolescente, sendo que, o que o adolescente muitas vezes necessita é de uma dose especial de atenção e de afeto.

A adolescência é um tempo de transição. Antigamente era considerada apenas como a transição entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adulta atribuída ao jovem. Depois da maturidade sexual, o novo adulto trabalhava, casava e tinha filhos. Hoje é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida.

A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976), sendo que só a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento.

A definição do conceito de adolescência é muito complexa e, se é difícil assinalar o seu início, maior é a dificuldade em identificar o seu final. Este processo estará concluído quando o jovem conseguir concretizar uma série de tarefas de desenvolvimento, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade.

A adolescência considera-se um período de rápidas mudanças tanto exteriores como interiores. É nesta fase que se conquista autonomia, que se constrói a identidade, que se define a orientação sexual e que se elaboram projetos para o futuro. É também agora que a afetividade deixa de estar circunscrita à família e se estende noutros sentidos, resultando daí amizades entre jovens de sexos diferentes e os primeiros enamoramentos e paixões vividas com grande intensidade e emoção (Vaz, Cardoso & Pinto, 1992). A adolescência é um processo dinâmico e não é apenas uma preparação para a vida adulta. Os adolescentes são pessoas com qualidades e características específicas e individuais a quem cabe desempenhar num momento particular da vida, de forma responsável e empenhada, papéis e tarefas que os ajudem a desenvolver as suas capacidades (Rivier, 1997; Blos, 1985; Marcelli & Braconnier, 2000).

Caracterizar a adolescência não é fácil, porque aos fatores biológicos específicos desta faixa etária juntam-se as influências do ambiente familiar, social e cultural onde o adolescente está inserido e se desenvolve. Também as alterações que ocorrem a nível do desenvolvimento cognitivo, social e moral, bem como a nível da identidade pessoal, de grupo e sexual vão ter um grande impacto no desenvolvimento global do adolescente, uma vez que futuramente lhe vão permitir entrar no mundo dos adultos (Claes, 1990).

A adolescência não ocorre de forma idêntica em todos os indivíduos, pelo que podemos falar não de uma adolescência mas de diferentes adolescências, conforme a infância de cada um, cada fase de maturação, cada família, cada época, cada cultura e cada classe social (Fleming, 1993; Sampaio, 1994).

A adolescência termina com a construção da autonomia e com a aquisição da identidade pessoal e sexual. É neste momento que acontece a consolidação da representação de si próprio e de formação do carácter, no qual o adolescente toma consciência da sua individualidade e da capacidade para orientar a sua própria vida aceitando compromissos e desafios, fazendo as suas escolhas pessoais, profissionais, amorosas e de amigos.

Os contextos criados pela família e pelo grupo de pares interagem com as transformações físicas e cognitivas, da maioria dos adolescentes, de forma a permitir-lhes a construção de uma identidade individual, adequada a uma vida autónoma, responsável e competente na sociedade adulta (Sampaio, 1994).

1.2 - VIVÊNCIA DAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS

A adolescência é uma nova fase da vida. É nesta fase que começam as grandes transformações no corpo, na forma como os jovens se vêm a eles próprios, como vêm a vida e entendem as pessoas. Podemos considerar esta fase como um salto de crescimento para a sociedade. É um período de transformações profundas, quer ao nível do corpo quer ao nível das relações com os pais e com os outros. É um período de dificuldades e conflitos relacionados não só com as transformações vividas mas também com as novas experiências, sonhos, projetos e expectativas.

As transformações físicas que ocorrem no corpo, acompanhadas pelas mudanças hormonais e pelo desenvolvimento sexual que se reflete na esfera psíquica (sentimentos e impulsos que experimentam) confundem o adolescente. A fusão destas transformações com as variações culturais, educacionais e ambientais marcam o rumo da vida do adolescente.

O facto do corpo se desenvolver a um ritmo desigual nos rapazes e nas raparigas vai produzir circunstâncias de socialização de particular relevância na sua vida e nas suas formas de conviver. (Martí, 1996). Ainda na opinião do mesmo autor, o culto pelo corpo e a preocupação pela sua aparência é importante para a imagem e autoestima do adolescente. De todas as mudanças que ocorrem na adolescência, o aumento do impulso sexual acompanhado de sentimentos e ideias novas é, dos mais característicos. (Cunha, 2000). Para os adolescentes

uma das tarefas mais difíceis de realizar nesta altura, é a de lidarem com a sexualidade nascente e conseguirem ajustá-la ao seu sentido de identidade e aos seus valores, sem conflitos ou ansiedades excessivos. (Cunha, 2000). Este “despertar de pulsões com as quais ainda não sabem lidar e a necessidade de se distanciar das suas imagens de referência geram sentimentos de grande insegurança e por vezes inadaptação.” (Pereira e Freitas, 2002).

A adolescência define a afirmação de si mesmo e a abertura aos outros e, apesar de o grupo de pertença ainda ter o domínio monossexual, é aqui que começam a surgir espaços e possibilidades de se estabelecerem relações de convívio e de amizade com adolescentes do sexo oposto. Neste seguimento podem também surgir os primeiros relacionamentos amorosos quase sempre de breve duração. É nestas circunstâncias que pode acontecer a primeira experiência sexual a dois e, pode traduzir-se numa série de comportamentos que podem ir “desde as carícias até às relações sexuais com ou sem penetração” (Frade *et al*, 2003). Ainda na opinião destes autores, “estes comportamentos dão-se de uma forma frequentemente não programados, acompanhados por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas não vivenciadas e desejadas.”

As raparigas experimentam um sentimento misto de vergonha e orgulho em relação à forma sexuada que o seu corpo começa a ter, como seja o desenvolvimento das glândulas mamárias, o aparecimento de pêlos púbicos e axilares, a menstruação. No entanto, sentem medo de não ser aceites pelos rapazes por receio de não serem interessantes ou não serem suficientemente atraentes (por serem gordas ou magras, altas ou baixas ou devido ao acne) para arranjar um namorado.

Os rapazes têm também o desejo de crescer e de se tornarem adultos mas, também têm receios. Têm medo que o seu corpo não seja suficientemente masculinizado no que se refere à altura, desenvolvimento muscular, tamanho do pénis, pêlos púbicos, barba, desenvolvimento das glândulas mamárias. Os rapazes receiam não conseguir satisfazer uma mulher na relação sexual e, também sofrem por não serem atraentes fisicamente.

1.3 - SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em Portugal, segundo a Direcção-Geral da Saúde (2005), as primeiras experiências de atendimento aos adolescentes surgiram nos anos 80, em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalares. No entanto, só nos últimos anos se têm adotado medidas adequadas de prestação de cuidados de saúde a este grupo. Baseando-se na preocupação pela adequação

dos cuidados de saúde, o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), inserido no Plano Nacional de Saúde (2004), estabelece como uma das suas prioridades a adaptação progressiva dos cuidados de atendimento pediátrico às especificidades do atendimento/acompanhamento dos adolescentes (Administração Regional de Saúde do Norte, 2007).

As alterações corporais, a busca da identidade, o desenvolvimento do pensamento, a evolução da sexualidade e a necessidade de ter novas experiências, fazem dos adolescentes um grupo que tem características e necessidades próprias merecendo especial atenção por parte dos profissionais de saúde. Assim torna-se necessário o desenvolvimento de cuidados de saúde personalizados ao adolescente e que tenham por base todo um conjunto de particularidades inerentes à fase de vida que o adolescente atravessa. Isto porque a escolha de estilos de vida que é efetuada durante a juventude é decisiva, ainda que as suas consequências apenas se comecem a evidenciar na idade média da vida (Mota, 2011).

A abordagem dos adolescentes não é fácil. É preciso haver motivação por parte deles para que recorram aos serviços e aos profissionais de saúde quando necessitam. Muitas vezes, a vitalidade que está associada à adolescência impede a perceção da necessidade de recorrer à ajuda de profissionais de saúde, criando também resistência à adesão de recomendações por parte dos técnicos e ao apoio prestado pelos serviços de saúde. Quando são os adolescentes que procuram os cuidados de saúde, muitas vezes é para discutir preocupações sobre uma possível gravidez ou para procurar um método contraceptivo. Os adolescentes receiam que os profissionais não tenham competências para lhes dar uma resposta adequada às suas necessidades e temem que a sua privacidade e confidencialidade não sejam respeitadas. (Stanhope, 1999).

Segundo Frاسquilho (1996), a transição da família alargada para a nuclear e, atualmente, para a monoparental, deixou muitos jovens sem as orientações necessárias quanto a modelos, a afeto, a nitidez de limites e ao apoio que os orientasse para uma vivência saudável de novos comportamentos, com o garante de que muitos comportamentos prevalentes para a saúde são iniciados nesta fase da vida, tais como a atividade sexual.

São vários os autores que referem a importância de apostar em estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nas escolas. Estas estratégias são um importante contributo para a formação pessoal e social dos adolescentes. O consenso sobre a importância da educação sexual como meio de promoção da saúde nas escolas tem vindo a acentuar-se e, deu origem a um modelo de intervenção nas escolas que permitiu ganhos em saúde nos adolescentes portugueses. É por isso da máxima importância a criação de condições

para que nos diferentes contextos sociais, os adolescentes desenvolvam capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos assentes nos valores e nas atitudes face à sexualidade.

Steinberg (1999) refere que a maioria dos jovens está preparada para lidar com as mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais da adolescência e ultrapassá-las com sucesso.

2 SEXUALIDADE HUMANA

Ao longo dos tempos, a sexualidade foi referenciada pela arte, através dos poetas, da pintura, da escultura e pelas crenças religiosas, através da igreja. Mais tarde passou para a medicina e converteu-se em ciência legitimadora da moral sexual, fazendo questionar as crenças morais e levando aos avanços científicos na sociedade atual (Vaz, 1993).

Michel Foucault foi um dos médicos a interessar-se pela sexualidade. A teoria médica veio introduzir a ideia de exprimir livremente o prazer da sexualidade. De acordo com Foucault (1994), as práticas da confissão levaram uma grande parte dos católicos a considerar toda a relação sexual como uma falta de controlo, todo o prazer sexual como um erro, incluindo o prazer conjugal. A confissão católica foi sempre um meio de regular a vida sexual dos crentes. (Vaz, 2011).

A partir de meados do século XIX, as ideias médicas começam a fazer-se ouvir contra a rígida moral de então, afirmando, entre outras ideias, que a masturbação não causa doenças físicas, podendo apenas levar a perturbações a nível das relações sexuais heterossexuais (Vaz, 2011).

A comunidade científica começa a dedicar mais atenção aos temas sobre sexualidade. Freud através do seu livro “Os Três Ensaio”, procurou demonstrar que as características sexuais associadas à perversão não se restringem às pessoas ditas anormais, e são qualidades comuns à sexualidade humana. Freud foi o criador da Psicanálise, onde a sexualidade ocupa lugar de destaque (Pereira, 1993). Foi necessário ter surgido Freud para que a sexualidade passasse a ser considerada e se manifestasse, ainda que de formas diferentes, durante toda a vida do indivíduo.

Segundo Vaz (2011), a sexualidade esteve muitos anos nas mãos da arte e das crenças religiosas e, mais recentemente, da medicina, adquirindo um novo estatuto com o aparecimento da Psicanálise.

Hoje, a sexualidade é entendida como uma das principais motivações para as interações humanas e como um dos principais condutores na estruturação das relações com o outro.

2.1 - CONCEITO DE SEXUALIDADE

Ao longo da história da sexualidade podemos assistir à perspectiva tradicional, onde predominava a moral e em que a única finalidade da sexualidade era a reprodução. No final do século XIX surgiram novas perspectivas ligadas a áreas científicas como a psicanálise e a antropologia. Daqui resultou reconhecimento da sexualidade como uma componente importante do desenvolvimento do indivíduo durante toda a vida.

Em Portugal, a sexualidade também era apenas para homens. Havia o culto da virgindade, a sexualidade da mulher ficava reservada ao casamento. Através do casamento era celebrado um contrato e, tornava-se possível o exercício da sexualidade. (Vaz, 2011)

A sexualidade na adolescência surge como resultado das alterações ocorridas na puberdade, em que as modificações corporais trazem consigo o aparecimento do desejo sexual e com ele o despertar da sexualidade. Todos estes fatores, biológicos, psicológicos, sociais e culturais vão condicionar o pensamento do adolescente, os seus sentimentos e a sua sexualidade. O aspeto físico do adolescente também se modifica e assinala uma transformação profunda na constituição do jovem. A sexualidade deve ser entendida como um conjunto dinâmico de características que se vão desenvolvendo ao longo do ciclo vital e é permeável tanto a mudanças internas como externas (Cordeiro, 1997; Campos, 1996).

No início da adolescência, o sexo oposto, anteriormente assumido como simples companheiro de brincadeiras, começa a despertar interesse, adotando uma parceria num jogo de puberdade, agora erotizado. E, apesar de alguma timidez, vergonha e pudor diante do seu novo corpo, raparigas e rapazes começam a orgulhar-se da sua força e do seu aspeto físico. (Blos, 1985).

A sexualidade deverá ser entendida como um processo de construção individual onde surgem dúvidas e hesitações, É formada por experiências e aprendizagens de vida positivas e negativas e, onde são criados laços suficientemente fortes que permitam a transformação e experienciar uma sexualidade global (López & Fuertes, 1999; Braconnier & Marcelli, 2000).

Para Matos (2000) “...a sexualidade é um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano...”. A sexualidade é uma componente fundamental do desenvolvimento da personalidade e da identidade que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico mas, também, no plano psicológico, influenciando toda a sua expressão com a finalidade da complementaridade dos sexos.

Pacheco (1998) considera difícil definir a sexualidade e diz que uma definição não pode ser encontrada a partir de um único ponto de vista ou de uma só ciência. A sexualidade é influenciada pelo cruzamento de várias dimensões, a cultura, o tempo e o lugar onde vivemos, a educação recebida, a saúde física e psíquica, os processos da interação indivíduo/ambiente e, também é influenciada pelos efeitos positivos de uma estimulação e apoio emocional adequados, tanto no ambiente familiar como na escola (López & Fuertes, 1999; Sprinthall & Collins, 1999; Magalhães, 2000).

A sexualidade deve ser entendida, não apenas do ponto de vista da procriação, mas, também, como fonte de prazer e de comunicação, seja com os pais, com os filhos, com o cônjuge ou parceiro, com amigos, colegas, com todos aqueles com que nos relacionamos. Assim, as particularidades do desenvolvimento físico e psicoafectivo de cada pessoa, bem como as influências dos numerosos fatores socioculturais, fazem da sexualidade um percurso variável de indivíduo para indivíduo (Machado, 2000; Milheiro, 2000).

A atividade sexual orientada para o prazer tem sido cada vez mais assumida em oposição à função de reprodução, em virtude da sociedade atual ser mais liberal. (Pacheco, 1998; López & Fuertes, 1999).

Segundo a OMS, a sexualidade é

“uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

Sexualidade é a energia que motiva para o amor, é contacto, carinho e intimidade e expressa-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, podendo, por isso, ser considerada igualmente como sensualidade (Loureiro, 1990). Langfeldt e Porter (1986) consideram que a saúde sexual é um direito humano fundamental e que a sexualidade não é sinónimo de atividade sexual, não podendo, por isso, reduzir-se à vida erótica. (Vaz, 2011).

A sexualidade possui uma vertente emocional e é um elemento essencial na formação da identidade global, do autoconceito, da autoestima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Ela é também uma componente essencial no relacionamento com os outros, nomeadamente no domínio amoroso. (López & Fuertes, 1999). Ao nível da identificação, a sexualidade assume um papel importante, na medida em que nos faz sentir biopsicossocialmente homens ou mulheres, na reprodução, porque é através das relações sexuais que, salvo casos especiais, um homem e uma mulher podem ter um filho, na relação amorosa, porque a sexualidade é uma forma de expressão física do nosso amor e reforça a

relação amorosa, no desejo e prazer, porque a sexualidade é responsável por desejos intensos e por um prazer muito grande que habitualmente acompanham os pensamentos e as atividades sexuais (Miguel, 1995).

O percurso sexual é influenciado inicialmente pela família, pelos colegas do mesmo sexo e pelos meios de comunicação social, verificando-se, no entanto, que a família começa a perder o controlo em vários domínios, enquanto os meios de comunicação reforçam os papéis convencionais da vida adulta ligados à identidade sexual. (Vaz, 2011)

2.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Com a chegada da puberdade, o organismo é invadido pela força das transformações biológicas e tomado por impulsos sexuais que determinam o início do processo da adolescência. A sexualidade faz parte do conjunto de transformações que caracterizam este período de vida, transformações essas que resultam do desenvolvimento sexual e que visam o desenvolvimento da sexualidade. O adolescente é invadido por uma grande energia sexual manifestada através de impulsos sexuais intensos e difíceis de controlar, até aí impercetíveis, e que o levam a sentir a necessidade e o desejo intenso de estabelecer uma relação afetiva e especial com outra pessoa, geralmente designada por “estar apaixonado” (Sousa, 2000).

Freud, referiu a adolescência como sendo o período da genitalidade, no qual a libido, que há alguns anos se mantinha latente, é revivida. Tanto ao nível da realidade concreta, como do imaginário e simbólico, destaca-se a problemática do corpo. O adolescente, ao ser tomado por este turbilhão de transformações passa a sentir-se estranho, não consegue compreender o que se está a passar consigo. Por outro lado os impulsos sexuais até então desconhecidos chegam à sua perceção, crescem os desejos e as fantasias, sem que os jovens sejam capazes de os concretizar. (Sousa, 2000).

Na adolescência desenvolvem-se diversos períodos mediatizados pelas transformações corporais e psíquicas. A rapidez do crescimento biológico não é acompanhada pela lentidão do crescimento psicológico. Observa-se, nesta fase, um crescimento desarmonioso entre as diversas partes do corpo, de que resulta uma discrepância entre a realidade externa física e especialmente no que se relaciona com as transformações ao nível dos caracteres sexuais, e a realidade interna psíquica.

A primeira fase é de adaptação a um corpo que muda todos os dias e que do ponto de vista erótico, assume uma dimensão narcísica (é olhado e inspecionado), é um modo de

expressão simbólica dos conflitos e modo de relação (identidade sexual, de grupo) e, é um marco na construção da identidade. Os jovens vivem o início da adolescência num estado de alguma confusão e incoerência, entre o que lhe era conhecido e familiar, na adolescência, e as transformações pelas quais está a passar. Neste período surge uma sexualidade genital caracterizada pelo autoerotismo. O jovem, nesta fase, está muito voltado para si e para o seu próprio corpo. (Levisky, 1995). A masturbação é um comportamento sexual frequente neste período. Nesta fase, o erotismo continua ainda auto – concentrado. Os amigos continuam a ser do mesmo sexo. (Sousa, 2000).

Numa segunda fase, o distanciamento em relação ao sexo oposto é gradualmente substituído pela aproximação. Os grupos tendem a ser partilhados pelos dois sexos e não apenas por um, embora, paralelamente a estes grupos de coexistência sexual, sejam mantidos os grupos unissexuais anteriores. Para Félix e Marques (1995), é frequente, nesta fase da adolescência, ocorrerem as primeiras experiências de relações sexuais com penetração. Mas na maior parte das vezes, estas têm carácter esporádico e sem compromisso.

No final da adolescência, com o processo de maturação fisiológica concluído, os jovens são já portadores de um corpo e de uma identidade praticamente adulta. A vivência sexual dos adolescentes passa a assumir muitos traços da vivência sexual dos adultos. Estabelecem-se relações amorosas duradouras e, alguns casam ou coabitam, completando assim, o seu processo de autonomia face à família de origem. (Sousa, 2000).

Todos os seres humanos têm impulsos sexuais e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento sexual é condicionado e controlado pelo contexto sócio/cultural. Diferentes idades e diferentes sociedades compreendem diferentes formas de comportamento sexual.

A sociedade tem-se vindo a tornar mais tolerante. Alguns adultos reconhecem que a vivência sexual dos jovens é algo de inevitável e positivo para o seu desenvolvimento posterior, mas há outra parte que continua a olhar para os comportamentos sexuais dos adolescentes, sobretudo o das raparigas, como um perigo, uma nova desordem amorosa que deve ser controlada. E, talvez a maioria dos adultos se encontre num misto de confusão e de impotência face às transformações que aconteceram nos comportamentos sexuais dos jovens nas últimas décadas. (Sousa, 2000).

2.3 MITOS E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE

A nossa sociedade é ainda muito marcada por mitos e crenças relacionados com a sexualidade. Foram já efetuados muitos estudos onde se demonstra que os mitos e as crenças não passam de opiniões deturpadas e de conceitos falsos, que podem ter repercussões graves nas vivências e no desenvolvimento dos indivíduos. Os mitos e as crenças são o reflexo de uma tradição social que se foi construindo ao longo do tempo e que os tornou em verdades indiscutíveis e, se algumas representações são inocentes para o ser humano, outras revestem-se de tal gravidade que necessitam ser constantemente questionadas e divulgadas, de forma a poderem ser desmitificadas.

Em cada cultura, existem aprendizagens específicas sobre sexo e sexualidade que são baseadas em crenças, valores e regras e, a ignorância em relação a muitos assuntos relacionados com a sexualidade humana contribui para perpetuar esse mitos e essas crenças erradas.

Segundo Duran & Cristina (citados por Leitão & Ramoa, 2011), vivemos ainda num mundo machista onde continua a existir a ideia de que cabe ao homem a responsabilidade do funcionamento sexual eficiente e se tal não acontece ele menospreza-se. Por outro lado, a mulher é vista como aquela que deve satisfazer o homem, deve ser romântica e saber reprimir os seus impulsos sexuais naturais, a mulher deve ser delicada, meiga e frágil.

As experiências sexuais precoces continuam a ser aceites nos rapazes, enquanto nas raparigas o que se pretende é evitar a prática sexual até ao casamento (Flores e Amorim, 2011).

“(...) A tendência feminina diante do relacionamento conjugal é manter e garantir o prazer masculino, deixando para segundo plano a atenção sobre si mesma. Mesmo estando infeliz, ela não revela [as] suas frustrações, pois teme que, ao fazê-lo, o homem se sinta menos homem, o que pode trazer instabilidade ao casal.” (Leitão & Ramoa, 2011).

Estas diferenças surgem por influência da educação, a mulher é, muitas vezes, educada a não mostrar os seus desejos, mas sim a responder ao amor, enquanto o homem é ensinado desde pequeno, a apreciar a aparência das mulheres e a provar que é homem através de um comportamento sexualmente ativo.

Segundo Flores e Amorim,

“Para o homem, sexo e amor são [...] antagónicos; enquanto para a mulher, devido à educação que recebeu, uma coisa complementa a outra. Eles conseguem obter prazer com mulheres pelas quais não têm algum sentimento, ou seja, que não amam [...]. Culturalmente é passada à mulher a ideia de que só se pode relacionar sexualmente com quem ama, sendo, a partir daí, o prazer sexual associado ao

sentimento de amor. Dessa maneira, algumas passam a ter dificuldades em expressar sua falta de prazer, pois estariam a assumir a inexistência do seu amor pelo companheiro.”

Os pais são os primeiros e dos mais importantes agentes de socialização. Contribuem de forma significativa para que os filhos interiorizem, desde cedo, representações sobre a diferença entre homens e mulheres. Os padrões tradicionais influenciam muito a socialização das crianças e as suas crenças sobre as diferenças de género, temos o exemplo da cor dos cobertores dos bebés, azul para rapaz e rosa para rapariga.

Nos dias que correm as diferenças entre os comportamentos masculino e feminino estão mais atenuadas e a sociedade está já familiarizada com atitudes que antigamente não eram aceites. Apesar de toda a evolução, muitos mitos relacionados com a sexualidade permaneceram ao longo do tempo e chegaram até nós e, continuam a influenciar os indivíduos e a maneira como vivem e julgam questões relacionadas com a sexualidade. (Leitão & Ramoa, 2011).

É função dos pais e dos educadores fornecer informação adequada e desconstruir as ideias infundadas. Uma educação sexual assente nestes princípios contribuirá para que os jovens possam agir de forma crítica e responsável e possam vivenciar a sua sexualidade de forma mais saudável e gratificante. (Leitão & Ramoa, 2011).

2.4 - GRAVIDEZ E CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência constitui uma fase de desenvolvimento caracterizada por profundas transformações a nível físico, psicológico, afetivo, social e familiar.

A gravidez na adolescência é um fenómeno universal, que tem as suas origens no passado e nos acompanha ao longo dos anos. A incidência da gravidez na adolescência é variável consoante os países e as culturas. A gravidez nas adolescentes, nas sociedades ocidentais, é encarada como um comportamento que acarreta consequências negativas para o/a adolescente.

Segundo a OMS, a gravidez na adolescência corresponde à gestação que ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade.

Para Vilar (2003:309)

“a gravidez na adolescência é um acontecimento não desejado quer pelos jovens quer pelos seus progenitores, por motivos que se prendem essencialmente quer com a formação académica e profissional dos jovens, quer por acontecer numa altura

em que os jovens necessitam, como afirma um pai, de “tempo e de espaço para crescerem”, para viverem a meninice ou ainda porque se supõe que não terão recursos, maturidade e responsabilidade para educarem um filho”.

Segundo Justo (2000; citado por Leal, 2006) “A adolescência é, então, um período em que a fertilidade é biologicamente possível mas socialmente desfavorável.”

São fatores de risco para uma gravidez na adolescência o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, companheiro e família, a ausência de planos futuros, e a repetição do modelo familiar (mãe também adolescente).

Outros fatores também associadas com a maternidade na adolescência são o início precoce da atividade sexual, a baixa autoestima, o abuso de álcool e drogas, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado da contraceção.

No jovem adolescente existe ainda um sentimento de invulnerabilidade relativamente ao risco de engravidar. Os pensamentos mágicos de constituir família, de agradar ao namorado/a, o querer ser adulto ou imitar os progenitores são sentimentos que contribuem para uma maternidade precoce no período da adolescência.

Segundo Figueiredo *et al* (2006; citado por Leal, 2011)

“A gravidez na adolescência parece ser mais prevalente nas classes socioeconómicas mais desfavorecidas, em famílias disfuncionais, como no caso de pais ausentes ou separados, e nalguns ambientes de risco, como a promiscuidade sexual ou abuso de drogas. A baixa escolaridade, a imaturidade psicológica, bem como a iniciação sexual precoce, associadas ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e contraceção levam a uma maior incidência de gravidez na adolescência. Por último, a vontade de engravidar é, ainda, outro fator de risco a considerar.”

Menezes (1996; citado por Leal, 2011) afirma que “o desejo de engravidar, a gravidez como estratégia de inserção no mundo adulto, a ideologia da maternidade e o desamparo emocional, também têm de ser considerados.”

Segundo Rodrigues (2010), “a gravidez na adolescência, habitualmente mal vigiada, tem sido associada a maior morbilidade materna e fetal podendo interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social sendo considerada um problema de saúde pública.”

No entanto “é possível diminuir a incidência de todas essas complicações, tanto para a mãe como para o filho, se a gestante iniciar uma vigilância pré-natal precoce.” (Leal 2011) E, se a grávida adolescente for acompanhada e seguida em consultas programadas, as taxas de complicações são semelhantes às do grupo de grávidas não adolescentes.

Segundo Leal (2006) “as medidas mais eficazes para reduzir a gravidez na adolescência seriam as que visam uma educação sexual plena, incentivando um atraso no início da

atividade sexual e uma vida sexual consciente, com conhecimentos corretos sobre sexualidade e contraceção”.

A contraceção é utilizada no planeamento familiar, através de um conjunto de processos que têm como finalidade evitar que a mulher engravide quando tem relações sexuais. (Miguel, 1994:62). A mulher tem o direito ao exercício da sua sexualidade, sem que isto implique ficar grávida. A contraceção é utilizada como medida preventiva, ou pelo menos deveria ser, sempre que se verifiquem relações sexuais e não se deseje uma gravidez.

A descoberta de métodos contraceptivos eficazes e económicos de controlo dos nascimentos, permitiu a possibilidade de modificações profundas no comportamento sexual e, ofereceu ao homem e à mulher um papel ativo e consciente na tomada de decisão sobre ter ou não ter filhos. Existem vários métodos contraceptivos adequados para os adolescentes, no entanto deve sempre ter-se em conta fatores pessoais, culturais e ambientais, a idade do adolescente, e os seus hábitos sexuais (frequência das relações sexuais, numero de parceiros e os possíveis riscos).

Estudos confirmam que muitos adolescentes não casados são sexualmente ativos, ainda que muitos destes não tenham relações sexuais frequentes. Segundo Cordeiro (1998), a maioria continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações e em muitas das relações ocasionais.

Com o surgir do instinto sexual, que vai provocar no adolescente modificações profundas no conjunto de uma vida afetiva e da sua personalidade, muitos jovens decidem tornar-se sexualmente ativos. (Whaley e Wong ,1999) Porém, e de acordo com Vilar (1992), esta decisão na maioria das vezes não é acompanhada de medidas contraceptivas adequadas e, as razões que levam os jovens à não utilização dos métodos contraceptivos são as relações sexuais esporádicas, a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a própria sexualidade, já que muitos jovens têm crenças erradas sobre a sexualidade.

É importante que todos os adolescentes, e principalmente os sexualmente ativos, estejam informados de que uma gravidez pode acontecer quando houver apenas uma relação sexual ou nas relações sexuais com coito interrompido e devem estar alertados para as consequências de ser mãe adolescente ou fazer um aborto.

Cordeiro (1998) afirma que, uma maior informação dos adolescentes, em idades mais precoces, em relação à sexualidade, não se traduz por um maior número de relações em idades mais jovens; pelo contrário, verifica-se um adiamento das primeiras relações e uma maior proteção aquando dessas mesmas relações. Está provado que gostar de si próprio e do seu

corpo leva o adolescente a tomar mais cuidado com o que eventualmente possa vir a acontecer (1998:83).

A utilização de contraceção pelos jovens, aumenta à medida que estes vão estabilizando e regularizando os seus contactos sexuais. Contudo, mesmo em relações regulares o uso de contraceção ainda não é regular e sistemático. As relações sexuais desprotegidas também expõem os adolescentes a um elevado risco de contrair doenças de transmissão sexual.

A educação sexual visa a aquisição de comportamentos sexuais saudáveis. Compete à família, à escola e às instituições de saúde contribuir para a formação dos adolescentes.

2.5 - INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A ocorrência de uma relação sexual desprotegida pode conduzir a uma gravidez indesejada no caso de uma relação heterossexual, mas também à transmissão e aquisição de uma IST e DST se ocorrer com um indivíduo infetado (WHO, 2007). As IST e DST, por serem muitas vezes assintomáticas e por isso não tratadas, contribuem para a existência de doenças crónicas que afetam negativamente a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos (Miranda e col., 2003). Os novos casos de IST e DST entre os adolescentes têm vindo a aumentar, ainda que muitas IST e DST permaneçam subnotificadas.

As infeções e doenças sexualmente transmissíveis sempre afetaram a humanidade, são responsáveis por muitas mortes e causadoras de epidemias. As infeções e doenças sexualmente transmissíveis são também fator causal de doenças crónicas, de infertilidade, impotência e frigidez. Antigamente era a sífilis que atormentava milhões de seres humanos e era símbolo de doença para toda a vida ou de morte inexorável. Hoje em dia, e embora a sífilis continue a causar morte e doenças crónicas em muitas partes do mundo, a SIDA e a Hepatite B tornaram-se as mais ameaçadoras doenças que o sexo pode transmitir.

Para Andrade (1997), os adolescentes pressentem confusamente, que a erupção da epidemia veio alterar-lhes os comportamentos e também a sua própria conceção de vida. O despertar da sexualidade, se os adolescentes não estiverem devidamente informados, poderá constituir uma ameaça para o seu equilíbrio emocional.

Os jovens são atraídos pela aventura e pelo risco. Inconscientemente, não aceitam o triunfo de uma moral à custa do recalcamento das suas tendências e inclinações. Em certas situações, a escolha e a decisão são muito complexas porque o desejo e a busca do prazer são mais fortes e imediatos, e o risco associado parece estar mais distante, ser menos plausível.

Talvez seja esta a explicação para a dificuldade que muitos jovens manifestam em utilizar os métodos contraceptivos, entre os quais o preservativo, para se protegerem de um vírus tão mortal, que não veem nem sentem.

E, apesar da disponibilidade e facilidade de acesso, que os jovens têm ao planeamento familiar, Meneses (1990) refere que, os adolescentes sexualmente ativos tendem a não utilizar, ou a utilizar de forma ineficaz os métodos contraceptivos, expondo-se a todo o tipo de riscos de uma sexualidade desprotegida (...) as questões de contraceção não preocupam muito os adolescentes (Clães, 1990:90).

É importante que médicos e enfermeiros tomem consciência do seu papel junto dos jovens e desenvolvam ações de educação para a saúde onde estes, os respetivos pais e professores possam participar de forma ativa e contribuir para que os jovens possam viver a sua sexualidade de forma saudável sem tabus e sem medos. É necessário desenvolver uma intervenção preventiva dirigida aos jovens.

A educação sexual é essencial já que alerta os jovens para as consequências do sexo desprotegido, ajuda-os a explorar os valores e a sentirem-se bem com a sua sexualidade. Através de uma educação sexual adequada, os adolescentes podem desenvolver conhecimentos e a confiança, que lhes permita tomarem decisões relativamente ao seu comportamento sexual, inclusivamente a decisão de não terem relações sexuais até se sentirem preparados.

2.6 - ADOLESCÊNCIA E ORIENTAÇÃO SEXUAL

A sexualidade é única a cada indivíduo, é singular, e depende de fatores biológicos e socioculturais, o que a torna um processo subjetivo, mediado através do corpo, da experiência, da troca, da procura, e das projeções construídas ao longo da vida.

O ser humano é movido por pulsões libidinais direcionadas à busca de prazer.

As sensações sexuais estão presentes ao longo de todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação até à puberdade quando há uma intensificação destas sensações. É na puberdade e, com o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite obter prazer erótico e procriar. Surge nesta fase um aumento de interesse sexual que é influenciado pelas alterações hormonais e pelo contexto psicossocial.

A forma como o indivíduo orienta o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinada pela interação de vários fatores hereditários, biológicos, psicológicos e socioculturais. Porém, ainda não existe consenso científico sobre como acontece a determinação da orientação sexual de um indivíduo.

A sexualidade é o estado ou a qualidade de ser sexual. A sexualidade refere-se às características coletivas que marcam as diferenças entre masculino e feminino e tem significados como sejam a procura de prazer sexual, reprodução, a necessidade de amor e realização pessoal, a tomada de consciência e o sentimento de ser masculino ou feminino (identidade sexual).

A sexualidade tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. As teorias psicossociais do desenvolvimento sexual e as influências culturais facilitam a compreensão dos comportamentos sexuais típicos.

É a integração individual da composição psicológica e dos processos sociais que vai constituir o estilo de resposta de cada indivíduo como ser sexual. O autoconceito e a imagem corporal são também conceitos importantes para a saúde sexual. Um autoconceito positivo é essencial para um ser sexual saudável e um autoconceito negativo interferirá com o estabelecimento de comportamentos e respostas sexuais efetivos.

A orientação sexual é a preferência, assim como a atração física e emocional, que cada um desenvolve por um parceiro.

A heterossexualidade é ainda a orientação sexual tida como “normal” na sociedade ocidental, mas a homossexualidade (de homens e mulheres) é considerada uma variante normal do comportamento sexual. As origens da orientação sexual não estão definidas e algumas pesquisas indicam a aceitação de um modelo de interação; na sua essência, a preferência sexual surge devido à influência de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos.

Muitas vezes os pais têm dificuldades em abordar questões da sexualidade com os seus filhos precisamente por não terem bem a noção do que aconteceu com eles próprios. Neste contexto, a maioria dos pais atribui a tarefa da orientação sexual dos filhos à escola e, esta por sua vez, apresenta dificuldades em cumprir essa tarefa, por vezes, os professores não se sentem preparados para lidar com os aspetos da orientação sexual com os seus alunos.

É importante pensar num sistema de interação entre família e escola para abordar a sexualidade com os adolescentes, tem que haver convergência (vinculação e união) e complementaridade (respeito pelas diferenças).

As várias manifestações refletem sempre de forma única, a individualidade de cada um e, de modo coletivo, a marca dos espaços específicos onde é exercida.

Durante a adolescência é comum observarmos uma fase de “homossexualidade”, em que as meninas convivem com as suas amigas intimamente, trocando confidências e os meninos procuram parceiros para brincadeiras e vivências. É uma fase de experimentação sexual, que geralmente não influi na identidade sexual adulta futura.

As experiências homossexuais ocasionais entre adolescentes não podem ser consideradas patológicas, pois é um processo de angústia da definição sexual.

A adolescência é um momento de (re)descoberta, a sexualidade é construída ao longo da vida, da história pessoal de cada indivíduo, desde a sua infância, nos relacionamentos interpessoais que se estabelecem com o ambiente em que vive, sofrendo influências de ideologias e visões de mundo diferenciadas. Assim, Foucault refere que a sexualidade se constrói não apenas no biológico, mas principalmente no imaginário, coloca a sexualidade não apenas no palpável, mas sim no discurso que sustenta o palpável, na ideologia subjacente aos padrões de “normalidade” impostos pela sociedade.

O termo orientação sexual deriva do conceito pedagógico de orientação educacional e define-se como um processo de intervenção sistemática na área da sexualidade, realizado principalmente em escolas.

A orientação sexual tem como objetivos, suprir as lacunas de informação dos adolescentes, mexer com os preconceitos (os que se referem ao machismo e feminismo); e mexer com os conflitos dos adolescentes, abrindo um espaço afetivo onde eles possam falar ou representar as suas angústias e medos.

Esta educação sexual pretende mudar os comportamentos sobre saúde de modo favorável, é educação para uma vida mais saudável, com mais qualidade, tanto para o indivíduo como para a família e a sociedade.

A sexualidade é algo que se aprende e constrói, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo e, quando é compreendida e adequadamente canalizada, vai-se traduzir em amor, criatividade e potência geradora de desenvolvimento e progresso. Por sua vez, a dissociação entre sexo e afeto, entre prazer físico e carinho, constitui a própria negação da essência humana, da família e do amor.

Um dos maiores requisitos para trabalhar com adolescentes é a capacidade para os ouvir.

Quando isso acontece, surgem opiniões surpreendentes e gera-se cumplicidade e alianças, tão necessárias para chegar até eles.

2.7 ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, que atinge indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. A violência entre pessoas ligadas por laços de intimidade não é um fenômeno recente. É preciso a intervenção coordenada de diferentes instituições, tentando combater os prejuízos no desenvolvimento psicológico e social da vítima e dos seus familiares.

O abuso sexual tem um impacto muito grande não só na saúde física mas também na saúde mental da criança e do adolescente, deixando marcas no seu desenvolvimento que os podem acompanhar toda a vida. A detecção precoce destes abusos sexuais possibilita o tratamento e acompanhamento adequados, tentando minimizar as sequelas por eles deixadas.

Podemos definir abuso ou violência sexual na infância e adolescência como qualquer situação em que a criança ou o adolescente é usado para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, incluindo desde a prática de carícias, manipulação dos genitais, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até ao ato sexual, com ou sem penetração. Para Born, Delville, Mercier, Sand e Beeckmans (1996) uma definição de abuso sexual deve incluir um abuso de poder, orientado em direção à intimidade corporal, entre um adulto e uma criança ou adolescente, que acontece no seio da família ou fora do círculo doméstico.

Os casos de abuso sexual na infância e adolescência são praticados, na sua maioria, por pessoas ligadas diretamente às vítimas e sobre as quais exercem alguma forma de poder ou dependência. O abuso sexual nem sempre é acompanhado de violência física e, pode-se apresentar de várias formas e níveis de gravidade, o que dificulta a possibilidade de denúncia pela vítima e a confirmação diagnóstica pelos meios existentes oferecidos pelas medidas legais de averiguação de crime.

Os efeitos psicológicos do abuso sexual podem ser devastadores e os problemas decorrentes do abuso persistem na vida adulta dessas crianças.

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge todas as idades, classes sociais, etnias, religiões e culturas e, que causa malefícios ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à vítima e, em casos extremos a morte.

De acordo com a hipótese da transmissão intergeracional de violência, segunda a qual violência gera violência e abuso gera abuso (Widom, 1989), pessoas que passaram por situações de maus tratos na infância ou adolescência têm maior probabilidade de repetir essas situações com a sua descendência, ativa ou passivamente.

O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial de Saúde, como um dos maiores problemas de saúde pública. A sua prevalência é desconhecida uma vez que muitas crianças não revelam o abuso e só conseguem falar sobre ele na idade adulta. Assim, o abuso sexual deve ser foco de estratégias de prevenção para evitar que se repita nas gerações seguintes.

A violência no namoro na adolescência é um problema relevante, não apenas devido à alarmante prevalência e às suas consequências na saúde física e mental (Callahan e tal., 2003) mas também porque ocorre numa fase da vida onde os relacionamentos românticos se estão a iniciar e onde os padrões interrelacionais estão a ser apreendidos, podendo passar para a fase adulta (Werkerle & Wolfe, 1999). O namoro na adolescência será para muitos a sua primeira experiência de relacionamento íntimo e, para alguns adolescentes, no ensino secundário, será um confronto com situações de agressão ou violência, quer seja física, sexual ou psicológica. A violência no namoro é reconhecida como um continuum de abuso, que vai desde o abuso verbal e emocional até à violação ou homicídio. Geralmente, as relações conjugais abusivas vêm a resultar de relações de namoro já abusivas (Matos, 2000).

2.8 - A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE PELO ENFERMEIRO

É fundamental que o tema da sexualidade seja abordado e privilegiado pelas equipas de saúde que trabalham com os adolescentes uma vez que é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual adquire a sua plenitude.

O enfermeiro é um dos principais educadores e agentes de mudança de comportamentos da sociedade e, deve ter um papel preponderante na abordagem do adolescente e no aconselhamento aos pais sobre a forma como estes devem abordar os seus filhos.

É oportuno aproveitar a ida dos adolescentes aos Centros de Saúde para abordar as questões sexuais. A orientação dada pelo profissional de saúde não pode ser preconceituosa nem carregada de códigos morais ou religiosos e, devem ser utilizadas, de preferência, terminologias próprias e não gírias.

Alguns temas a abordar são as transformações que ocorrem no corpo, as sensações sexuais, o carácter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e as suas consequências. Aqui, convém enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas, é de carácter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que se está a fazer, e logo prontas para assumir as

responsabilidades advindas deste ato. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital, ou estejam prestes a iniciá-la, devem ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

O profissional de saúde deve demonstrar abertura e disponibilidade para responder às perguntas que o adolescente ou a sua família possam ter.

É importante ter consciência das angústias por que passam nessa etapa da vida.

3 - FONTES DE INFORMAÇÃO

A grande maioria dos adolescentes, obtém informação sobre a sexualidade através dos pares e dos média, embora uma boa percentagem declare que preferia que os pais abordassem mais abertamente estas questões (Meneses, 2000). Por isso, a leitura e visualização dos média constitui também uma importante fonte de informação para os adolescentes, embora possa ser também fonte de desinformação.

A comunicação sobre a sexualidade pode no entanto decorrer de uma forma implícita, mesmo que os pais não falem sobre a sexualidade estão a emitir mensagens sobre o comportamento sexual através da forma como interagem entre si.

São múltiplas as problemáticas em redor da sexualidade e, são também múltiplas as fontes de informação a que os jovens podem recorrer para ver esclarecidas as suas dúvidas acerca destas problemáticas. As mais referenciadas são os amigos ou grupo de pares, os meios de comunicação, a família, a escola, a religião e os profissionais de saúde. Os comportamentos sexuais dos adolescentes são influenciados pelas fontes de informação e, apesar da diversidade de fontes possíveis, nem sempre a informação obtida é útil ou pertinente.

Todas as fontes de informação são importantes e nenhuma existe isoladamente, todas interagem entre si.

3.1 - AMIGOS (GRUPO DE PARES)

O grupo de pares/amigos é a fonte privilegiada de esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade. O grupo de amigos é aquele onde os jovens mais procuram informação, o que pode ser explicado pela noção de pertença, pela necessidade de se integrar e de participar.

Para Brás (2012) “é no grupo que o adolescente procura novas fontes de afeto, novos modelos, novas formas de identificação. É também o grupo que lhe permite a partilha de segredos e de experiências e que lhe dá por algum tempo, a identidade social de que carece” (...) nesta procura de identidade e de segurança dentro do grupo, querendo igualar-se

continuamente uns aos outros, a pressão sentida pelo adolescente pode ser grande, podendo gerar sensações de insegurança e até complexos de inferioridade”.

O grupo tem muita importância no desenvolvimento das relações. Brás (2012) diz-nos que “a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afetos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais”.

Segundo Fernandes (2006) “as informações que circulam entre os grupos de pares são, quase sempre, imprecisas, acompanhadas de risos e anedotas associados. Contudo é a pressão que o grupo exerce sobre o adolescente que o leva a fazer a sua primeira experiência sexual, muitas vezes sem a devida preparação e desrespeitando o seu ritmo pessoal de crescimento”.

Segundo Brás (2012) “o grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco.” É consensual mesmo noutras referências bibliográficas a influência que o grupo exerce sobre o adolescente. Esta influência pode ser negativa, no entanto, o grupo pode constituir-se como gerador de comportamentos saudáveis. Segundo Brás (2012) “o grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes”.

Assim, temos que tirar partido das potencialidades do grupo como fonte de informação da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

3.2 - MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Atualmente com o “boom” da internet e, mais especificamente, dos *chat* de conversação e redes virtuais de amigos, os jovens buscam cada vez mais o conforto do anonimato propiciado por um computador para encontrarem pares, para se esclarecerem, sem terem em conta que a fiabilidade de muito daquilo que circula na internet não deveria ser aceite como verdade, sem ser questionado (Ricou, 2003).

A sexualidade, sendo um tema de vida, assume uma grande centralidade ao ser tema de vários programas jornalísticos, debates e programas de informação.

Segundo Andrade (1996; citado por Brás, 2012) “a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados”.

Entre outros estudos, podemos referir que os meios de comunicação como a televisão, a internet e as revistas são uma importante fonte de informação na área da sexualidade, no entanto, sendo difícil de controlar a qualidade da informação, muitas vezes podem deturpar uma verdadeira educação sexual criando mitos, ilusões e conceitos errados.

3.3 - FAMÍLIA

Segundo Vilar (1987), os pais assumem primordial importância no processo de aprendizagem dos jovens ao nível dos comportamentos sexuais. É com os pais que os jovens estabelecem os primeiros contactos e intervêm quer ao nível do estabelecimento dos papéis sexuais, quer ao nível da estruturação de uma escala de valores no que concerne ao corpo e aos comportamentos eróticos.

Uma atitude (positiva ou negativa) dos pais face aos comportamentos sexuais irá também influenciar positiva ou negativamente a abertura do adolescente face à sexualidade.

Mas, apesar da importância do papel dos pais, nem sempre o discurso pais/filhos acontece, por diversas razões, com a necessária fluidez. As questões sexuais não são abordadas nos diálogos entre pais e filhos, porque os jovens inibem-se de questionar os pais sobre essa temática e, os pais evitam a confrontação devido ao seu pouco à-vontade com esta problemática.

Continua a existir a crença errada de que falar de sexualidade com os filhos pode induzi-los à prática sexual.

De referir que quanto maior for a capacidade das famílias comunicarem sobre sexualidade sem tabus, no momento certo e de forma assertiva e adequada à idade, menores serão os comportamentos sexuais de risco do adolescente.

A família deve ser a base da educação sexual do adolescente.

3.4 - ESCOLA

A escola, como agente formador e dinamizador de competências essenciais ao desenvolvimento do indivíduo, tem facilitada a sua tarefa porque é o local onde os adolescentes passam 1/3 da sua vida, logo é normal que seja um espaço privilegiado para transmissão de informação, estabelecimento de laços afetivos e relações interpares.

A escola deve ajudar os pais na educação sexual.

Em Portugal existe o Despacho nº 25 995/2005, 2ª série que reforça a importância da educação sexual na escola em articulação com os pais, estabelece um protocolo com o ministério da saúde e prorroga o mandato do grupo de trabalho para que sejam estabelecidos conteúdos curriculares adaptados a cada ano letivo.

Em 2009, com o Dec. Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto é estabelecida a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário.

A escola passou assim a ter projetos de educação sexual e a constituir uma potencial fonte de informação para os adolescentes. No entanto alguns autores revelam que ainda há um longo caminho a percorrer.

A educação sexual nas escolas deverá constituir-se como um espaço privilegiado para o levantamento de questões, o seu esclarecimento ao desmistificar mitos ou informações incorretas, e participar ativamente na adoção de medidas de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

3.5 - RELIGIÃO

A religião e a espiritualidade estão enraizadas nas referências culturais dos portugueses. A igreja católica é a religião com mais peso a nível nacional.

Segundo Ribeiro (2011) “em Portugal a sexualidade dos jovens portugueses, é ainda pouco conhecida e é condicionada por influências morais e religiosas”.

Com a evolução da sociedade, a tomada de consciência de doenças sexualmente transmissíveis e o conhecimento de como as prevenir, a igreja distanciou-se ideologicamente dos aspetos ligados à sexualidade humana.

3.6 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A promoção da saúde e a prevenção da doença deverão sempre ser o centro dos cuidados de saúde primários. Neste sentido os profissionais de saúde também deverão dar resposta na área do planeamento familiar e da educação sexual e reprodutiva direcionada para os adolescentes.

Brás (2012) refere que “estudos efetuados sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os jovens utilizam pouco e mal os serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfasamento entre os cuidados que lhe são prestados e as suas reais necessidades de saúde”.

Segundo Andrade (1996; citado por Brás, 2012) “os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem as consultas de planeamento familiar a nível dos centros de saúde, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento”.

Para além de promover as consultas de planeamento familiar, parece-nos importante transmitir a noção de que os serviços de saúde deverão sempre ultrapassar o espaço físico que os definem, ou seja, os profissionais de saúde deverão estar junto da sua população.

4 - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A evolução dos conceitos de Educação e de Saúde originou a definição de Educação para a Saúde, que também tem evoluído ao longo dos tempos, resultado da influência de fatores sociais, políticos, culturais e económicos.

A educação para a saúde foi inicialmente definida como educação sanitária e, consistia na instrução sobre a Saúde, onde prevalecia a abordagem informativa e didática. Os educadores transmitiam conselhos, princípios de higiene e regras de conduta.

Green (1980; citado por Costa, 2006) refere que a educação para a saúde é encarada como “toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis.”

Esta é uma definição que valoriza a existência de diversos e complementares métodos educativos que atendam à singularidade de cada indivíduo e que lhe possibilitem, desta forma, o estabelecimento dos processos de aprendizagem. E, para que os indivíduos não adotem uma posição passiva torna-se indispensável haver dinamismo. A referência a aprendizagens planificadas reforça a importância do processo de reflexão constante, anterior à elaboração do projeto de educação para a saúde. Quando se fala em facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis, está-se a fortalecer a importância de atender ao estilo de vida, conhecimentos, valores, experiências e atitudes do indivíduo/comunidade, assim como o respeito pela liberdade de opção de cada pessoa no seu processo de saúde/doença. O próprio termo facilitar implica ajuda, assistência e apoio por parte do educador.

A educação para a saúde “visa desenvolver processos internos individuais que permitam a adoção de comportamentos saudáveis, respeitando estilos de vida e cultura de cada pessoa, os quais são influenciados pelo grupo/comunidade” (Costa, 2006).

A adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis é uma forma de assumirmos um papel ativo na preservação da nossa saúde. Torna-se necessário que cada um faça as suas opções de vida tornando-se responsável pela mesma. Contudo, devemos ter em consideração que as escolhas que cada indivíduo faz são condicionadas por sentimentos e emoções, sendo fundamental que os intervenientes no processo de educação para a saúde tenham este aspeto em consideração, para conhecer e valorizar os seus aspetos positivos.

O sucesso de um programa de educação para a saúde passa pelo conhecimento da natureza humana dos indivíduos, constituídos por um corpo e por uma mente que interagem entre si. Em suma, “os programas de educação para a saúde devem contemplar não só a dimensão física, mas também todas as outras dimensões que o ser humano encerra, de modo a constituir uma interação holística entre elas” (Damásio, 1998; citado por Costa, 2006).

“A educação para a saúde deve procurar modificar mais aquilo em que se acredita do que modificar atitudes. (...) O principal objetivo da educação para a saúde é portanto conseguir que aquilo em que as pessoas acreditam, relativamente à saúde, seja congruente com a realidade da saúde da doença, de forma que as pessoas possam fazer opções com base em informações corretas. Isto não é fácil e não se consegue apenas através da informação” (Tones, 1987; citado por Costa, 2006).

A educação para a saúde pretende orientar o indivíduo para o facto de que a saúde é um recurso, que deve ser cuidado e preservado, criando hábitos e comportamentos de saúde salutareis, que reúnam meios de luta contra a doença e outros problemas quotidianos.

“A educação para a saúde respeita o direito à diferença, as escolhas individuais, as realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, as formas de comunicação, crenças e expectativas, permitindo a interação dos saberes e representações, autonomizando indivíduos, grupos e comunidades nas escolhas que diariamente é necessário fazerem-se, inculcando um carácter reflexivo, partilhado e não diretivo ou imposto. Isto porque a saúde não é um direito individual, diz respeito a uma comunidade ou a um grupo onde todos os elementos têm a responsabilidade de zelar por atingir o bem-estar como uma coordenada importante da saúde.” (Martins, 2009).

A educação para a saúde é um processo interminável, cujo principal objetivo se baseia na formação permanente e no exercício do sentido de responsabilidade, de forma a atingir o bem-estar.

4.1 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

As escolas básicas e secundárias têm um papel privilegiado na educação para a saúde uma vez que é aqui que as crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo e são estes os locais privilegiados para lhes ensinar comportamentos saudáveis. Convém, no entanto, associar as famílias a este processo.

“A educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino tem por finalidade inculcar nos alunos, atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade. Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela

sua própria saúde e prepará-los para que, ao sair da escola e incorporar-se na comunidade, adotem um regime, um estilo de vida o mais saudável possível.” (Pestana, 1995; citado por Martins, 2009).

Nos dias que correm a escola integra estudantes de origens culturais muito distintas. A escola assume assim um papel fundamental nas atitudes de respeito que devem merecer essas diversas sensibilidades, sem nunca deixar de lado a família, que é o espaço emocional fundamental onde estas têm origem.

Os adolescentes passam a maior parte do seu tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes. A escola é pois o local privilegiado da relação do adolescente com os pares. A grande maioria dos adolescentes dá valor aos aspetos positivos da vida, tanto na família como no grupo de pares, e valorizam a escola no seu percurso individual.

4.2 - EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE

A Educação Sexual já faz parte dos currículos das escolas de vários países do norte da Europa, produzindo taxas de sucesso consideráveis. Como afirma Dias *et al* (2002), é conveniente conhecer melhor o que se está a fazer nesses países para podermos “usufruir dos ensinamentos colhidos, sem repetir os equívocos em que se possam ter enredado”. Devemos aproveitar as experiências já concretizadas por países que, nesta matéria, estão à nossa frente vários anos.

A história da educação sexual em Portugal é relativamente recente.

Quando nascemos somos menino ou menina, somos do sexo masculino ou feminino e somos tratados e educados como tal e para tal, diferentemente. Através deste processo adquirimos uma identidade sexual, a maneira como sentimos e percebemos a pertença a um dos sexos. Embora esta pertença seja clara para os indivíduos desde a primeira infância, a perceção dos papéis de cada um dos sexos varia à medida que crescemos e com o contexto familiar e social que nos rodeia. A sexualidade e a Educação Sexual passam também por aqui.

Vamos desenvolvendo sentimentos positivos ou negativos em relação ao nosso corpo, às partes que o constituem e às mudanças de que é objeto à medida que crescemos. A sexualidade e a Educação Sexual têm a ver com o nosso corpo, com a nossa expressão corporal, com a nossa imagem corporal, com o nosso maior ou menor conforto em relação a

ele. Cedo descobrimos que podemos brincar com o nosso corpo e ter prazer com isso. Cedo percebemos que há certas zonas do corpo que são socialmente valorizadas e outras não.

Depois descobrimos os outros, e estabelecemos relações diferentes.

Passam a existir espaços mais públicos, partilhados com outras pessoas, e espaços mais privados e íntimos, menos partilhados e definitivamente «só nossos e do outro». Nestes espaços existe, conforme o estágio de desenvolvimento, uma profunda curiosidade de ver como é o corpo do outro, ou o desejo, a atração, a expectativa das carícias.

Desde muito cedo, gostamos e apaixonamo-nos, namoramos mais ou menos, construímos e reformulamos relações. Não se pode desligar a sexualidade dos afetos. Os amores e os desamores sempre existiram nas salas de aula.

A par do prazer e da comunicação interpessoal, outra das dimensões da sexualidade abrange a reprodução, os aparelhos reprodutores, a fecundação, a gravidez e o parto, a maternidade e a paternidade. Embora a sexualidade não seja somente sinónimo de reprodução, esta é uma componente indispensável nos programas de Educação Sexual.

A sexualidade tem percalços, uns evitáveis e outros não. Os inevitáveis resultam da própria complexidade dos afetos com ela relacionados, das expectativas e das frustrações, dos amores e dos desamores, da forma como vamos vivenciando desde crianças todos os aspetos atrás focados. Uma Educação Sexual positiva pode ajudar a compreender e aumentar as nossas capacidades de decisão e a nossa autoestima, mas não evita as dificuldades próprias do crescimento e das construções individuais.

Existem outros percalços evitáveis. As gravidezes não desejadas são ainda hoje um problema que atinge um significativo número de jovens portugueses e, em particular, as raparigas. O número de abortos clandestinos (muitas vezes tardios, fruto de uma gravidez escondida) é desconhecido, mas estudos recentes mostram que continua a ser um problema da sociedade.

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são outro problema evitável. O desconhecimento dos sintomas, das formas de prevenção e tratamento e dos locais de apoio dificultam uma prevenção eficaz. Não nos referimos apenas à SIDA, mas a outras infeções que, não sendo mortais ou incuráveis, podem ser potencialmente graves.

A falta de informação sobre a nossa sexualidade está na base de problemas vividos individualmente ou no relacionamento a dois.

Outro dos problemas que podem parcialmente ser prevenidos é o abuso sexual. Muitas crianças, jovens e pessoas adultas foram ou são vítimas de abusos sexuais. Geralmente, estas situações caracterizam-se por uma incapacidade das vítimas em romperem o ciclo e pedirem

ajuda. A realização de programas de Educação Sexual e a disponibilidade que deles resultar poderá facilitar a identificação dessas situações/problemas e os apoios efetivos na sua superação.

4.2.1 - Educação Sexual em Meio Escolar

A Educação Sexual em meio escolar é uma excelente oportunidade para a Educação pois permite trabalhar com os adolescentes, componentes fundamentais para o seu percurso como pessoas: o respeito pelo outro; a igualdade de direitos entre homens e mulheres; a recusa de todas as formas de violência, sobretudo a rejeição da violência no campo da sexualidade; a importância da comunicação e envolvimento afetivo; a promoção da saúde física e mental.

A educação sexual informa com credibilidade e aumenta os conhecimentos dos adolescentes. Muitos adolescentes receberam educação sexual em idade precoce, tanto em casa como na escola, mas nem sempre estão bem informados e, grande parte das informações que eles têm é incompleta, incorreta, e carregada de valores culturais e morais, tornando-se pouco útil.

A educação deve ser um instrumento de socialização de conhecimentos sobre o funcionamento normal do corpo, a sexualidade, a contraceção e a reprodução. Deve abordar os temas de maneira clara, objetiva e verdadeira, utilizando a terminologia correta (Whaley; Wong, 1999).

Constituem valores essenciais da educação sexual, de acordo com um modelo de desenvolvimento pessoal e social:

O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual; o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação, e uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais; o reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade; o respeito pela diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas; a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres; a promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva; o reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis; o reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo da vida; a recusa de expressões da sexualidade

que envolvam violência ou coação, ou relações pessoais de dominação e de exploração (M.E. *et al.*, p.28-29)

A educação sexual permite discutir sentimentos e atitudes, bem como elevar as capacidades individuais e de grupo para tomar decisões responsáveis.

Apoiados nos pais e professores, os adolescentes, através da educação sexual podem aumentar a sua capacidade para compreender as próprias emoções, o que é crucial para a sua sexualidade e para todas as outras dimensões da vida.

A educação sexual ao preparar os estudantes para a “convivência, a afetividade e o respeito pelo outro, ajuda-os a estruturar todos os sentimentos, pois é no mundo dos afetos que cresce a estrutura da personalidade”(Sampaio, 2000).

A educação sexual não pode ficar circunscrita aos aspetos biológicos, deve enquadrar-se numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e social, para que seja entendida como uma vertente do processo global da educação e como uma das componentes da Promoção da Saúde. Falar de sexualidade na escola é falar de uma força estruturante que acompanha as nossas vidas desde que nascemos até que morremos. Se a nossa vida sexual nos fornece bem-estar vai contribuir para o nosso equilíbrio. Por isso, a Escola não deve perder esta oportunidade de contribuir para uma vivência mais gratificante da sexualidade por parte dos seus estudantes.

Toda a educação tem, obrigatoriamente, um quadro ético de referência e, no âmbito da educação sexual também se defende a “existência de uma plataforma ética e conceptual (...) e um quadro filosófico e prático (...) organizador de conteúdos, valores, atitudes e comportamentos” (M.E. *et al.*, 2000). De facto, o desafio da educação sexual “ consiste em definir um sistema nuclear de valores que combine a tolerância e a diversidade e igualdade social com uma compreensão e um respeito pelas expectativas sociais e a lei.” (Meredith, 1990).

A escola deve centrar as suas ações numa perspetiva de desenvolvimento dos jovens, compreendendo não só as suas vivências mas também a cultura das suas famílias, a heterogeneidade da adolescência atualmente. E, apesar dos quadros éticos de referência, as metodologias devem ser baseadas nas questões dos alunos, construir uma aprendizagem partilhada, em que os alunos são os protagonistas na pesquisa, cabendo ao professor o papel de dinamizar e esclarecer, contando com o apoio das parcerias com a saúde.

As linhas orientadoras portuguesas traçam um conjunto de valores essenciais da educação sexual, com o objetivo de contribuir “para uma vivência mais informada, mais autónoma, mais gratificante e mais responsável da sexualidade” (M.E. *et al.*, 2000).

Os jovens demonstram muito interesse pelo tema e têm uma grande capacidade de construir materiais. Há escolas em que foram usados, com êxito, folhetos, DVD, cartazes e outros produtos para espalhar mensagens sobre sexualidade e prevenção de comportamentos de risco.

Nas parcerias com a Saúde, as escolas deverão contactar a Unidade de Saúde Pública da área, onde o delegado de saúde terá um papel fundamental de coordenação e encaminhamento. A Saúde é fundamental nos Gabinetes de Apoio ao aluno, já existentes em muitas escolas e que é de todo o interesse alargar a todas as escolas.

Os adolescentes não falam deste tema com os pais e, muitos pais têm dificuldade em abordar o tema com os filhos. Torna-se portanto importante que a escola colabore com as famílias. Se os estudantes tiverem uma participação ativa na construção e na realização do Programa de Educação Sexual da sua escola e, tiverem realizado iniciativas, é de esperar que os encarregados de educação passem a estar mais presentes.

4.2.2 - Papel do Enfermeiro na Educação para a Saúde/Educação Sexual

A educação sexual deve começar o mais cedo possível, de forma contínua e estar agregada à formação de todas as crianças e adolescentes, deve ser iniciada pelos pais e ser complementada pela escola e pelos profissionais de saúde.

Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sociofamiliar, atuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua atuação (Oliveira, e tal, 2008).

O enfermeiro participa em programas e atividades de educação para a saúde com o objetivo de melhorar a saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

“Sendo ele um educador, está inserido no contexto que norteia a educação para a saúde, visto que é necessário orientar a população, e por que não dizer, mostrar alternativas para que esta tome atitudes que lhe proporcionem saúde no seu sentido mais amplo” (Silva, 1999; citado por Oliveira, 2004).

A educação para a saúde deve estar presente na prática diária do enfermeiro. “O educador é o profissional que usa as palavras e gestos como instrumento de trabalho nesta luta coletiva”(Vasconcelos, 1998; citado por Oliveira, 2004).

Todas as pessoas com que o enfermeiro contacta possuem uma dimensão sexual, independentemente do seu estado de saúde/doença. O enfermeiro deve desenvolver ações

educativas integradas no contexto de desenvolvimento pessoal, ações individualizadas, conforme as vivências emocionais e afetivas.

“Quando o enfermeiro age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira *et al.*, 2004).

É necessário que os adolescentes aprendam a compreender e interpretar os seus sentimentos, a hierarquizá-los de acordo com os graus de intensidade, profundidade e duração. Ambiciona-se orientar os jovens adolescentes capacitando-os para conciliarem as várias expressões dos sentimentos através da vontade e do raciocínio lógico. “É importante distinguir estados emocionais relativamente voláteis – emoções simples (medo, cólera, surpresa, alegria), vínculos afetivos mais duradouros – (simpatia, carinho, ternura) e dinamismos integradores da personalidade em que participa a afetividade (amizade e amor)” (Ferreira *et al.*, 2004).

Hoje em dia vivemos numa sociedade que transmite sistematicamente mensagens contraditórias. Por um lado promove-se a educação para a saúde baseada na reflexão e transformação, por outro lado, vive-se a um ritmo acelerado, procurando o prazer imediato, favorecendo a fragilização dos laços familiares, assistindo aos maus tratos a crianças e idosos, entre muitos outros exemplos de situações que mais não fazem senão favorecer a indiferença, a superficialidade e a instabilidade afetivas. A vida afetiva começa assim a desviar-se do lugar central que deve ocupar no contexto da sexualidade.

O enfermeiro, enquanto educador, deve possuir uma série de competências que o ajudem a adaptar-se às diversas mudanças. Deve investir na sua formação para facilitar todo o processo de educador para a saúde.

O enfermeiro deve possuir os seguintes atributos:

“genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros; personalidade equilibrada, com bom domínio de aptidões de comunicação e facilidade de relacionamento; aceitação positiva da sua sexualidade e da dos outros; respeito pelos valores do próximo; atitude de envolvimento relativamente aos pais, e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitam da intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, etc.); formação pedagógica nas metodologias participativas e ativas” (Ferreira *et al.*, 2004).

O enfermeiro deve também promover o êxito de todo o processo educativo. Deve ter critérios de exigência e qualidade, atender às várias sensibilidades evitando as generalizações, deve transmitir informação factual, o que muitas vezes se opõe ao que é difundido na sociedade. O enfermeiro deve também possuir um bom domínio da língua portuguesa, o que

lhe permitirá discursos objetivos, que estimulem a compreensão e que despertem nos adolescentes a curiosidade, motivando-os a descobrirem através de palavras, condutas e atitudes adaptadas a eles.

“Em complemento, será ainda necessário que conceda uma atenção específica ao domínio das expressões e ritmos próprios da comunicação não verbal, quer compreendendo corretamente as manifestações dos adolescentes, quer auxiliando-os a descobrir a importância destes componentes comunicacionais no contexto relacional” (Ferreira *et al.*, 2004).

O papel do enfermeiro nas sessões de educação sexual pretende promover a análise de hipóteses alternativas de escolha com que o adolescente se depara, mostrando-lhe as vantagens e desvantagens dessas hipóteses e, estimulando a reflexão e discussão das mesmas, favorecendo o crescimento interior de cada jovem adolescente.

“A vivência da sexualidade, e a expressão e dádiva do que cada um tem de mais íntimo, merece ser tratada com toda a atenção e delicadeza, respeito e responsabilidade, pois tanto pode ser fonte de felicidade e enriquecimento como pode tornar-se origem de profundo sofrimento. A oportunidade de realização humana implícita na vivência responsável da sexualidade pode ser esbanjada e banalizada se não for orientada no sentido do amor humano autêntico” (Ferreira *et al.*, 2004).

O Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros, no seu Parecer nº109/2009, defende que “o enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevantes para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Este Conselho define ainda uma posição oficial acerca da operacionalização da Educação Sexual:

“...A educação sexual escolar deve ser lecionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto letivo, grupos focados no tema e individualmente. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncecionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Um dos objetivos principais da educação da sexualidade é

“a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens melhorar a gestão dos seus processos de crescimento, nomeadamente pela aquisição de competências de decisão e escolha que os apetrechem para lidar adequadamente com os problemas concretos que tenham de defrontar” (Ferreira *et al.*, 2004).

É elementar garantir um adequado relacionamento entre o educador e o educando (enfermeiro e utente), baseado na confiança mútua e no respeito pelas vivências pessoais.

A orientação dada pelo enfermeiro não pode ser preconceituosa nem carregada de códigos morais ou religiosos. O adolescente e a sua família devem ser orientados sobre as transformações que ocorrem no seu corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e quais as suas consequências.

O enfermeiro deve enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas, é de caráter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que está a ser feito logo, capazes de assumir as responsabilidades daí advindas. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital, ou estejam prestes a iniciá-la, devem também ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

O enfermeiro deve estar aberto e disponível a responder a perguntas que o adolescente ou a sua família possam ter, pois é importante valorizar as angústias por que passam nessa etapa da vida.

5 - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O envelhecimento demográfico, as alterações na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais é necessário organizar respostas adequadas e personalizadas, que se foquem na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes e, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte às novas exigências.

Atualmente, a comunidade já começa a ter consciência das suas responsabilidades em saúde e pretende ter um papel ativo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos. Daqui vão resultar novos desafios à capacidade de intervenção dos enfermeiros. A formação profissional básica dos enfermeiros, especializada e contínua, tem que privilegiar a qualidade. Os enfermeiros têm que basear a sua prática em evidências e resultados de estudos e investigações sempre com o intuito de desenvolver competências e o aperfeiçoamento da prática, intervenção baseada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde.

A enfermagem em cuidados de saúde primários atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. A enfermagem em cuidados de saúde primários reconhece a importância dos saberes/competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o trabalho em equipa.

5.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ter competências no âmbito da promoção da saúde junto do indivíduo e da comunidade, mediante ações de educação para obter ganhos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, descreve as competências comuns do enfermeiro especialista e define:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais. O enfermeiro especialista adquiriu um conjunto de competências clínicas especializadas proveniente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios que são consideradas as competências comuns, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Cabe também aos enfermeiros especialistas a educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de decodificar, disseminar e concretizar investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática dos cuidados de enfermagem. (Diário da República, 2ª série – n.º 35, 2011)

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública intervém na comunidade e vai ao encontro dos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem – Conselho de Enfermagem).

Também conforme o Regulamento n.º 128/2011 da OE, os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública têm os seus objetivos focados nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde dos grupos, comunidade e população, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na obtenção de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

O Regulamento de Competências n.º 128/2011 define como competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública as seguintes:

- “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 no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Regulamento n.º128/2011, 2011).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem como objetivo a excelência do exercício profissional. Para o conseguir, na promoção da saúde, tem que capacitar os indivíduos ou grupos para conseguir o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, sempre com a finalidade de proteger a sua saúde. Através do processo de empoderamento para a saúde, as pessoas tornam-se mais capazes de adquirir um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, tornando-se assim parceiras do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

5.2 - O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades em termos de educação para a saúde, com capacidade para dar uma resposta mais completa às várias necessidades sentidas pelos adolescentes.

A educação para a saúde inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que presumem uma forma de comunicação concebida para melhorar os conhecimentos em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam tanto à saúde individual como à saúde da comunidade.

A educação para a saúde inclui um conjunto de medidas destinadas a melhorar a saúde, como a transmissão de informações, a motivação, o desenvolvimento de competências pessoais e o crescimento da autoestima.

A educação para a saúde abrange informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais que influenciam a saúde, mas também fatores e comportamentos de risco, além da utilização do sistema de saúde. A educação para a saúde envolve o fornecimento de informações e desenvolvimento de competências pessoais que demonstrem a viabilidade

política e possibilidades organizativas das várias formas de atuação para a consecução de mudanças sociais, económicas e ambientais que favoreçam a saúde.

Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sociofamiliar, atuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua atuação. (Oliveira *et al*, 2008)

A saúde não pode ser vista como um fim em si mesmo, mas antes como um recurso para a vida, proteger e promover a saúde de cada indivíduo e da sociedade como um todo é uma tarefa difícil, que não pode ficar apenas dependente do trabalho dos profissionais de saúde, é necessária envolvimento e responsabilidade pessoal.

Com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, definiu-se promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986).

Foram também definidas cinco áreas de atuação para promover a saúde: Construir políticas públicas saudáveis; Criar ambientes de suporte à saúde; Reforçar a ação comunitária; Desenvolver capacidades pessoais e Reorientar os serviços de saúde.

É patente a importância que é atribuída ao empoderamento dos indivíduos e da comunidade, mas também que os recursos da comunidade se devem articular para trabalhar em parceria, ao nível da promoção da saúde.

Em 1978, aquando da Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde, reconhecia a desigualdade existente na saúde entre os vários países, mostrando a necessidade de promover e proteger a saúde, evidenciando e sugerindo o empoderamento como um componente necessário dos cuidados de saúde primários (Laverack, 2004).

A educação para a saúde pode ser definida como

“uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde.” (OMS)

A educação para a saúde é fundamental na prática diária dos enfermeiros.

A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde requer que o indivíduo, a família e a comunidade tenham conhecimentos relacionados com a sua saúde, permitindo-lhes a tomada de decisões mais conscientes, assumindo assim uma maior responsabilidade pessoal.

Com a educação para a saúde pretende-se capacitar os indivíduos.

Para Stanhope & Lancaster (1999), “aprendizagem inclui uma mudança mensurável no comportamento, que persiste ao longo do tempo”.

A educação para a saúde baseia-se num conjunto de teorias e competências que devem ser aprendidas e praticadas. Para Stanhope & Lancaster, 1999, “existem três modelos conceptuais que organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos”. O modelo Precede-Proced focaliza a planificação e avaliação dos programas de educação para a saúde da comunidade; o modelo Saúde-Crença, é utilizado na organização das opiniões dos utentes sobre o seu estado de saúde e sobre que fatores os poderão influenciar a mudar o seu comportamento, ou seja, identifica crenças, comportamentos e fatores culturais que devem ser alterados para mudar o comportamento e, por fim, o modelo de Promoção da Saúde que é um modelo útil como estrutura para avaliação do utente, pressupõe que os indivíduos possam alterar o seu comportamento para se sentirem melhor não só física mas também psicológica, social e espiritualmente.

Assim, o modelo de Promoção da Saúde é o mais apropriado para os programas de educação a comunidades, famílias ou indivíduos, contribui para o desenvolvimento de competências que conduzam à capacitação e adoção de estilos de vida saudáveis.

6 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Os problemas com que nos debatemos atualmente e mais concretamente no setor da saúde, são de natureza de tal forma diversificada e complexa que a sua resolução carece de novos instrumentos, adequados a responderem a necessidades nem sempre expressas, mas que devem ser consideradas através de análises estratégicas.

A incidência de novas doenças, como a Sida ou a toxicodependência, ou de fatores de risco como o stresse ou o isolamento, assim como situações como a degradação ambiental, a exclusão social, as desigualdades entre grupos sociais, géneros ou territórios, carecem da intervenção da saúde, em articulação com os restantes setores.

Uma atuação intersectorial, ao nível das causas dos problemas, que estabeleça prioridades com base nos pressupostos de que os recursos são escassos e devem ser utilizados de forma equitativa exige planeamento. O planeamento em saúde deve envolver todos os sectores desde o económico ao social, bem como outros que tenham implicações diretas ou indiretas na saúde das populações. É necessário o envolvimento efetivo de todos para podermos diagnosticar corretamente as necessidades de saúde de uma população e definir estratégias corretas como o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objetivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas. O planeamento é um processo dinâmico, deve ser avaliado em todas as etapas e, se necessário, realizar alterações quando se justifique, para conseguir atingir os objetivos propostos.

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico. Imperatori & Giraldes (1992) definem planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos 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 fatores socioeconómicos.”

Desta forma, é essencial estabelecer as prioridades e os recursos disponíveis, de forma a garantir o sucesso do planeamento.

Manuela Silva (1983:4; in Prefácio de Metodologia do Planeamento da Saúde de Imperatori & Giraldes, 1993) afirma que

“O planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica. Supõe que a realidade não é

imutável nem tão pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por fatores incontrolláveis. (...) O planeamento é um processo de investigação sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo (...).”

O processo de planeamento é considerado

“(...) como um processo que, tomando por base o que se quer atingir, determina o percurso a seguir com os meios que se podem utilizar. É um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica reprogramação adequada aos imprevistos que vão surgindo, está voltado para o futuro e para a ação, procurando racionalizar recursos com menores custos e com uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados.” (Brissos, 2003:45)

Por planeamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir preposições e construir a sua viabilidade, com vista à solução de problemas e à satisfação de necessidades individuais e coletivas. O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vista à intervenção sobre um determinado segmento da realidade.

“A metodologia do Planeamento em Saúde, tem por base a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2001).

Tavares (1990:29) enumera algumas características do processo de planeamento:

- “1 – É sempre voltado para o futuro;
- 2 – É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- 3 – Pretende a racionalidade da tomada de decisões;
- 4 – Visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação;
- 5 – Implica uma ação;
- 6 – Implica uma relação da causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados;
- 7 – É sistémico e de natureza multidisciplinar;
- 8 – É iterativo;
- 9 – É uma técnica de alocação de recursos;
- 10 – É um processo cíclico, em espiral;
- 11 – É uma técnica de mudança e inovação;
- 12 – É uma técnica para absorver a incerteza do futuro.”

O interesse pelo planeamento das ações de saúde surgiu como consequência da complexidade crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em todo o mundo.

“Em Saúde, planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias

alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.” (Tavares, 1990:29)

O planeamento em saúde é um meio de racionalizar os recursos disponíveis com vista a atingir os objetivos definidos, por forma a reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, e envolvendo a coordenação de esforços provenientes de diferentes setores socioeconómicos.

De acordo com Tavares (1990), “Subjacentes ao Planeamento da Saúde encontramos dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.”

O princípio da equidade na distribuição de recursos está mais presente na fase de definição de prioridades, sendo nesta fase que se decide pelas áreas de intervenção e pela comunidade ou grupo populacional a abordar e de acordo com os problemas de saúde identificados anteriormente, aquando da realização do diagnóstico da situação. Por outro lado, é na fase de seleção de estratégias que emerge o princípio da eficiência na distribuição de recursos. Assim, de entre as várias estratégias possíveis, será fundamental selecionar as que permitam atingir um máximo de resultados com os custos mínimos.

Tavares (1990:16) defende então que “(...) o planeamento pode permitir, assim, tentar ultrapassar uma das principais preocupações do economista da saúde: a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência”. Neste sentido, pode-se afirmar que é através de um planeamento em saúde bem concretizado e eficaz que se poderá obter uma maior eficiência, com base numa melhor redistribuição dos recursos, possibilitando a criação de estratégias de intervenção que possibilitem beneficiar o todo o tipo de população.

Imperatori & Giraldes (1992) apontam algumas razões que levam à necessidade do planeamento:

- ☐ Fazer uma gestão correta dos recursos tendo em conta a sua escassez. Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;
- ☐ Ter em conta não só o que já foi realizado mas também o que está a ser planeado por outros sectores de intervenção na problemática; as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;
- ☐ Fazer uma correta gestão dos equipamentos e das infraestruturas, de forma a rentabilizar.

A metodologia do planeamento em saúde é um instrumento de trabalho dos mais importantes para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade,

com base na metodologia do planejamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010). Este processo inclui várias etapas, iniciasse com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objetivos, e identificar atividades de intervenção que permitirão atingir os objetivos.” (Stanhope & Lancaster, 1999).

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

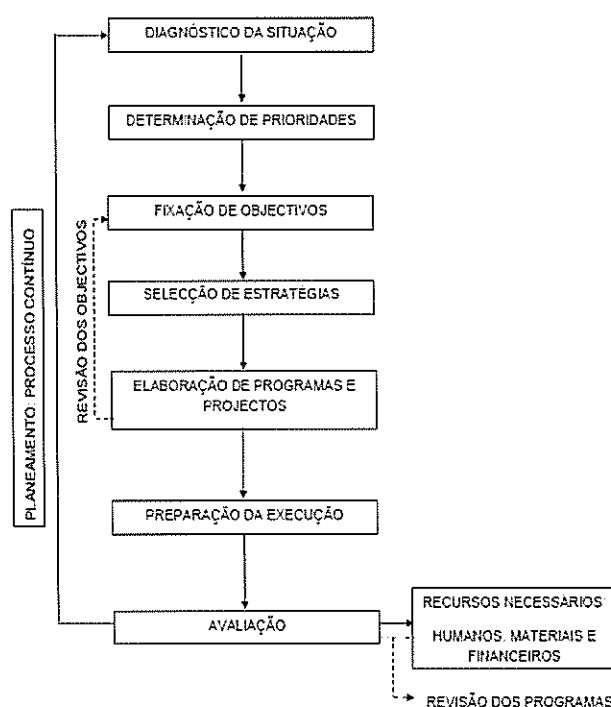


Figura 1: Etapas do Processo de Planejamento em Saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais

O primeiro passo no processo de planejamento em saúde é o **diagnóstico de situação**, e procura responder às necessidades da população e funciona como justificativa para as atividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

Conforme nos diz Tavares (1990), para se poder fazer um diagnóstico da situação é fundamental considerar dois conceitos: problema e necessidade. Para o autor “(...) um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo

médico ou pela coletividade (...)”, enquanto que “(...) a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir.” (Tavares, 1990:51).

As necessidades podem ser reais ou sentidas e, dentro das necessidades sentidas, podemos distinguir as expressas e as não expressas. Assim, ao elaborar o diagnóstico da situação, estamos a identificar problemas e a determinar necessidades.

Tavares (1990) vai ao encontro de Imperatori & Giraldes (1983) ao definir as características que o diagnóstico da situação deve possuir:

“Deve ser:

1. Suficientemente alargado;
2. Suficientemente aprofundado;
3. Sucinto
4. Suficientemente rápido;
5. Suficientemente claro;
6. Corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação,...).” (Tavares, 1990).

“O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para por em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados.” (Imperatori & Giraldes, 1983).

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde corresponde à **definição de prioridades**. Trata-se, essencialmente, de um processo de tomada de decisão. É nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

A fase da definição de prioridades consiste em

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

A definição de prioridades é uma etapa condicionada pela etapa anterior, o diagnóstico da situação e, que determinará a fase seguinte, a fixação de objetivos.

A etapa seguinte do processo de planeamento é a **fixação de objetivos**.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo.

Os objetivos fixados devem ser formulados de maneira a “(...) precisar os resultados que se podem obter, em relação a quem, em que tempo, e em que espaço.” (Tavares, 1990). Este autor refere ainda que “(...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo.” (Tavares, 1990). Aponta quatro características de tipo estrutural a considerar na formulação de um objetivo. O objetivo deverá ser:

- “- Pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção;
 - Preciso, contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido;
 - Realizável, não sendo um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado;
 - Mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.”
- (Tavares, 1990).

Para tal, Tavares (1990) refere que existem cinco elementos a ter em conta na construção dos objetivos: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou de fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Para a concretização da etapa de definição de objetivos, Imperatori & Giraldes (1983) apontam quatro fases a percorrer:

- “- A seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.”

Em relação aos indicadores, podemos afirmar que “(...) um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990). O aspeto fundamental de um indicador é que ele avalie convenientemente aquilo que na realidade se quer medir. Consideram-se dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto: medem a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema (Imperatori & Giraldes (1992)
- Indicadores de atividade ou de execução: medem a “(...) atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.” (Imperatori & Giraldes, 1983).

No que respeita à determinação da tendência dos problemas, esta consiste na “(...) determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham.” (Tavares, 1992).

Em seguida pode-se então proceder à fixação do objetivo, sendo este agora entendido como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de 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, 1992).

A dificuldade na fixação de objetivos a par com a necessidade de passar de objetivos muito complexos a objetivos mais específicos, levou ao conceito de objetivo operacional ou meta. O objetivo operacional (ou meta) define-se como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.” (Imperatori & Giraldes, 1992).

É também importante fazer a distinção entre objetivo (que se traduz em indicadores de resultado) e meta (ou objetivo operacional) no que diz respeito ao prazo de avaliação; ou seja, enquanto a evolução de um indicador de resultado ou de impacto só é passível de ser feita a médio prazo (5 a 6 anos), a avaliação de um indicador de atividade pode ser feita a curto prazo (anualmente).

“Fixar objetivos consiste em definir exatamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento.” (Tavares, 1990).

A fase da **seleção de estratégias** assume particular relevância no processo de planeamento, na medida em que visa determinar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, tendo como objetivo utilizar os recursos da forma mais eficaz.

Uma estratégia de saúde pode ser definida como “(...) o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1992).

Os mesmos autores consideram as seguintes fases na elaboração das estratégias de saúde:

- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Esboçar estratégias potenciais.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.
- Avaliar a adequação dos custos futuros.
- Rever as estratégias e os objetivos (se necessário) ”

Esta fase do planeamento requer alguma criatividade e também um conhecimento aprofundado acerca do problema em estudo, pelo que investigar sobre situações semelhantes pode facilitar a construção de estratégias inovadoras a operacionalizar na fase seguinte do processo de planeamento.

Contudo, existe sempre a possibilidade de surgirem obstáculos quer a nível organizacional, legal ou financeiro, relativamente a cada uma das estratégias formuladas. Por

vezes, os próprios profissionais de um serviço adotam posturas de resistência à mudança que são também obstáculos à implementação de um projeto.

Chegados a este ponto do processo de planeamento, é necessário planejar operacionalmente a execução do projeto. A etapa seguinte diz respeito à **elaboração de programas e projetos**.

Nesta fase, e segundo Imperatori & Giraldes (1992), “após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento: a formulação de programas e projetos.”

E, antes de mais, é importante fazer a distinção entre Programa e Projeto. Um programa pode definir-se como “(...) o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo.” (Imperatori & Giraldes, 1992). Por sua vez, um projeto “(...) é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.” (Imperatori & Giraldes, 1992).

Um programa distingue-se de um projeto na medida em que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.

Para a elaboração de um programa é fundamental ter em consideração as suas principais componentes: a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do programa e o seu financiamento. Assim, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

“Cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros:

- 1 – o que deve ser feito;
- 2 – quem deve fazer;
- 3 – quando deve fazer;
- 4 – onde deve ser feito;
- 5 – como deve ser feito;
- 6 – avaliação da atividade;
- 7 – se possível: o objetivo que deve atingir;
- 8 – eventualmente: o custo da atividade”. (Tavares, 1992).

De seguida, toma lugar a fase de **preparação da execução/execução**. Para Imperatori & Giraldes a preparação da execução “(...) é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação.” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta fase coloca-se em prática tudo o que foi planeado. Procura-se facilitar a realização das atividades através do conhecimento das inter-relações entre as diferentes atividades, evitando sobreposições e excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizando entraves na execução e prevendo recursos necessários.

Segundo Tavares (1992), na preparação da execução existem quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), com comportamentos (regulamentos – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), com métodos (procedimentos – determinar como devem processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as atividades).

Por fim, a última etapa do processo de planeamento é a **avaliação**.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”. (Imperatori & Giraldes, 1992).

Tavares (1990) refere que de acordo com a

“(…)Organização Mundial de Saúde (1981), a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento, integra-se também em cada uma das suas etapas.”

A principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso do planeamento realizado. Para que tal seja possível, é necessário recorrer a critérios e normas. “Um critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador, uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.” (Tavares, 1990).

Em suma, podemos afirmar que a avaliação permite fazer uma comparação entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento.

Existem várias classificações para a avaliação, refere-se aqui a de Donabedian (1980) por ser a mais conhecida. Imperatori & Giraldes (1992) referem que Donabedian (1980) classificou as avaliações em: avaliação de estrutura (equipamentos e instalações, organização e pessoal, fatores geográfico condicionantes); avaliação do processo (cobertura da deteção de casos; diagnóstico; tratamento; transferência de casos; coordenação e continuidade dos cuidados) e em avaliação dos resultados (satisfação do utente; consequências para a saúde).

Neste contexto, podemos concluir que a avaliação das atividades dos serviços de saúde é aquela que é feita anualmente, enquanto a avaliação dos resultados obtidos nos principais problemas de saúde é feita a médio prazo.

Após a realização da avaliação, é fundamental voltar à primeira fase do planeamento e proceder à atualização do diagnóstico da situação, melhorar a informação disponível, e assim sucessivamente, conferindo ao planeamento o seu carácter de processo dinâmico e contínuo.

Em suma, podemos afirmar que o planeamento é todo um conjunto de decisões programadas, previstas, e o seu resultado é uma mudança sociocultural por contato dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal.

O planeamento é inerente ao ser humano, com maior ou menor grau de consciência, todos planeamos a nossa vida nos seus diferentes aspetos. Se refletirmos um pouco mais, verificamos que há condições que nos obrigam a planear, sendo a principal o facto de querermos alcançar objetivos. Neste sentido, é através do planeamento que aumentamos a probabilidade de termos sucesso e de conseguirmos atingir os nossos objetivos.

A vida não é estática e a incerteza do futuro é real. As situações com que nos deparamos são dinâmicas, sofrendo constantes transformações. Logo, planear passa a ser uma necessidade constante, um processo permanente para que se possa garantir direccionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e procurando sempre caminhar na direção dos objetivos que se querem alcançar.

“Nos Serviços de Saúde, cabe aos profissionais a tarefa de intervirem na realidade, de forma a que esta seja uma construção das pessoas, onde os acontecimentos imprevistos mais não sejam do que fatores de ligeiras alterações nos projetos, necessariamente flexíveis.

Só esta flexibilidade permite que o futuro não encontre as equipas de projeto incapazes de se adaptarem a ele, e de o prepararem de forma a que ele próprio se adapte aos projetos já implementados.” (Tavares, 1990).

6.1 - A ENFERMAGEM E O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Perante a situação socioeconómica e política em que vivemos atualmente, assistimos a uma crescente preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença. Contudo, ainda existem instituições de saúde onde prevalecem intervenções aleatórias, que não potenciam os ganhos desejados e que desperdiçam os recursos existentes. Perante tal cenário, torna-se fundamental unir esforços no sentido de uma utilização eficiente dos recursos e, consequentemente, levar ao aumento dos ganhos em saúde.

Neste contexto, o planeamento surge como uma das principais ferramentas dos cuidados de enfermagem, pois é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

O processo de planeamento requer todo um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, ordenados de modo a poder interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e preestabelecidos.

Neste sentido, o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro define que um enfermeiro especialista deve ter:

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

No mesmo regulamento, é referido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização partilham de um grupo de domínios que são denominados competências comuns:

“a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

O planeamento em saúde é estabelecido com base numa determinada situação epidemiológica identificada, e permite ao enfermeiro adequar as ações às reais necessidades observadas em cada comunidade. Terá, no entanto, que ter em consideração a capacidade operacional da instituição/serviço, além de considerar também os aspetos políticos, sociais, económicos e culturais apresentados pela população.

Para tal, o enfermeiro precisa dominar uma série de conhecimentos e habilidades das áreas da saúde e da gestão, bem como ter uma visão geral do contexto em que se insere e revelar compromisso social.

O Regulamento 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, referindo que, este deve desenvolver “uma prática globalizante centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários assumem

um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

“(…) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (Regulamento 128/2011, 2001).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, durante o seu percurso de formação especializada, adquire

“(…)competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (Regulamento 128/2011, 2011).

De acordo com a OEP, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- “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”
- (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011).

Podemos assim concluir que, através da metodologia do planeamento em saúde é possível intervir em múltiplos contextos, promovendo o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados a toda a comunidade, tendo como objetivo o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de decisão e ao exercício da cidadania, abrangendo os grupos vulneráveis, provenientes de diferentes contextos, e exaltando a dimensão emergente da multiculturalidade.

A efetivação do planeamento em saúde é bem visível nas propostas de reformas na saúde que preconizam uma gestão e utilização racional dos recursos disponíveis, na qualidade das intervenções em saúde baseada na evidência científica, bem como no processo de formulação de políticas públicas de saúde e na definição de prioridades em investigação.

7 - A TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

Uma teoria pretende compreender a natureza dos comportamentos, identificar os procedimentos para posteriormente poder alterar e caracterizar os efeitos das influências externas nesses eventos. Assim, pode ser vista como um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições apresentados que pretendem observar factos e/ou eventos, explicar e prevê-los.

Os modelos, por sua vez, baseiam-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um facto. (Reis do Arco, 2011)

As teorias pretendem predizer e explicar comportamentos, abstraindo-se da realidade e, os modelos sugerem a forma como se devem alterar os comportamentos.

Tanto os modelos como as teorias pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento dos indivíduos, sobre as questões relacionadas com a saúde, baseando-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados. (Reis do Arco, 2011)

O enfermeiro “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento nº 128/2011)

O enfermeiro que realiza educação para a saúde na comunidade deve ter em conta as teorias e modelos existentes em contexto de promoção da saúde pois estas são uma “base teórica forte e permitem que os utentes sejam educados com êxito. (Lancaster, Onega & Forness, 1999)

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em contexto de capacitação e empoderamento, deve adequar uma teoria no processo de educação para a saúde ao indivíduo e comunidade.

Segundo Stanhope & Lancaster (1999),

“a capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões educacionais é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática dos enfermeiros comunitários. (...) As teorias pedagógicas ajudam os enfermeiros comunitários a compreender como as pessoas aprendem e como projetar e implementar a educação dos utentes.”

A teoria selecionada enquadra-se nas teorias de mudança de comportamento, e destaca a capacidade do aluno em integrar informações e processá-las, através da observação de modelos, estando o seu conhecimento em construção contínua. O aluno está motivado para a aprendizagem, adequando-a às suas necessidades pessoais.

A teoria selecionada, que serviu de base ao trabalho desenvolvido no estágio e que agora foi descrito, foi a Teoria Sócio-Cognitiva, anteriormente designada por Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Albert Bandura.

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo e introduzem um novo conceito que consiste na aprendizagem por observação de modelos. Os comportamentos apreendidos podem ser alterados quando não são os corretos, desde que o indivíduo seja corretamente informado, pois ele tem essa capacidade para o fazer. Fornecer-lhe informações e indicar-lhe factos facilita a compreensão, a organização e a retenção dos conhecimentos.

Albert Bandura, psicólogo, defende que a aprendizagem se faz através da observação dos outros e propõe uma abordagem à aprendizagem social e ao papel das influências sociais na aprendizagem. O indivíduo torna-se um agente ativo no processo.

A teoria proposta por Bandura consistia em alterar ou modificar comportamentos considerados socialmente indesejáveis. Se o comportamento do indivíduo é aprendido observando os outros, modela-se esse comportamento de acordo com o dos outros, sendo assim possível alterar ou reaprender o comportamento indesejável por meio da observação.

A teoria baseia-se em dois princípios básicos, a interação recíproca entre os fatores internos (intrínsecos ao indivíduo), os externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo, que se influenciam mutuamente. Bandura agrupou estas influências de modo a que nenhuma das três fosse considerada como uma entidade isolada. O segundo princípio assenta na diferenciação entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento) (Aguilar, 2010).

Há quatro elementos para explicar a aprendizagem por observação:

- Atenção - Existe uma seleção naquilo a que se presta a atenção, sendo esta feita em função das características do modelo, do observador e da atividade em si.
- Retenção - A informação observada é codificada, armazenada e organizada em padrões com forma de imagens e construções verbais.
- Reprodução - Consiste em traduzir as conceções simbólicas armazenadas em ações correspondentes.

- **Motivação e Interesses** - a aquisição é um processo diferente da execução. Para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para fazê-lo, o que pode ser alcançado através de incentivos. (Aguilar, 2010)

Aguilar (2010) refere que Bandura identificava três tipos de reforços (ou regulação) no processo de aprendizagem, os reforços diretos em que o observador reproduz o que observou, os reforços indiretos em que os resultados observados no comportamento dos outros podem modificar o comportamento do indivíduo da mesma forma que os resultados obtidos da experiência direta, e, os auto reforços em que é o sujeito que controla os seus próprios reforços.

Bandura defende que as respostas comportamentais são iniciadas pelo próprio indivíduo. Quando um reforço externo altera o comportamento é porque o indivíduo tem consciência da resposta a ser reforçada e antecipa a receção do mesmo reforço ao repetir o comportamento quando a situação se repetir.

A teoria de Bandura é constituída pelo comportamento potencial, a expectativa, o valor do reforço e a situação psicológica do indivíduo. O potencial para a adoção de um determinado comportamento resulta da expectativa relativamente a esse comportamento, de um determinado reforço e no valor que esse reforço tem para o indivíduo.

Bandura defende que o indivíduo é motivado a adotar comportamentos cujo resultado valoriza e que se sente capaz de desempenhar eficazmente. (Aguilar, 2010)

O processo cognitivo do indivíduo é o mecanismo entre o estímulo e a resposta. Para Bandura, não é o esquema de reforço em si que produz efeito na mudança do comportamento do indivíduo mas sim o que este pensa desse esquema. A aprendizagem ocorre por meio de modelos e não pelo reforço direto. Assim, a tendência é imitar os comportamentos mais simples e não os mais complexos.

O comportamento é influenciado por dois conjuntos de expectativas. As expectativas de ação – resultado, que traduzem a crença pessoal de que uma ação conduz a determinado resultado e, as expectativas de auto – eficácia que refletem até que ponto os indivíduos acreditam ser capazes de adotar um comportamento desejado.

As consequências informam os indivíduos relativamente à correção ou à conveniência das suas ações mas, podem também gerar motivação para realizar ações que geram consequências positivas noutros. No entanto, a observação de modelos não garante, por si só, a aprendizagem dos comportamentos. Os fatores envolvidos na aprendizagem por observação são as consequências do comportamento, as características do observador e as características do modelo. (Aguilar, 2010)

Logo, a tendência do indivíduo é de modelar o próprio comportamento com base nos indivíduos do mesmo sexo e idade que conseguiram resolver os problemas similares aos seus.

Quanto ao ensino, existem quatro aplicações a ter em conta na aprendizagem por observação:

- O ensino de novos comportamentos – Quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir, deve-se utilizar as mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo, de forma deliberada.
- Desenvolvimentos das emoções – Através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reações emocionais a situações nunca experimentadas.
- Facilitar os comportamentos – Pode-se aprender comportamentos não por se estar especialmente motivado, mas por serem necessários em determinadas situações sociais, através da observação dos outros.
- Troca de Inibições – A inibição ocorre quando se vê um modelo, tornando indesejável a sua imitação devido às consequências negativas do seu comportamento. (Aguilar, 2010)

Stanhope & Lancaster (1999), referem que “assim, os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado ou, ainda, ambos”.

Assim, os enfermeiros devem assumir uma responsabilidade social, e devem promover que os indivíduos compreendam os riscos, procurando compreender os comportamentos.

Bandura explica a influência entre fatores ambientais, pessoais e o comportamento. Considera-se que na sua teoria há um *determinismo recíproco* (ao incentivar-se o indivíduo a alterar o seu contexto está a alterar o meio envolvente), uma *capacidade comportamental* (com a aquisição de conhecimentos promove-se a capacitação dos indivíduos para mudarem os seus comportamentos), as *expectativas* (informar sobre os efeitos eventuais da ação, definindo objetivos credíveis), a *auto eficácia* (confiança na aptidão de efetuar e dar continuidade à ação através do fornecimento de informação por forma a induzir comportamentos), e a *aprendizagem observacional* (aprender comportamentos saudáveis através do encorajamento) (Aguilar, 2010)

Para Bandura, as crenças que os indivíduos têm acerca das suas capacidades podem ser o melhor prognóstico da sua conduta e de habilidade, uma vez que o indivíduo tem a tendência de escolher as atividades nas quais se considera mais hábil e a recusar aquelas que considera mais difíceis. Assim, as crenças sobre a autoeficácia influenciam a tomada de decisões e condicionam o comportamento. Para Bandura, a auto eficácia refere-se às crenças nas

capacidades individuais em organizar e executar os cursos de ação necessários para a produção de determinado feito ou realização. Assim, defende-se que em contexto escolar, não se trata de o aluno possuir tais capacidades mas sim de acreditar que as possui e, a intensidade das crenças da autoeficácia depende da interação entre os fatores intrínsecos e os extrínsecos.

Para Bandura o indivíduo não reage automaticamente às influências do meio, as reações aos estímulos são auto ativadas.

Bandura não vê o indivíduo como um ser passivo, dominado por ações ambientais, mas sim como um ser influenciável e influente em todos os processos. O comportamento não precisa ser reforçado para ser adquirido, o indivíduo aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências dos outros que o rodeiam, considerando que pensamentos, crenças e expectativas fazem parte de um processo de reforço.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária baseiam-se nesta teoria, pois tal como referem Stanhope & Lancaster (1999) “os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado ou, ainda, ambos”.

PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A intervenção comunitária realizou-se após o diagnóstico efetuado no Estágio I do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e decorreu na Escola Secundária de S. Lourenço, que tinha solicitado a colaboração da E.S.S.P. para um projeto de trabalho conjunto sobre a Sexualidade do Adolescente.

No estágio realizámos o diagnóstico de saúde e a intervenção comunitária foi desenvolvida consoante as necessidades identificadas pelo diagnóstico. O capítulo irá ilustrar o percurso efetuado ao longo dos dois módulos de estágio.

1.1 - ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO

A Escola Secundária de S. Lourenço foi construída na década de 50 do século XX para acolher a antiga escola técnica industrial, situa-se no centro da cidade e recebe os alunos da cidade, das freguesias rurais do concelho e também dos concelhos limítrofes.

No ano letivo de 2009/2010 sofreu obras de requalificação e modernização através do programa de requalificação das escolas através do “Parque Escolar”. A escola ficou com 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, Biblioteca, Complexo Desportivo e outras infraestruturas de apoio, tudo em espaços amplos e apelativos.

Quando efetuamos o diagnóstico de situação, no ano letivo de 2012/2013, a E.S.S.L. tinha cerca de 900 alunos. 4 turmas de 7.ºano, 12 turmas de 10.ºano, 9 turmas de 11.ºano, 10 turmas de 12.ºano e uma turma de educação e formação de adultos. No ano letivo, 2013/2014, quando concretizamos o projeto de intervenção tinha 841 alunos divididos por 3 turmas de 7.ºano, 3 turmas de 8.ºano, 6 turmas de 10.ºano, 11 turmas de 11.ºano e 9 turmas de 12.ºano.

A E.S.S.L. inclui-se na Rede de Escolas Promotores de Saúde e no seu projeto educativo estão incluídas estratégias de promoção da saúde através de ações de enriquecimento curricular.

A Educação Sexual tem uma carga horária mínima de 12 horas/ano. Os conteúdos disciplinares fazem parte do Projeto Curricular de Turma que é elaborado no início de cada ano letivo. A planificação do Projeto de Educação Sexual bem como os temas a abordar são

definidos em reunião de Conselho de Turma com a colaboração do representante dos Encarregados de Educação e discutido com os alunos. A Educação Sexual baseia-se na portaria n.º196-A/2010, de 9 de Abril.

Os conteúdos são selecionados com base nas orientações do Ministério da Educação e, as estratégias a incrementar ao longo do projeto são desenvolvidas pelos Conselhos de Turma como resposta às necessidades e aos interesses determinados quando se fez a caracterização das turmas e a elaboração dos respetivos Projetos Curriculares.

A E.S.S.L. pretende envolver os alunos, implicando-os na construção do seu próprio conhecimento, capacitando-os, permitindo-lhes assim ter um papel ativo não só no seu percurso escolar mas também na sociedade.

1.2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Como já foi referido anteriormente, o diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde e deve justificar as atividades desenvolvidas junto do grupo a que se destina, neste caso, a comunidade escolar.

O diagnóstico de situação foi desenvolvido junto dos adolescentes da escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre, durante o estágio, no 2º Semestre do 1º Ano do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, no ano letivo 2012/2013.

No diagnóstico de situação desenvolvido, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, pois como nos refere Fortin (1999) “é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

Neste contexto, optamos pela utilização de um questionário concedido pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, que posteriormente autorizou a sua utilização e adaptação. Trata-se de um questionário estruturado e misto, pois é constituído por questões abertas e fechadas. Foi adaptado do instrumento validado e utilizado por Martins (2007) num estudo efetuado numa cidade do Norte Alentejo, e da escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2003) num estudo realizado em Portugal. De referir que o questionário utilizado já existe na comunidade científica, estando a sua fidedignidade já avaliada, pelo que não foi necessário aplicar um pré-teste.

A aplicação dos questionários foi feita de forma ética e profissional. Apresentámo-nos e explicámos o questionário e qual o seu objetivo, atestámos a sua confidencialidade transmitindo-lhes mais segurança e utilizando linguagem acessível.

Foram respeitados os fatores de cariz ético. Os questionários foram utilizados apenas para este estudo e, os dados dos alunos foram de cariz voluntário. Os alunos receberam o questionário diretamente de nós, em contexto de aula, e foi preenchido individualmente por cada inquirido. Durante o preenchimento estiveram sempre presentes pelo menos dois investigadores (mestrandos), que responderam às solicitações dos alunos e que garantiram a confidencialidade das respostas.

A Direção da E.S.S.L. tinha feito um pedido de colaboração à E.S.S.P. para a realização de um projeto de trabalho conjunto no âmbito da Sexualidade do Adolescente, assim, não foi necessário pedir autorização para realizar o estudo e aplicar os questionários.

Foi elaborado um documento pelos mestrandos que posteriormente foi distribuído a todos os alunos que integravam a amostra selecionada, uns dias antes das datas programadas para a aplicação do questionário, para pedir o consentimento dos pais para aplicar os questionários aos alunos.(Ver anexo II)

A aplicação dos questionários aos alunos decorreu entre os dias 15 e 24 do mês de Maio de 2013.

Para definir a amostra que queríamos trabalhar no diagnóstico de situação, focámo-nos na natureza do projeto. Esta consiste em identificar as necessidades, conhecimentos e opiniões/attitudes da população em estudo, de modo a permitir, numa fase mais avançada, o desenvolvimento de estratégias de Educação Sexual adequadas à promoção da saúde sexual dos adolescentes. O estudo foi direcionado para o 7º e 10º ano, pois a maioria dos alunos que agora responderam ao questionário, serão posteriormente alvo dessas intervenções a planear.

Escolhemos os alunos do 7º ano, por se encontrarem numa fase inicial da adolescência, onde começam a sentir as transformações biológicas e onde, à partida, ainda não têm experiências que possam modificar os seus testemunhos. Os alunos do 10º ano foram escolhidos porque se encontram já numa fase mais avançada da adolescência e os seus testemunhos são muitas vezes fruto das suas experiências. Nesta fase, pelo facto de já terem vivenciado algumas situações e emoções, ficam em condições de refletir sobre a importância da problemática apresentada.

A seleção das turmas incluídas na amostra foi feita intencionalmente, recorrendo à colaboração de observadores privilegiados, como foi o caso da Vice-Diretora da E.S.S.L. A colaboração procurou incluir na amostra uma turma de cada curso, e que fosse, com base nos

conhecimentos da Vice-Diretora, o mais representativa possível da população de alunos da escola.

As turmas do 7º ano foram todas incluídas na amostra por serem só 4. No 10º ano foi selecionada uma turma de cada curso, exceto o curso de Ciências e Tecnologias (tem os alunos distribuídos por quatro turmas) de onde se selecionaram duas turmas. A turma de 10º ano do Curso Profissional de Técnico Auxiliar de Saúde, também foi uma escolha intencional, por se tratar de um estudo no domínio da saúde.

A população ou universo deste estudo são os alunos da E.S.S.L. em Portalegre. De acordo com Ribeiro (2008) o universo designa a população à qual o investigador pretende generalizar os resultados da investigação.

A amostra inicial definida neste estudo é de 252 alunos (4 turmas de 7º ano e 6 turmas de 10º ano). No entanto, houve alunos que desistiram da escola, outros que faltaram às aulas no dia em que aplicámos os questionários e, alunos que não participaram no estudo por não terem autorização dos encarregados de educação, assim, ficamos com uma amostra final de 214 alunos, o que representa aproximadamente 24% do nosso universo.

1.2.1 - RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO

Após realizarmos o Diagnóstico de Situação verificámos que a idade dos jovens que compõem a amostra varia entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de 14,7 anos e a sua mediana traduz o valor de 15 anos de idade. 53,7% dos inquiridos é do sexo feminino, e 46,3% são do sexo masculino.

Na caracterização sociodemográfica verificamos que os pais dos jovens são na sua maioria casados (67,8%), contudo, cerca de 25,7% referem ter pais divorciados/separados. A maioria dos jovens inquiridos vive com a família (98,1%), não especificando com que familiares vivem; 1,9% dos jovens inquiridos vivem em instituições.

Quanto à religião, a maioria dos jovens dizem ser católicos (78%). Porém, cerca de 50% dos jovens diz não ser praticante da religião que professa, em oposição a 38% que referem ser praticantes da religião que professam. Perante a predominância da religião católica, pretendemos perceber se os jovens traduziam na sua vida as normas religiosas da religião que professam; constatámos que 51,4% dos participantes do estudo assumem não seguir fielmente essas normas, enquanto 28% refere seguir fielmente as mesmas.

Através deste estudo também quisemos identificar os principais canais de informação dos jovens sobre as questões da sexualidade. Concluímos que os amigos são os mais procurados pelos adolescentes quando sentem necessidade de esclarecer dúvidas acerca da sexualidade. (48,6%). A seguir aos amigos, a mãe é identificada por 19,6% dos jovens como canal referencial para esclarecer dúvidas relacionadas com a sexualidade, sendo que apenas 3,3% referem o pai como referência para conversas acerca da sexualidade. Os professores e os (as) namorados (as) só são uma escolha possível para abordar o assunto da sexualidade para 2,8% e 1,9% dos jovens, respetivamente. É importante sublinhar que 11,2% dos jovens inquiridos refere não falar sobre sexualidade com ninguém.

A maioria dos jovens refere não ter dificuldade em conversar com os pais (70,6%), sendo apenas 29,4% os que referem essa dificuldade.

Quando se tentou perceber se os jovens inquiridos já haviam tomado a decisão de iniciar a sua vida sexual, verificou-se que a maioria (70,6%) respondeu que não, sendo 29,4% os que afirmam já ter decidido começar a ter relações sexuais.

Depois tentou-se perceber qual a opinião e preocupação dos jovens acerca dos temas: homossexualidade, SIDA e imagem corporal. Constatou-se que: cerca de 37,9% dos inquiridos tem amigos que identifica com tendências homossexuais; os jovens estão preocupados com o VIH (SIDA), sendo 85% os que responderam que se preocupam com esta questão; cerca de 71,4% dos jovens preocupam-se com a sua imagem corporal, o que reflete uma das questões centrais da adolescência (a relação com o próprio corpo).

Também para abordar os temas já referidos (homossexualidade, SIDA e imagem corporal), os jovens recorrem preferencialmente aos amigos, referido por 79,4%. No seio familiar, é sobre a mãe que recai a escolha dos jovens (53,7%), no entanto, para estes assuntos, 25,2% dos jovens procura o pai para se esclarecer. A internet surge como uma fonte de informação importante no que diz respeito a estes temas, 40,7% dos inquiridos procuram esclarecer as suas dúvidas através da internet.

Quanto à frequência com que os inquiridos falam com a mãe e com o pai sobre os temas relacionados com a sexualidade, concluímos que existem temas muito difíceis de abordar por parte dos jovens, nomeadamente: pornografia, sonhos molhados, masturbação, vida sexual dos adultos, pílula, homossexualidade e aborto.

Os temas que os jovens mencionam abordar sempre com a mãe são: período menstrual, namoro, mudanças corporais na adolescência, gravidez, SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis. Os temas mais abordados com o pai são as mudanças corporais na adolescência e o namoro.

Sobre a questão se os jovens se consideravam bem informados sobre as questões da sexualidade, a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente, sendo que 76,6% consideram-se bem informados e apenas 23,4% referem não estar bem informados acerca deste tema.

Na análise da importância atribuída pelos inquiridos aos diferentes interlocutores na sua educação sexual, verificou-se que os pais, os amigos e a escola surgem como os mais significativos; a internet aparece em seguida sendo referida por 14,5% dos inquiridos como muito importante. Os interlocutores menos valorizados foram a igreja e a imprensa escrita.

Quanto à escala de atitudes liberal/conservador face à sexualidade, concluiu-se que:

- a idade influencia a atitude dos adolescentes: quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que diz respeito à atitude liberal/conservador face à sexualidade;
- os jovens que dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade.

Concluindo, no que se refere ao índice liberal/conservador, podemos afirmar que os jovens inquiridos se revelaram tendencialmente liberais, com um valor de índice de 64,5%.

Após a análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário, foram identificados problemas e determinadas necessidades relacionadas com as atitudes dos adolescentes inquiridos face à sexualidade.

1.2.2 - Problemas identificados

Após a análise dos resultados obtidos através do diagnóstico de situação identificámos os seguintes problemas:

- Uma percentagem significativa de adolescentes (11,2%) não fala com ninguém sobre sexualidade, o que reforça o facto de estes assuntos ainda serem considerados tabu na vida dos jovens.
- Os jovens escolhem como principal fonte de informação e partilha nos assuntos relacionados com a sexualidade, os pares/amigos. Contudo, cerca de 70,6% dos jovens inquiridos refere não ter dificuldade em falar com os pais, apenas 29,4% assumem esta dificuldade. Estes resultados são validados por resultados de diversos estudos realizados tanto

em Portugal como noutros países. Como exemplo referimos o estudo de Brás (2012) que identifica ser nos seus pares que os jovens procuram apoio e a criação de novos modelos e novas formas de identificação.

- A internet tem uma importância cada vez maior na vida dos jovens, inclusivamente como fonte de informação na educação sexual. Da amostra inquirida, cerca de 40,7% dos jovens procuram esclarecer as suas dúvidas relacionadas com a sexualidade através da internet.

- No que respeita à intencionalidade de iniciar a vida sexual, cerca de 29% dos inquiridos já decidiram iniciar a sua vida sexual. Estes resultados mostram concordância com diversos estudos desenvolvidos tanto em Portugal como noutros países que têm vindo a provar que os adolescentes iniciam a sua vida sexual ativa cada vez mais cedo.

- Cerca de 37,9% dos adolescentes afirmam que têm amigos que identificam com tendências homossexuais.

- A maioria dos jovens preocupa-se com o VIH (SIDA), o que nos permite afirmar que os adolescentes não são alheios à problemática da SIDA.

- Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, o que se constata pelo facto de 71% dos inquiridos ter respondido que esta é uma questão que os preocupa.

- Existem assuntos sobre os quais os adolescentes nunca falam com os pais, nomeadamente: pornografia, sonhos molhados, masturbação, vida sexual dos adultos, pílula, homossexualidade e aborto.

- Apenas 23,4% dos inquiridos refere não se sentir bem informado acerca da temática da sexualidade. A maioria considera-se bem informada, o que pode ter por base o sentimento de invulnerabilidade característico desta etapa da vida.

- No que diz respeito à escola, os adolescentes consideram que esta tem um importante papel como agente socializador no domínio da educação sexual, sendo no entanto o papel dos amigos e dos pais considerado como mais importante. À escola os jovens reconhecem competência e direito para proporcionar educação sexual, pelo que se assume como fundamental que esta, por sua vez, aposte nesta área transmitindo conhecimentos corretos, que possam deitar por terra toda a informação incorreta que os adolescentes aprendem através da televisão e da internet, que são fontes de informação privilegiadas por eles, não conseguindo na maioria das vezes fazer a triagem entre informação correta e ficção/mitos.

1.2.3 - Necessidades determinadas

Importa agora identificar as necessidades em saúde, uma vez que já são conhecidas as características gerais da amostra.

As necessidades identificadas foram:

- Iniciação sexual precoce associada a um baixo índice de informação, coloca os adolescentes num grupo muito vulnerável a infeções sexualmente transmissíveis e gravidez não planeada.
- Partilhar com a família a responsabilidade pela educação sexual das crianças e adolescentes.
- Promover a reflexão dos adolescentes face à sexualidade.
- Facultar aos adolescentes conhecimentos sobre o seu corpo e formas de obter prazer, e também, alertar para os riscos de determinados comportamentos, para que possam lidar com a sexualidade de forma responsável, tornando-se agentes na promoção da própria saúde.
- As influências que o grupo de amigos exerce sobre os adolescentes aparecem de várias formas, com novas descobertas, trocas de experiência, partilha e parceria nas relações. É importante que os adolescentes percebam que podem comparar e partilhar atitudes e comportamentos, mas sem a intenção de copiar, e sim encontrar o seu próprio modo de viver a sexualidade.
- A necessidade de espaços permanentes para diálogo, para que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e/ou professor no contexto da educação sexual possa ser contínuo, tanto no âmbito da consulta individual, como no desenvolvimento de atividades de grupo.

1.3 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico de situação segue-se a definição de prioridades. Esta fase surge devido à impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente, sendo fundamental definir as prioritárias.

A população privilegiada neste projeto são os adolescentes. Apesar disso, foi pensado um projeto que envolveria pais/encarregados de educação e professores. Tal não foi possível devido à limitação temporal da operacionalização deste projeto e, em concordância com a Coordenação do Curso de Mestrado e com a Direção da E.S.S.L., optou-se por privilegiar a intervenção com os adolescentes.

Após o diagnóstico de saúde efetuado foram detetadas várias necessidades de intervenção. Apesar disso não foi necessário definir prioridades, pois considerámos que todas essas necessidades eram suscetíveis de ser abordadas em sala de aula em sessões de educação para a saúde.

Estavam assim reunidas as condições para definir os objetivos deste projeto e refletir sobre as estratégias e recursos a utilizar.

1.4 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa da metodologia do planeamento em saúde é a fixação de objetivos.

Definimos então os seguintes objetivos gerais e específicos, bem como algumas atividades a desenvolver de forma a poder atingir os objetivos propostos, durante o estágio no âmbito Promoção de Estilos de Vida Saudáveis – na área da Educação Sexual.

Objetivo geral:

Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes da E.S.S.L., através da capacitação e do empoderamento.

Objetivos específicos:

☒ Contribuir para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes do 8.º ano (turmas A, B e C) e do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.

☒ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A, B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas pelo diagnóstico de situação, até final de Janeiro de 2014.

☒ Utilizar abordagens ativas nas estratégias a desenvolver no âmbito da educação sexual, até final de Janeiro de 2014.

☒ Promover a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.

☒ Proporcionar aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade.

☑ Promover a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.

☑ Proporcionar aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade.

☑ Promover a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade, aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da ESSL, até final de Janeiro de 2014.

☑ Avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A,B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) face às atividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em meio escolar, até final de Janeiro de 2014.

Nesta fase só é possível avaliar as atividades desenvolvidas e as sessões de educação para a saúde realizadas, e não os ganhos em saúde por elas proporcionados, uma vez que isso implicaria uma avaliação a longo prazo, e tal não seria possível de concretizar neste relatório.

Em saúde comunitária muitas intervenções de enfermagem produzem efeito apenas a longo prazo, logo, os ganhos em saúde que este projeto poderá proporcionar, não poderão ser por nós avaliados,

Para além dos objetivos, definimos também indicadores de atividade ou de execução e indicadores de resultado das atividades realizadas, uma vez que nesta intervenção apenas é possível avaliar as atividades desenvolvidas e as sessões de educação para a saúde realizadas, e não os ganhos em saúde proporcionados pelas intervenções uma vez que isso implica uma avaliação a longo prazo, o que não é possível de efetuar neste relatório.

Indicadores de Atividade ou Execução

- ❖ Realização de pelo menos uma reunião de orientação com a Coordenadora do Mestrado em Enfermagem;
- ❖ Realização de pelo menos uma reunião com a Direção da E.S.S.L.;
- ❖ Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma

Indicadores de Resultado da Atividade

- ❖ Obter 100% de respostas aos questionários de satisfação no final de todas as sessões de educação para a saúde;

- ❖ 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais, quanto à utilidade dos temas abordados;
- ❖ 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais, quanto à forma como os temas foram abordados;
- ❖ 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais, quanto ao esclarecimento de dúvidas;

1.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A **seleção de estratégias** corresponde à 4ª etapa do planeamento em saúde.

Esta etapa pretende definir as técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados, ou seja, delinear as diferentes formas de resolver um problema.

As nossas estratégias foram orientadas para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências e valores sócio afetivos, que possibilitem aos jovens a construção de um quadro de referências pessoal, quadro esse que lhes será indispensável para uma tomada de decisão consciente e responsável no domínio da saúde sexual e reprodutiva.

Por tudo isto, consideramos o contexto escolar atrativo, por ser potenciador do desenvolvimento de ações conducentes à aprendizagem de comportamentos e ao desenvolvimento de atitudes.

As estratégias selecionadas foram:

- Articulação e envolvimento da Direção da E.S.S.L.
- Diferenciação das áreas temáticas a abordar nos diferentes anos de escolaridade (8.º ano e 11.º ano) onde se realizaram as sessões de Educação para a Saúde
- Motivação e envolvimento dos diretores de turma, das turmas envolvidas no projeto
- Realização de sessões de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes
- Avaliação da satisfação dos adolescentes com as sessões
- Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à Direção e corpo docente da E.S.S.L

1.6 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Após a fixação dos objetivos e a seleção das estratégias, passamos à 5ª etapa do planeamento em saúde, a **elaboração de programas e projetos**.

Começámos por elaborar um Projeto de estágio em grupo, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, que nos permitiu definir o caminho que queríamos seguir de forma a alcançar os objetivos a que nos havíamos proposto. (ver Apêndice II)

Depois o projeto inicial foi adaptado e foi construído o projeto de estágio individual, no qual cada mestrando colocou aspetos individuais que gostaria de desenvolver. (ver Apêndice III)

1.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO

A **preparação da execução/execução** é uma etapa operacional do planeamento em saúde.

Começámos com a elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver ao longo do projeto. (ver Apêndice IV).

Foram realizadas reuniões periódicas do grupo de trabalho, para o planeamento da intervenção comunitária. Realizámos também reuniões de orientação com a Coordenadora do 3.º Mestrado em Enfermagem, sempre que houve necessidade, que serviram essencialmente para definir estratégias, atividades e recursos a utilizar nas sessões de educação para a saúde, assim como para o esclarecer dúvidas que iam surgindo com o desenvolvimento do projeto.

Para a estratégia:

Articulação e envolvimento da Direção da E.S.S.L.

Foram realizadas reuniões preparatórias com a Direção da E.S.S.L. e com a professora responsável pelo PES, onde foram expostos os objetivos do projeto e onde foram também apresentados, de forma sucinta, os resultados do diagnóstico de situação, que já havia sido enviado eletronicamente à Direção. Foram debatidas as áreas temáticas a abordar nas sessões e, neste contexto, foi-nos pedido que evitássemos temas muito específicos e técnicos, como Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos, uma vez que se trata de temáticas que já haviam sido apresentadas aos alunos, segundo a professora responsável pelo PES.

Nestas reuniões foram também definidas as datas e as salas de aulas onde as sessões de educação para a saúde iriam decorrer. Foram privilegiadas as aulas com os Diretores de Turma. (ver Anexo III).

Com esta estratégia pretendeu-se concretizar o que viria a ser estabelecido, mais tarde, pelo Protocolo de Colaboração assinado entre a Direção Geral da Educação e a Direção Geral da Saúde em 26 de Fevereiro de 2014, cujo objetivo é:

“colaborar a nível técnico, científico, pedagógico e logístico, no sentido de promover a Educação para a Saúde, desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis assentes no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, em todos os níveis de educação e ensino” (ME & MS, 2014).

Devido ao meu horário de trabalho, horário fixo com 40h/semanais, não pude estar presente em todas as reuniões.

Diferenciação das áreas temáticas a abordar nos diferentes anos de escolaridade onde se realizaram as sessões de Educação para a Saúde

O nosso projeto dirige-se a dois grupos diferentes dentro do mesmo grupo-alvo (adolescentes que frequentam o 8.º ano e adolescentes que frequentam o 11.º ano), posto isto, decidimos ser necessário abordar temáticas diferentes para cada grupo, procurando desta forma adequar as sessões para o grupo a que se destinavam. Para isso, tivemos em consideração o grau de desenvolvimento e os interesses próprios da etapa da vida em que se encontram.

Com esta diferenciação de temáticas, conseguimos ajustar tanto os temas como as estratégias de ensino/aprendizagem à idade, ao nível de desenvolvimento e ao nível educacional do nosso público.

Nas turmas do 8º ano a temática desenvolvida foi *Identidade e Sexualidade* e, os temas abordados foram a autoestima, género e sentimentos, gostos e decisões.

Nas turmas do 11º ano a temática foi *Expressões da Sexualidade* e os temas abordados foram o conceito de sexualidade, orientação sexual, comportamentos sexuais, relações com os pares, família e outros.

Motivação e envolvimento dos diretores de turma, das turmas envolvidas no projeto (8.º A,B e C e 11.º A, C, E, F, H, e I)

Foram privilegiadas as aulas com os diretores de turma, das turmas envolvidas no projeto, para a realização das sessões de educação para a saúde, que ao se mostrarem muito interessados no projeto foram eles próprios motivadores das dinâmicas estabelecidas durante

as sessões. A colaboração dos docentes foi muito importante, permitiram a nossa presença na sala de aula e disponibilizaram o tempo de aula para a sessão de educação para a saúde prevista por nós.

Apesar de os professores se mostrarem favoráveis à educação sexual em ambiente escolar, continuam a haver dúvidas sobre a forma como essa educação deve ser desenvolvida. É manifesta a necessidade de formação nesta área por parte dos docentes, bem como no que respeita ao funcionamento dos serviços de saúde para atendimento de jovens com problemas no contexto da vivência da sexualidade.

Realização de sessões de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes do 8.º ano (turmas A, B e C) e do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I)

Foram desenvolvidas duas áreas temáticas, uma para cada ano de escolaridade das turmas que integram o projeto de forma a conseguir organizar sessões que dessem resposta aos problemas/necessidades levantados pelo diagnóstico de situação e que se adequassem à idade dos adolescentes alvo e às necessidades de educação sexual.

✕ Sessões de Educação para a Saúde para as turmas do 8.º ano

Para os alunos do 8º ano (turmas A, B e C) foram realizadas 3 sessões com o objetivo de definir e alertar para as mudanças emocionais e intelectuais que ocorrem nesta fase. Houve também o intuito de melhorar as suas relações pessoais e sociais através de um melhor conhecimento de si próprio e dos outros abordando temas como a autoestima e a confiança pessoal.

Na área temática desenvolvida - *Identidade e Sexualidade*, foram abordados os temas: autoestima; identidade sexual e identidade de género; sentimentos, gostos e decisões. (ver Apêndices V e VI).

Utilizou-se a metodologia expositiva e participativa, criando interação com os jovens através de debates. Os jovens demonstraram interesse e envolvimento nas sessões, interagiram e colocaram perguntas enquadradas nas apresentações expostas.

Nesta fase os jovens são muito curiosos e questionam tudo o que os rodeia, comportaram-se como “esponjas”, capazes de absorver tudo o que lhes foi dito.

✕ Sessões de Educação para a Saúde para as turmas do 11.º ano

Para os alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) foram realizadas 6 sessões com o objetivo de reconhecer a sexualidade como uma das dimensões da personalidade humana;

aceitar a construção da intimidade (relações amorosas e sexualidade) como um elemento capital nesta fase; adquirir a noção de ser-se pessoa sexuada e diferenciada do semelhante; reconhecer a importância da comunicação no âmbito da sexualidade.

A área temática designou-se *Expressões da Sexualidade* e, os conteúdos abordados centraram-se no desenvolvimento afetivo-sexual. Abordaram-se o conceito de sexualidade, orientação sexual, comportamentos sexuais e relações com os pares, com a família e com os outros.

Também aqui houve recurso à exposição oral, apresentação de diapositivos e debate, o método interativo foi mais uma vez utilizado como estratégia. A participação dos jovens permitiu-nos reconhecer a experiência dos participantes e, estimular a reflexão e a troca de pontos de vista.

Os alunos do 11.º ano mostraram menos envolvimento e, alguns referiram já saber tudo o que estávamos a dizer. Os jovens são pouco tolerantes uns com os outros, dando a entender que alguns colegas não têm qualquer experiência. Nesta fase, as vivências da sexualidade que os jovens já possuem, têm um caráter intimista e individualizado e os adolescentes preferem ser abordados individualmente.

Os alunos do 11º ano por já terem algumas vivências precisam de um acompanhamento mais presente no seu desenvolvimento afetivo-sexual e, é neste contexto que as sessões por nós realizadas se vêm a enquadrar, a informação e a formação também devem seguir esse desenvolvimento, para que os jovens possam ter as suas questões e necessidades esclarecidas. (ver Apêndices VII e VIII)

A planificação e o desenvolvimento das sessões de educação para a saúde basearam-se na Teoria Sócio - Cognitiva de Bandura. Conforme referimos no enquadramento conceptual deste relatório, esta teoria tem conceitos chave que procurámos aplicar a esta intervenção. As sessões de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência foram planeadas tendo em conta que o ambiente em que os adolescentes vivem influencia os seus comportamentos relativamente à sexualidade e que eles próprios ao adotarem comportamentos sexuais saudáveis poderão influenciar outros adolescentes que com eles contatam no sentido de também estes últimos virem a adotar comportamentos saudáveis.

Os adolescentes têm um papel ativo no processo de aprendizagem, influenciam e são influenciados pelo meio, afetam e são afetados pelas situações, e, é neste processo de interação continua que se modificam e modificam o meio de acordo com as suas competências, expectativas e experiências.

O empoderamento das pessoas, famílias e grupos é uma das intervenções mais relevantes em saúde comunitária e, foi aqui conseguido através do desenvolvimento de sessões de educação para a saúde que proporcionassem conhecimentos que permitissem opções responsáveis em termos dos comportamentos.

Dentro das equipas de saúde escolar, devem ser os enfermeiros de saúde comunitária a fazer o diagnóstico das situações de risco nas escolas, devendo depois trabalhar em parceria com as escolas na satisfação das suas necessidades educativas.

O enfermeiro de saúde comunitária por ter acesso a todas as instituições de saúde e pertencer à equipa de saúde escolar acaba por ser o profissional mais indicado para organizar e realizar as sessões de educação para a saúde, uma vez que também encaminha os casos que necessitem de respostas mais específicas pondo em prática os seus conhecimentos sobre a doença.

Avaliação da satisfação dos adolescentes do 8.º ano (turmas A, B e C) e do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) com as sessões de educação para a saúde

A avaliação é necessária para aperfeiçoar os resultados. A avaliação da formação pretende adequar as necessidades aos contextos específicos de cada ação para que os resultados alcançados sejam positivos.

A avaliação vai permitir espaço à mudança e indicar o caminho para onde deve levar essa mudança.

Os resultados obtidos na avaliação servirão de base para uma análise crítica, realizada em contexto de competências adquiridas/desenvolvidas por mim, enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação à Direção e pessoal docente da E.S.S.L.

Não podemos deixar de referir esta atividade que apesar de planeada e estruturada com a colaboração da Coordenação do 3.º Mestrado em Enfermagem não se chegou a realizar.

A Direção da E.S.S.L. mostrou-se recetiva à proposta, mas devido à falta de tempo e devido a aspetos burocráticos (mudança de Diretor) esta não foi concretizada.

A sessão pretendia sensibilizar a comunidade escolar para a importância da educação sexual em meio escolar e, daria visibilidade ao estudo que efetuámos e poderia também envolver parceiros na manutenção e continuação de etapas futuras.

Pretendia também dar visibilidade à intervenção dos enfermeiros no ambiente escolar. Iria servir de meio informativo sobre os recursos em saúde disponíveis na comunidade, para que a população escolar possa desenvolver parcerias futuras.

Nesta fase é também importante definir os recursos necessários à execução destas intervenções.

Recursos Humanos

- Grupo de 5 alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Coordenadora do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P.
- Direção da E.S.S.L.;
- Professores do 8º ano (turmas A, B e C) e do 11º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L.;
- Alunos do 8º ano (turmas A, B e C) e do 11º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L.

Recursos Materiais

- Salas de aula da E.S.S.L.
- Computador e projetor multimédia das salas de aula (meios audiovisuais e suporte didático)
- Fotocópias dos questionários de avaliação.

1.8 - AVALIAÇÃO

Após a realização das sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual, é necessário avaliar a intervenção para percebermos se os objetivos fixados foram atingidos. A **avaliação** é a última etapa do processo de planeamento em saúde. A principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso do planeamento realizado.

A avaliação das sessões de educação para a saúde efetuadas às turmas da E.S.S.L. abrangidas pelo projeto é uma avaliação a curto prazo, não permitindo avaliar o impacto que o projeto possa vir a ter no grupo de adolescentes futuramente.

Podemos afirmar que atingimos os objetivos na totalidade. Realizámos 100% das reuniões previstas com a Direção da E.S.S.L.; realizámos 100% das sessões de educação para a saúde previstas (direcionadas aos alunos do 8º e do 11º ano); realizámos 100% das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas; obtivemos 100% de respostas aos questionários de satisfação no final de todas as sessões de educação para a saúde. Todos os indicadores de atividade ou execução foram alcançados com êxito.

Partindo dos indicadores de atividade e dos indicadores de resultado das atividades realizadas, acredito termos contribuído para que os adolescentes da E.S.S.L. estejam melhor informados acerca da Sexualidade na Adolescência. Por sua vez, mais informação leva-os a um maior envolvimento e a optar voluntariamente por comportamentos de saúde, a uma maior proximidade entre os serviços de saúde e a comunidade da E.S.S.L., melhor relação com os parceiros da comunidade, adequação das intervenções na área da Educação para a Saúde por parte dos seus intervenientes, uso proficiente dos recursos existentes nos serviços de saúde e na comunidade.

Ficou na E.S.S.L. e na E.S.S.P. o registo de um projeto de intervenção que pode ter continuidade a longo prazo e de onde se podem obter as avaliações dos resultados ou, servir de suporte para o desenvolvimento de outros projetos da mesma natureza.

As estratégias inicialmente definidas foram realizadas e as metas estabelecidas foram alcançadas com êxito:

- Contribuímos para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2013/2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L.;
- Desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) no âmbito da educação sexual,
- Utilizámos abordagens ativas nas estratégias desenvolvidas no âmbito da educação sexual;
- Promovemos a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) da E.S.S.L.;
- Proporcionamos aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade;
- Promovemos a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I);

- Proporcionamos aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade;
- Promovemos a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecerem uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade;
- Avaliamos a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A, B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I), face às atividades desenvolvidas na concretização deste projeto no âmbito da educação sexual.

Os adolescentes participaram ativamente nas sessões demonstrando interesse pelo tema. A articulação com os professores também foi positiva uma vez que todos colaboraram na implementação do nosso projeto.

A avaliação do estágio foi feita através da utilização de um questionário de satisfação por nós elaborado. Relativamente aos indicadores de avaliação da atividade, podemos dizer que aplicámos o questionário de satisfação a todos os adolescentes abrangidos pela nossa intervenção no final de cada sessão, sendo que todos responderam ao mesmo questionário. Com a aplicação do questionário pretendíamos analisar a satisfação dos adolescentes face às sessões de educação para a saúde realizadas.

Esta intervenção comunitária abrangeu um total de 205 adolescentes, as idades dos adolescentes variam entre os 13 e os 20 anos; a média de idades é de 15.4 anos e a moda é 16 anos. O grupo de adolescentes com maior número é o grupo dos jovens de 16 anos, tanto no sexo feminino (39.0%) como no sexo masculino (39.1%).

Os alunos do 8.º ano representam 37,6% do total de inquiridos. A maioria dos adolescentes frequenta o 11.º ano (62,4%), mas convém lembrar que as turmas de 8.º ano são só 3. A maioria dos adolescentes que participaram na intervenção é do género feminino, correspondendo a 57,6% do total de inquiridos e, esta diferença é mais acentuada no 11.º ano em que o sexo feminino representa 66,9% dos alunos.

A aplicação do questionário tinha o objetivo de analisar a satisfação dos adolescentes face às sessões de educação para a saúde realizadas.

O seguinte quadro ilustra os resultados relativos à óptica dos adolescentes sobre a intervenção desenvolvida. A primeira coluna descreve os itens que compõe o questionário de satisfação, a segunda coluna apresenta as opções de resposta para cada item, da terceira à sexta coluna é apresentado o valor do grau de satisfação e a respetiva percentagem, primeiro para o género feminino e depois para o género masculino. Por fim, a sétima e oitava colunas

indicam o valor correspondente ao somatório do grau de satisfação do género feminino com o do género masculino, para cada item do questionário, e respetiva percentagem.

PERSPETIVA DOS ADOLESCENTES SOBRE A INTERVENÇÃO		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		N	%	N	%	N	%
Como te sentiste durante a sessão	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	4	2,0%	7	3,4%	11	5,4%
	Satisfeito	63	30,7%	53	25,9%	116	56,6%
	Muito Satisfeito	51	24,9%	27	13,2%	78	38,0%
Simpatia e disponibilidade dos formadores	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,5%	1	0,5%
	Satisfeito	18	8,8%	25	12,2%	43	21,0%
	Muito Satisfeito	100	48,8%	61	29,8%	161	78,5%
Competência e profissionalismo dos formadores	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,0%	1	0,5%	3	1,5%
	Satisfeito	23	11,2%	30	14,6%	53	25,9%
	Muito Satisfeito	93	45,4%	56	27,3%	149	72,7%
Utilidade dos temas abordados	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,0%	4	2,0%	6	2,9%
	Satisfeito	40	19,5%	37	18,0%	77	37,6%
	Muito Satisfeito	76	37,1%	46	22,4%	122	59,5%
Forma como os temas foram abordados	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	1	0,5%	1	0,5%
	Pouco Satisfeito	1	0,5%	6	2,9%	7	3,4%
	Satisfeito	45	22,0%	40	19,5%	85	41,5%
	Muito Satisfeito	72	35,1%	40	19,5%	112	54,6%
Esclarecimento de dúvidas	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	1	0,5%	0	0	1	0,5%
	Pouco Satisfeito	4	2,0%	8	3,9%	12	5,9%
	Satisfeito	44	21,5%	40	19,5%	84	41,0%
	Muito Satisfeito	69	33,7%	39	19,0%	108	52,7%
A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	9	4,4%	6	2,9%	15	7,3%
	Satisfeito	56	27,3%	40	19,5%	96	46,8%
	Muito Satisfeito	53	25,9%	41	20,0%	94	45,9%
Grau de satisfação em geral	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	4	2,0%	4	2,0%
	Satisfeito	41	20,0%	36	17,6%	77	37,6%
	Muito Satisfeito	77	37,6%	47	22,9%	124	60,5%

Tabela n.º1: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género

No que se refere ao item *como te sentiste durante a sessão*, a maioria dos adolescentes respondeu *Satisfeito* (56,6%) ou *Muito Satisfeito* (38,0%). Apenas 11 adolescentes (5,4%) responderam *Pouco Satisfeito*, não havendo nenhuma resposta com grau de satisfação inferior.

Relativamente aos formadores, a maioria dos adolescentes atribuiu nível máximo *Muito Satisfeito* (78,5%) quanto à *simpatia e disponibilidade dos formadores*. Os restantes adolescentes responderam estar *Satisfeitos* (21,0%), à exceção de um único adolescente que referiu sentir-se *Pouco Satisfeito* (0,5%). Neste item, o grau de satisfação mais elevado (*Muito Satisfeito*) registou o maior número de respostas.

Sobre a *competência e profissionalismo dos formadores*, o entendimento dos adolescentes foi muito satisfatório. A maioria dos adolescentes consideraram-se *Muito Satisfeito* (72,7%) ou *Satisfeito* (25,9%) neste item, e apenas 3 adolescentes (1,5%) referiram sentir-se *Pouco Satisfeito*.

Quando interrogados acerca da *utilidade dos temas abordados*, a maioria dos adolescentes considera-se *Muito Satisfeito* (59,5%) e *Satisfeito* (37,6%). Apenas 6 adolescentes (2,9%), 2 raparigas e 4 rapazes selecionaram a opção *Pouco Satisfeito*.

Relativamente à *forma como os temas foram abordados nas sessões*, 54,6% dos adolescentes responderam estar *Muito Satisfeito* e 41,5% *Satisfeito*. Apenas 7 adolescentes (3,4%) referiram estar *Pouco Satisfeito*, havendo ainda 1 adolescente que se refere *Insatisfeito* em relação ao item avaliado.

Quando questionados sobre o *esclarecimento de dúvidas*, 52,7% dos adolescentes consideraram-se *Muito Satisfeito* e 41,0% *Satisfeito*. 5,9% dos adolescentes manifestaram-se *Pouco Satisfeito*, e 1 adolescente (0,5%) refere-se *Insatisfeito* em relação a este item.

A partir da análise realizada podemos concluir que em relação ao item *Grau de satisfação em geral*, ficamos com a noção de que a intervenção que efetuamos teve qualidade. 60,5% dos adolescentes consideraram-se *Muito Satisfeito* e 37,6% *Satisfeito*, sendo que apenas uma pequena percentagem, 2,0% (4 adolescentes) se mostrou *Pouco Satisfeito*.

2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo será feita uma análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas, experiências e contributos para o processo de crescimento académico. Serão analisadas as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do curso com a finalidade de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Os enfermeiros após terem conquistado a sua autonomia e estando constantemente numa procura de graus cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, estão a ser afetados pela escassez de recursos humanos e financeiros.

Esta preocupação tem dado origem a uma evolução contínua e os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa. A prestação de cuidados implica uma componente de humanização e não só a satisfação de um cuidado técnico. Devemos associar o cuidado humano e social à técnica, e assim estaremos a contribuir para a excelência dos cuidados, excelência proveniente do resultado da interação entre a qualidade humana no relacionamento e a qualidade e segurança na prestação de cuidados.

A enfermagem é uma das profissões em que o cuidar assume um valor especial e o enfermeiro é o principal dinamizador dessa premissa através dos seus conhecimentos, atitudes e técnicas adequando-se a cada situação.

“Atualmente assiste-se à construção de um nível de estruturação e de articulação dos saberes, que corresponde a um grau superior de complexificação e a uma mais aprofundada especialização da relação do homem com o mundo, o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à capacidade para explicar os resultados da ação dos enfermeiros quando são estes que intervêm no processo de cuidados como o profissional que simbolicamente é reconhecido como o mais apto, a assumir a responsabilidade dos cuidados num determinado contexto preciso.” (Amendoeira, 2004)

A enfermagem vai ao encontro das necessidades individuais dos indivíduos, através da promoção do auto cuidado, do envolvimento da família e das instituições nos cuidados com a educação para a saúde tentando favorecer a autonomia, no sentido da tomada de decisão

responsável e informada com o objetivo de promover a integridade e dignidade do ser humano.

Assim, no sentido de aprofundar e consolidar conhecimentos nesta área de interesse, houve necessidade de frequentar uma especialidade. O Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro define as competências do enfermeiro especialista e, define que

“1 – O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, (...), e em competências específicas(...)
4 – A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (Artigo 2º do Regulamento nº 122/2011, 2011: 8648-8649).

Ao frequentar este Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária, decidimos direcionar o estágio para os adolescentes, por serem um grupo tão aliciante e com tantas capacidades.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do indivíduo marcada por profundas alterações a nível biológico, cognitivo, espiritual, emocional e social e é este conjunto de alterações que fazem do adolescente um ser único.

Anna Freud afirma:

“É normal que o adolescente se comporte de maneira inconsciente e imprevisível. Lutar contra os seus impulsos e aceitá-los; amar os seus pais e odiá-los; ter vergonha de os assumir perante os outros e querer conversar com eles; identificar-se e imitar os outros enquanto procura uma identidade própria” (Pereira e Freitas, 2001).

Nesta fase, também a vivência e expressão da sexualidade pode provocar e condicionar inúmeras perturbações no desenvolvimento da personalidade dos adolescentes. Esta é definida pela OMS (1975) como uma energia que motiva cada ser humano a procurar afeto, contacto, prazer, ternura e intimidade, influenciando a saúde de cada um. Segundo Vilar (2002:85) “a sexualidade é pois, não uma constante natural, mas sim uma «inconstante universal» (...), é mais um resultado, uma variável última e dependente de outras múltiplas variáveis sociais e pessoais, do que uma variável explicativa das mesmas.”

Realizamos um diagnóstico de situação junto dos adolescentes da E.S.S.L. em Portalegre. Como já foi referido, o diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde e é uma ferramenta de trabalho que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem para promover a saúde da comunidade. A Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como primeira competência do enfermeiro especialista

em enfermagem comunitária e de saúde pública – “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Artigo 4º do regulamento nº 128/2011, 2011: 8667).

O diagnóstico de situação permitiu-nos identificar problemas e determinar necessidades na área escolhida, educação sexual em contexto escolar. Segundo Vilelas (2009:12) a saúde sexual é “a aptidão para desfrutar da atividade sexual e reprodutiva, assim como a ausência de medos, de sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de crenças infundadas e de outros fatores psicológicos que inibem a atividade sexual ou perturbam as relações sexuais.”

O estágio foi uma experiência muito gratificante, pelo contato com os adolescentes em meio escolar e pela experiência e enriquecimento pessoal e profissional. A minha experiência profissional tem sido desenvolvida em contexto hospitalar, mais virada para o tratar da doença e não para a promoção da saúde mas, este estágio permitiu-me despertar para novas oportunidades na prática diária enquanto enfermeira. Quando iniciei este mestrado estava a trabalhar num serviço de internamento e, entretanto pedi transferência de serviço e atualmente trabalho num serviço também ele virado para o tratamento, mas onde as pessoas importam, e são ouvidas, e convidadas a participar nas tomadas de decisão, capacitando-as (doentes e famílias) de forma a torna-las colaboradoras na relação com os tratamentos e com os profissionais.

No decorrer da intervenção na comunidade, foram realizadas sessões de educação para a saúde, na área da educação sexual, baseadas na Teoria Sócio Cognitiva de Bandura, com o objetivo de contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes da E.S.S.L., através da capacitação e do empoderamento dos adolescentes.

Os módulos de estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária permitem dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas como necessárias, pela OE, são:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”(OE, 2011).

Com a realização do estágio e a elaboração deste relatório segundo a metodologia do planeamento em saúde, devo referir que aprofundei conhecimentos sobre o planeamento em saúde, em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e comunidade, elaboramos

diagnóstico de situação, definimos prioridades, fixamos objetivos, selecionámos estratégias e desenvolvemos atividades, executamos e avaliámos as nossas intervenções, conforme as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Realizámos várias reuniões entre os colegas e com a Coordenação do Mestrado com a finalidade de operacionalizar o estágio.

Elaborámos um projeto de grupo e um projeto individual de estágio que nos serviu de guia orientador para o estágio. Foram precisos alguns ajustes no cronograma de atividades por o prazo definido para entrega do relatório ter sido alterado.

Realizámos várias reuniões com a Direção da E.S.S.L. e foi muito positivo o envolvimento dos diretores de turma, que sempre se mostraram recetivos e disponíveis para colaborarem no nosso projeto.

Desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8º ano (turmas A, B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., contribuindo para a capacitação e empoderamento destes face à adoção de comportamentos responsáveis e saudáveis referentes à sexualidade na adolescência, refiro-me às sessões de educação sexual realizadas aos adolescentes, em contexto escolar.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) define como educação de qualidade “aquela (...) que garante a todos os jovens a aquisição de conhecimentos/saberes, capacidades, competências, habilidades e atitudes necessárias para aplicar na vida adulta” citado por Martins (2006:86), assim, a realização das nossas sessões de educação para a saúde teve êxito por ir ao encontro desta definição.

Respeitaram-se os princípios da teoria de Bandura, a interação recíproca entre os fatores internos com os externos e o comportamento do individuo, que se influenciam mutuamente e, a diferenciação entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento). Bandura recorre a quatro elementos para explicar a aprendizagem por observação – a atenção; a retenção; a reprodução e a motivação e os interesses. No decorrer das sessões de educação para a saúde e com os temas expostos, foi notório o interesse e a motivação dos adolescentes por mais saber, por mais informação, participando ativamente nas sessões, lembrando que a motivação e os interesses dos adolescentes são um dos elementos que Bandura refere para explicar a aprendizagem por observação.

“Na escola, o trabalho de promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida ‘o que eles sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados.” (PNSE, 2006:16)

Logo, podemos afirmar que a conceção, implementação e avaliação deste projeto de intervenção se integra no Programa Nacional de Saúde Escolar, indo assim ao encontro de mais uma competência definida pela OE, a de integrar a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

A metodologia utilizada nas sessões foi interativa o que facilitou a participação dos adolescentes que sempre se mostraram interessados em querer participar e aprender. Foi utilizada linguagem adequada e terminologia científica no desenvolvimento das sessões de educação para a saúde, pois conforme Cordeiro, para negociar é preciso conhecer a linguagem do parceiro ou pelo menos, arranjar consensualmente uma forma comum de comunicação.

As sessões permitiram desmistificar crenças e mitos, esclarecer dúvidas e ideias através do método expositivo e interrogativo, foram colocadas algumas questões aos jovens para os conseguir desinibir, motivando-os assim a participar mais ativamente nas sessões.

Os recursos humanos e materiais utilizados foram os definidos na metodologia do planeamento.

A última competência definida pela OE refere-se à realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, como resposta a esta competência adaptámos e aplicámos dois instrumentos de colheita de dados durante os estágios. Estes instrumentos pretenderam recolher dados de natureza epidemiológica sendo por isso passíveis de ser trabalhados e utilizados para a caracterização do perfil epidemiológico da população em estudo.

No primeiro estágio efetuámos a colheita de dados através da aplicação de um questionário para elaborarmos o diagnóstico. Podemos assim dizer que a identificação das necessidades foi efetuada, baseando-se em dados quantitativos e epidemiológicos que posteriormente foram organizados e analisados.

Avaliámos a satisfação e os conhecimentos dos adolescentes sobre as atividades desenvolvidas e os temas apresentados, através da aplicação de um questionário de avaliação e, participamos também na análise estatística dos dados colhidos.

Em relação às metas estabelecidas podemos afirmar que foram alcançadas com êxito:

- Realizámos 100% das reuniões previstas com a Direção da E.S.S.L. e obtivemos interesse e colaboração dos diretores de turma;
- Realizámos 100% das sessões de educação para a saúde previstas (direcionadas aos alunos do 8º e do 11º ano);
- Realizámos 100% das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas;

- Obtivemos 100% de respostas aos questionários de satisfação no final de todas as sessões de educação para a saúde, o que permitiu elaborar o diagnóstico de situação relativo às atitudes dos adolescentes face à sexualidade;

- Contribuímos para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2013/2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar;

- Desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) no âmbito da educação sexual;

- Utilizámos abordagens ativas nas estratégias desenvolvidas;

- Promovemos a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) da E.S.S.L.;

- Proporcionamos aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade;

- Promovemos a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I);

- Proporcionamos aos alunos do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade;

- Promovemos a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecerem uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade;

- Avaliamos a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I), face às atividades desenvolvidas na concretização deste projeto;

- Mais de 93,7% dos adolescentes consideram importante a realização de sessões de educação sexual; as informações fornecidas pertinentes; os meios utilizados adequados e as dúvidas esclarecidas.

Pretendemos ter contribuído para que os adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. estejam capacitados e empoderados para a tomada de decisões saudáveis sobre sexualidade na adolescência, compreender o significado da afetividade, conhecer os diferentes métodos contraceptivos e perceber a contraceção como responsabilidade masculina e feminina, identificar os riscos de uma gravidez na adolescência, adotar medidas de prevenção de IST e prevenir a violência no namoro.

No entanto, houve algumas limitações ao estágio como a minha falta de experiência na aplicação da metodologia do planeamento em saúde e os limites temporais deste, pois não foi possível voltar à escola para fazer nova avaliação de conhecimentos e comportamentos dos adolescentes, bem como não foi possível alargar a nossa intervenção a pais/encarregados de educação, capacitando-os de forma a melhorar a sua intervenção nas competências parentais.

Apesar das limitações, a realização do estágio permitiu consolidar conhecimentos sobre os comportamentos e atitudes dos adolescentes face à sexualidade e a importância da educação sexual e a educação para a saúde como uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

“Afirmar o nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, um compromisso profissional e social de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades em matéria de saúde.” (Queirós, 2007:s.p.)

De acordo com tudo o que foi exposto, julgo que ao longo do estágio garanti resposta aos objetivos delineados pela E.S.S.P., aos objetivos pessoais definidos em função da intervenção no estágio, e ao perfil de competências requerido pela OE como necessário para o exercício enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Uma enfermagem especializada é mais atenta aos pormenores, à singularidade, congregando uma série de conhecimentos que são mobilizados em cada situação.

Segundo o Regulamento das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária, este “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”, OE (2010:2).

CONCLUSÃO

“Não há dom como a sexualidade... Não podemos compreender completamente a sexualidade sem olhar para ela como uma função natural do corpo. A nossa sexualidade não é opcional – é uma parte de quem somos e daquilo que somos.”

Ted McLivenna

O tema da sexualidade tem que ser abordado e privilegiado pelas equipas de saúde que trabalham com os adolescentes uma vez que é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual adquire a sua plenitude. O enfermeiro é um dos principais educadores e agentes de mudança de comportamentos da sociedade e, deve ter um papel preponderante na abordagem do adolescente e no aconselhamento aos pais sobre a forma como estes devem abordar os seus filhos.

A Enfermagem Comunitária assume um papel de extrema importância, uma vez que os enfermeiros desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública e, prosseguindo, desenvolvendo programas/projetos de intervenção, com vista à capacitação e empoderamento das comunidades e ao exercício da cidadania.

Mas, também os adolescentes desempenham um papel importante, uma vez que eles são o futuro, constituindo-se um grupo de intervenção prioritária tanto no âmbito da educação sexual, como ao nível da adoção de estilos de vida saudável e padrões de comportamento favoráveis à sua saúde.

Depois da influência inicial da família, a escola tem sido vista como um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis.

O estágio e o presente relatório, realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, permitiram-nos aprofundar e compreender a área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Assim, com este relatório de estágio, pretendemos descrever todo o processo de aprendizagem realizado no contexto da prática do estágio, com base nos objetivos pessoais traçados no projeto de estágio de grupo e individual.

A nossa intervenção direccionou-se para a sexualidade na adolescência e concentrou-se no planeamento em saúde, na promoção da saúde e na teoria sócio cognitiva de Bandura, teoria que esteve na base das atividades desenvolvidas no estágio.

A concretização da intervenção foi um desafio. Conseguimos transmitir conhecimentos e esclarecer dúvidas, sendo para nós uma experiência nova, o que também contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional. Pelo caminho foram surgindo algumas dificuldades, que conseguimos ultrapassar com esforço e investimento extra da nossa parte.

A intervenção nas escolas, através das sessões de educação para a saúde, foi uma experiência muito positiva para nós e, permitiu-nos por em prática todo um conjunto de conhecimentos e competências que nos serão úteis num futuro próximo enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Na nossa intervenção utilizamos a metodologia do planeamento em saúde, onde procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde, estabelecemos prioridades em saúde, formulámos os objetivos e as estratégias face às necessidades em saúde definidas, estabelecemos um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas.

A promoção da saúde encaminha os adolescentes para os estilos de vida saudáveis, reduzindo o risco de doença. Esta medida tem aplicação tanto no indivíduo como nas comunidades.

Os serviços de saúde e as escolas detêm uma particular responsabilidade na promoção da saúde, que resulta da sua intervenção e das múltiplas oportunidades de contacto directo dos profissionais com os jovens e com as comunidades que servem.

A Promoção e Educação para a Saúde é uma parte essencial no exercício da profissão de enfermagem, e foi neste sentido que atuámos junto dos adolescentes, contribuimos no processo de capacitação de grupos, ao concebermos um projeto de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado.

Implementamos este projeto, integrando conhecimentos de diferentes disciplinas como enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas e, utilizamos a teoria da aprendizagem social de Bandura como modelo conceptual no âmbito da promoção e da educação para a saúde nas atividades realizadas, conseguindo gerir a informação para disponibilizar nas sessões de educação para a saúde, consoante as características dos adolescentes alvo.

Para que os enfermeiros possam ser bem-sucedidos na satisfação das necessidades atuais dos indivíduos, famílias e comunidades, precisam de competências a vários níveis que lhes serão fundamentais para a Educação para a Saúde.

As competências exigidas aos enfermeiros e o seu nível de formação académica e profissional têm vindo a refletir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. Assim, é importante que o enfermeiro aposte cada vez mais na sua formação.

A OE refere que Especialista é o

“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº 122/2011).

Todos os enfermeiros especialistas comungam de um grupo de domínios, considerados competências comuns. No entanto, o enfermeiro pode direcionar o seu conhecimento para uma área específica, direcionando também o seu alvo da intervenção, o ambiente em que pretende atuar e os processos saúde/doença aos quais dirige as suas intervenções. Esta escolha será a opção por uma especialidade.

Segundo a O.E, entende-se por competências específicas

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Diário da República, 2ª série, nº 35, Fev.2011)

A nossa prática centra-se na comunidade, pois ambicionamos ser enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nesta perspetiva torna-se pertinente observar o que a OE no Regulamento nº.128/2011 preconiza sobre o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e Saúde Pública,

“(…) é um profissional que 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 efetivos ganhos em saúde. Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades (...)”.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados,

continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes dos contextos em que vivem.

Na sua atuação destacam-se também as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

É o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que se responsabiliza por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. (Regulamento nº 128/2011)

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública são:

- “Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.
 - Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.
- (Regulamento nº 128/2011 da OE).

Durante todo o período de estágio foi nossa preocupação ter presentes estas competências.

Assim, a nossa intervenção iniciou-se conforme o que está preconizado pela OE, e que está em consonância com as competências definidas, na nossa intervenção utilizamos a metodologia do planeamento em saúde, onde procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde, estabelecemos prioridades em saúde, formulámos os objetivos e as estratégias face às necessidades em saúde definidas, estabelecemos um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas.

O planeamento das atividades a desenvolver foi efetuado de acordo com o diagnóstico de situação.

Chegada esta etapa, podemos afirmar que este estágio contribuiu para colocarmos em prática muitas das competências preconizadas pela OE no que se refere à área de atuação enquanto enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Este Mestrado revelou-se muito enriquecedor, não se limitou ao conhecimento profissional mas também a nível pessoal, pois permitiu que a troca de ideias e conhecimentos

fosse uma constante, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Este estágio mais do que uma experiência foi um desafio, uma vez que trabalhamos com uma população com características muito específicas e a temática abordada não é, muitas vezes, fácil de expor devido aos tabús que ainda existem junto da população. Este estágio proporcionou-me conhecimentos que irão servir de suporte a esta nova experiência, ser Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

O mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária foi uma experiência enriquecedora e gratificante, que me conferiu maturidade académica e profissional.

Ao finalizar este relatório penso ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente. Descrevi e analisei as atividades realizadas durante o estágio e tive oportunidade de refletir sobre a forma como elas contribuíram para o meu processo de aprendizagem referente à aquisição e desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública descrito pela OE.

Estamos convictos que as intervenções que realizamos podem contribuir para a vivência de uma sexualidade saudável, sendo que assim conseguimos obter ganhos em saúde, a longo prazo, nos grupos abordados.

Todo este percurso contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, formando um momento de aprendizagem de excelência. Houve, no entanto, muitos momentos de aflição e desalento, o trabalho parecia não chegar ao fim, o cansaço do dia-a-dia de trabalho e as exigências próprias de uma filha de 7 anos não ajudaram, foi preciso muito esforço para chegar a esta etapa.

Agora, a convicção que tenho é que o trabalho deveria estar a começar, com a certeza que tudo seria planeado de forma diferente. Hoje sou mais capaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 16 de Abril de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Albino, V.; Vitale, M.; Schussel, E. & Batista, N. (2005). A sexualidade pelo olhar dos jovens: contribuições para a prática do médico de adolescentes. In *Revista Paulista de Pediatria*, 23(3), 124-129. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em http://www.spsp.org.br/Revista_RPP/23-24.pdf
- Almeida, J. & Carvalheira, A. (2007). Flutuações e diferenças de género no desenvolvimento da orientação sexual: perspetivas teóricas. In *Análise Psicológica* 25 (3), 343-350. Acedido a 10 de Junho de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000300003&lng=pt&tlng=pt.
- Alves, R. (2008). *A Satisfação Parental: Criação de um Instrumento de Avaliação para Serviços de Psicoterapia Infantil*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa (Mestrado Integrado em Psicologia), Lisboa. Acedido a 22 de Novembro de 2014 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/755/1/17307_monografia_avaliacao_da_satisfacao_parental.pdf
- Alves, Z. (2009). *Religião e sexualidade: reflexões sobre igrejas inclusivas na cidade de São Paulo*. Acedido a 15 de Junho de 2014 em http://www.abhr.org.br/wp-content/uploads/2013/01/art_ALVES_religi%C3%A3o_sexualidade.pdf
- Anastácio, Z. (2012). *Saúde e desenvolvimento adolescente: relação entre a tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal*. Acedido a 08 de Maio de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21346/1/SA%c3%9aDE%20E%20DESENVOLVIMENTO%20ADOLESCENTE.pdf>

- Andrade, E. P. & Diniz, W. Y. (2008). *O papel do enfermeiro como educador na comunidade*. Acedido a 5 de Março de 2014 em http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a Saúde: guia para professores e educadores* (1.^a edição). Lisboa: Texto Editores.
- Associação para o Planeamento da Família (2009). *Educação Sexual em Rede*. Acedido a 11 de Outubro de 2014 em <http://www.apf.pt/?area=002&mid=004&sid=004>
- Associação para o Planeamento da Família. (s. d.). Identidade e Orientação Sexual. In *Sítio da Associação para o Planeamento da Família*. Acedido a 15 de Abril de 2014 em <http://www.apf.pt/?area=003&mid=003>
- Assunção, M. (2010). *Educar para a Sexualidade: Um Imperativo Ético*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto (Mestrado em Bioética), Porto. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55339/2/Dissertao%20Educar%20para%20a%20Sexualidade%20%20Um%20Imperativo%20tico.pdf>
- Ayres, J. (2004). Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. In *Ciência & Saúde Coletiva* 9(3), 583-592. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300011&script=sci_arttext
- Barradas, A.; Rodrigues, J. & Pereira, M. (2009). O cuidar multicultural como estratégia no futuro. In *Nursing*, 252, 8-15. Acedido a 5 de Janeiro de 2015 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3548-o-cuidar-multicultural-como-estrategia-no-futuro#.VO5rJCxyabw>
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente: a perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de doutoramento não publicada, universidade do Porto (Doutoramento em Ciências da Enfermagem), Porto. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://hdl.handle.net/10198/5799>
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspetiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Setembro de 2014 em

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%c2%baano_Gest%c3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf

- Brêtas, J. & Silva, C. (2005). *Orientação Sexual para adolescentes: Relato de Experiencia*. In Acta Paul Enferm. Acedido a 22 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300015
- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-deapoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Bruzamarello, B. (2010). *Educação sexual de adolescentes nas escolas: um olhar sobre o cenário brasileiro*. Trabalho de conclusão do Curso de Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Acedido a 20 de Março de 2014 em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28284/000770285.pdf?sequence=1>
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 1 – Construção de Bases de Dados utilizando o Data Editor do SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 2 – Estatística Descritiva Univariada*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 3 – Manipulação de ficheiros de dados*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 4 – Transformação de dados no SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 5 – Coeficiente de Consistência Interna: Alfa de Cronbach*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 6 – Testes e Medidas de Associação I (modelos de comparação de grupos)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre

- Calha, A. (2013). *Guia n.º 7 – Testes e Medidas de Associação II (modelos de comparação de pares de variáveis)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Camargo, E. & Ferrari, R. (2009) Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300030&script=sci_abstract&tlng=pt
- Campos- Brustelo, T. (2003). *Participação religiosa e relacionamentos afetivo-sexuais de adolescentes evangélicos pentecostais*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade São Paulo (Mestrado em Ciências, Área: Psicologia). Ribeirão Preto. Acedido a 15 de Julho de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-18012006-214645/pt-br.php>
- Cardoso, G. & Lazzarotto, E. (s.d.). *Mitos e Crenças Sexuais: uma questão cultural*. Acedido a 19 de Novembro de 2014 em <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/22gessimaria cardoso.pdf>
- Caridade, S. & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: da vitimação à perpetração. In *Análise Psicológica* 24 (4), 485-493. Acedido a 15 de junho de 2014 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n4/v24n4a04.pdf>
- Carvalho, S. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspetivas crítico-social pós-estruturalista. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040. Acedido a 10 de Novembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>
- Carvalho, C. (2008). *Guia de Educação da Sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional de Educação Cristã.
- Carvalho, L. (2013). *Programa de Enriquecimiento Instrumental: una alternativa pedagógica para el desarrollo de habilidades y capacidades cognitivas en alumnos con necesidades educativas especiales*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura (Doutoramento em Ciências da Educação), Badajoz. Acedido a 10 de Maio de 2014 em

http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/490/TDUEX_2013_Carvalho_LL.pdf?sequence=1

Carvalho, L. (2012). *Empowerment: uma alternativa em Promoção da Saúde*. Universidade Federal de Minas Gerais (Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Belo Horizonte. Acedido a 20 de Abril de 2014 em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Empowerment__uma_alternativa_em_promocao_de_saude/262

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Loures: Lusociência. Acedido a 27 de Abril de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396?mode=full>

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2004, Janeiro/Junho). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 57-70. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivosde-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>

Carvalho, A.; Rodrigues, C. & Medrado, K. (2005). Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. In *Estudos de Psicologia* 10(3), 377-384. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000300006&script=sci_arttext

Carvalho, P. T. (2000). A descoberta do prazer. A sexualidade infantil. In *Revista Pais & Filhos*. 116, 44-46.

Castro, M; Abramovay, M. & Silva, L. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: Edições Unesco Brasil. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf>

Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa: Verbo.

Correia, Artur (2011). *Promoção da Saúde: Nova Visão e Operacionalização do Conceito*. Cabo Verde. Acedido a 22 de Abril de 2014 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8Q>

- FjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsaude.gov.cv%2Findex.php%2Fdocumentos%2Fdoc_download%2F217-promocao-de-saude-nova-visao-e-operacionalizacao-do-
- Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Acedido a 15 de Abril de 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- Cortesão, I.; Silva, M. A. & Torres, M. A. (1998). *Educação para uma Sexualidade Humanizada – Guia para Professores e Pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Costa, A. (2006). *A educação sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho – Instituto de educação e Psicologia (Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde), Braga. Acedido a 12 de Outubro de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>
- Coutinho, R.; Machado, C. & Ribeiro, P. (2011). *Religião, Religiosidade e Iniciação Sexual na Adolescência: meio século de pesquisas*. Acedido a 22 de Novembro de 2014 em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20443.pdf>
- Cruz, M. F. (2011). *Educação para a saúde – intervenção comunitária aos três níveis de prevenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa (Curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa. Acedido a 8 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8814>
- Dias, A. (2011). *Relatório de Estágio*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 20 de Setembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.14/8728>
- Dias, A. M. (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Casa do Professor.
- Dias, H.; Cruz, O. & Conceição, S. (2010). *A Educação Sexual: alunos, professores e pais – relato duma experiência*. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em

<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/670/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20sexualidade.pdf>

- Dias, R. (2009) *Perfil das adolescentes gestantes que realizam o pré-natal na estratégia de saúde da família na cidade de Cristalina-GO*. Monografia apresentada ao Curso de graduação em Enfermagem, Universidade Católica de Brasília, Brasília. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/5098>
- Dias, S. (2010). *Intervenção Comunitária em Enfermagem num Bairro do Concelho do Seixal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7510>
- Dias, M.; Duque, A.; Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia?. In *Análise Psicológica*, n.º22(3), 463-473. Acedido a 10 de Maio de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300004&script=sci_arttext
- Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). *Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar*. In *Revista Nursing* (259). Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3572-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-educacao-sexual-em-contexto-escolar#.VO8VMxyabw>
- Dias, A. & Rodrigues, M. (2009). Adolescentes e sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. In *Revista Referência*, n.º10 (2), 15-22. Acedido a 14 de Abril de 2014 em http://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2140&id_revista=4&id_edicao=27
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. In *Adolescência & Saúde*. Acedido a 15 de Março de 2014 em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
- Emiliano, S. L. C. (2008). *Perspetiva (s) sobre escola promotora de saúde: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa (Mestrado Integrado em Psicologia), Lisboa. Acedido a 12 de Abril de 2014 em

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/941/2/17749_ulsd_dep.17468_Dissertacao.pdf

Erdmann, A. (2009). Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. In *Acta Paulista Enfermagem*. 22. 551-553. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf>

Escola Secundária de São Lourenço (2011-2013) *Projeto Educativo de Escola 2011-2013*. Acedido a 10 de Janeiro de 2014 em <http://www.essl.edu.pt/images/pdf/PE.pdf>

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Fernandes, E. (2010). *Competências em Educação para a Saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa (Mestrado em Ciência da Educação), Lisboa. Acedido a 20 de março de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.5/4517>

Fernandes, A. (2006). *Projecto ser mais – Educação para a sexualidade* in http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/ acedido em 19 de junho de 2013

Ferreira, M. J. (2011). *A violência no namoro: Estudo exploratório de caracterização das reações dos adolescentes face à violência*. Dissertação de mestrado não publicada, universidade do Minho (Mestrado Integrado em Psicologia), Braga. Acedido a 15 de Maio de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18651/1/Maria%20Jo%c3%a3o%20da%20Silva%20Ferreira.pdf>

Ferreira, M. & Nelas, P. B. (2006). Adolescências...Adolescentes.... In *Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>

Ferreira, M. & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. In *Rev. esc. enfermagem USP*, 3 (45), 589-95. Acedido a 20 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300006

- Figueira, L. (2012). *Relatório de estágio de intervenção comunitária*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Portalegre (Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária), Portalegre.
- Fonseca, M. (2011). *Relatório de Estágio de Enfermagem Comunitária*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15982/1/Relat%C3%B3rio%20apresentado%20ao%20Instituto%20de%20Ci%C3%A2ncias%20da%20Sa%C3%BAde%20da%20Universidade%20Cat%C3%B3lica%20Portuguesa%20para%20obten%C3%A7%C3%A3o%20do%20grau%20de%20Mest~1.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola -guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Franco, J. (2009). *Enfermeiros na Comunidade – Enfermagem Aberta*. Acedido a 22 de Maio de 2014 em <http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/1249.html>
- Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA] (2013). *Relatório sobre a situação da população mundial sob o tema Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência*. Acedido a 20 de Abril de 2014 em <http://www.unfpa.co.ao/arquivos/swop2013.pdf>
- Galvão, G. J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana. Para uma paternalidade responsável*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Gasparini, M. & Furtado, J. (2014). Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. In *Serviço Social & Sociedade*. 117. 122-141. Acedido a 25 de Novembro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100008
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2.ª edição). São Paulo: Editora Atlas.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores), *Promoção da Saúde: Modelos e*

Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Gonçalves, F. (2011). *Relatório de Estágio: da Competência à Proficiência, transformar a Enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Porto. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9264/1/Relat%C3%B3rio%20Filipa%20Gon%C3%A7alves.pdf>

Gonzaga, M. & Nunes, R. (2006). *Desafios à Sexualidade Humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

GTES (2005). *Educação para a saúde – relatório preliminar*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 22 Maio de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abkl4FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFfQQ

GTES (2007). *Educação para a saúde – relatório final*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 22 Maio de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaS UfLoMqLY7AbulIG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw

Guerra, V. & Gouveia, V. (2007). Liberalismo / conservadorismo sexual: proposta de uma medida multi-fatorial. In *Psicologia. Reflexão e Crítica*. Vol.20, n.1, pp. 43-53. ISSN 0102-7972. Acedido a 28 de Agosto de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a07v20n1.pdf>

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2.ª edição). Loures: Lusociência.

Hoffmann, A. & Zampieri, M. (2009). A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. In *Revista Saúde*

- Pública*, 1(2), 56-69. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/34/59>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras avulsas.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3.^a edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- International union for health promotion and education [IUHPE]. (2009). Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar. Acedido a 20 de Maio de 2014 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf
- Lancaster, J. & Stanhope, M. (2011). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4.^a edição). Lisboa: Lusociência.
- Lancaster, J. & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7.^a edição). Lisboa: Lusociência.
- Leitão, I. & Ramoa, C. (2011). *Mitos e crenças sobre aspetos ligados à sexualidade – Educação Sexual em Meio Escolar: Metodologias de Abordagem/Intervenção*. Acedido a 20 de Outubro de 2014 em <http://www.cfaematosinhos.eu/M1.pdf>
- Lemos, A. & Leandro, M. (s.d.). *Sexualidade e gravidez na adolescência – um estudo de caso*. Acedido a 15 de Junho de 2014 em www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4616d4899eb9e_1.doc
- Lopes, M.; Saraiva, K.; Fernandes, A. & Ximenes, L. (2010). *Análise do Conceito de Promoção da Saúde*. In *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (3), 461-468. Acedido a 20 de Setembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>
- Lopes, J. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: Conhecer para educar*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro (Mestrado em Ativação do desenvolvimento Psicológico), Aveiro. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1018/1/2008001637.pdf>
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

- Lucas, M. (2009). *Adolescência e sexualidade: sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa (Curso de Mestrado em Sexualidade Humana), Lisboa. Acedido a 10 de Junho de 2014 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2382/2/ulsd058237_tm_Tese_Marisa_Lucas.pdf
- Kerr, D.; Henriques, M.; Lopes, J.; Amaral, P.; Lameiras, J.; Almeida, P.; Carvalho, L. & Carneiro, R. (s.d.). *LED – A urgência de educar para valores, um contributo para a literacia social*. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/educacaosexual/ebookled.pdf>
- Macário, R. & Martins, M. (2010). *Educação sexual em contexto escolar: outro ano zero?!*. Acedido a 15 de Junho de 2014 em http://www.esse.ualg.pt/rededeprofessoresinvestigadoresemciencias/joomla/images/stories/Paper_Guarda.pdf
- Martins, A. M. (2010). *Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de São Paulo (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08042011-092240/pt-br.php>
- Martins, M. A. (2009). *Estado de nutrição, comportamento alimentar e estilos de vida: caracterização de uma população de adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa. Acedido a 20 de Abril de 2014 em <http://hdl.handle.net/10451/1001>
- Martins, P. (2012). *Saúde Comunitária – Enfermagem Mais Perto*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 15 de Dezembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.14/13569>
- Martins, A.; Nunes, C.; Silva, A. & García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, n.º 1 (vol39), 7-13. Acedido a 30 de Maio de 2014 em http://www.researchgate.net/publication/234893617_Fontes_de_informao_conhecim

entos_e_uso_do_preservativo_em_estudantes_universitarios_do_Algarve_e_de_Huelva

- Martins, M. (2007). *Educación Sexual en los Adolescentes de un Distrito del Norte Alentejano: Análisis y Valoración de Fuentes. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Marques, A. et al. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
- Matos, M. G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L. et al (2011). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M. (ed.) (2008). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (4.ª edição). Lisboa: Edições CDI/FMH. Acedido a 5 de Janeiro de 2015 em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf
- Matos, P. (2006). Relações românticas em adolescentes. *Psychologica*. 41, 9-24.
- Matos, M.; Machado, C.; Caridade, S. & Silva, M. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática*. 8 (1), 55-75.
- Miguel, N. (1995). *Os jovens e a sexualidade*. Lisboa: Texto Editora.
- Ministério da Educação e da Ciência [MEC] - Direção Geral de Educação [DGE] (2014). *PAPES – Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Acedido a 20 de Abril de 2014 em <http://www.dgide.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=189>
- Ministério da Educação e da Ciência [MEC] – Inspeção Geral da Educação e Ciência (2014). *Avaliação Externa das Escolas – Relatório Escola Secundária de São Lourenço*,

Portalegre. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2014_Sul/AEE_2014_ES-S.Lourenco_R.pdf

Ministério da Educação [ME] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098

Ministério da Educação [ME] & Ministério da Saúde [MS] (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. Acedido a 10 de Março de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fficheiros-de-upload-1%2Fpnse-protocolo-pdf.aspx&ei=nT5KVIy8B9etadPSgZAB&usg=AFQjCNH_0sQ2C4W9KUJNjVYHjTL8wKwLXA

Ministério da Educação [ME] (1999). *A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. (2.ª edição). Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Educação [ME] - Direção Geral de Educação [DGE] (s.d.). *Portal da educação*. Acedido a 12 de Abril de 2014 em <http://www.dgide.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>

Ministério da Educação [ME] & Ministério da Saúde [MS] (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Ministério da Saúde [MS] - Direção Geral de Saúde [DGS] (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2014*. Lisboa: DGS. Acedido a 15 de Novembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica-pdf.aspx>

Ministério da Saúde [MS]. Direção Geral da Saúde. *Plano nacional de saúde 20012/2016: Volume 11 - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Ministério da Saúde [MS] - Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). *Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. Lisboa: Sociedade Industrial Gráfica, Lda.

Ministério da Saúde. [MS]. Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido a 20 de Maio de 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

- Ministério da Saúde [MS] & Ministério da Educação [ME] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Monteiro, V. (2010). *Enfermagem Comunitária: diferentes cenários e desafios para a prestação de cuidados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Enfermagem Comunitária), Porto. Acedido a 15 de Dezembro de 2014 em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9270/1/Relat%C3%B3rio%20final_vane_ssa_ucp.pdf
- Monteiro, M. & Santos, M. R. (2001). *Psicologia*. Porto: Porto editora.
- Mota, D. (2011). *Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: perceção dos profissionais de saúde e professores*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Mestrado em educação para a Saúde), Porto. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56468/3/EpS.pdf>
- Mota, R. (2011). *Adolescer com Saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa. Acedido a 15 de Maio de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8898/1/Mestrado%20completo.pdf>
- Nelas, P. (2010). *Educação sexual em contexto escolar*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro (Doutoramento em Ciências da Educação), Aveiro. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://core.ac.uk/download/pdf/15564830.pdf>
- Nobre, J. (2012). *Relatório de estágio de intervenção comunitária*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Portalegre (Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária), Portalegre.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Noronha, G. (2009). *Sexualidade e fontes de informação entre adolescentes estudantes do Ensino Médio*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade São Paulo (Mestrado em Saúde Pública), São Paulo. Acedido a 14 de Abril de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-26052010-144327/pt-br.php>
- Oliveira, C. (2012). *A realidade da anorexia e bulimia nos alunos do 9.º ano de escolaridade de duas escolas do concelho de Almada*. Dissertação de mestrado não publicada,

- Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 15 de Outubro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.14/13984>
- Oliveira, E.; Andrade, I. & Ribeiro, R. (2009). *Educação em Saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões*. Trabalho de conclusão de curso em forma de artigo, Universidade Católica de Goiás (Curso de Especialidade em Saúde Pública), Goiânia. Acedido a 22 de Março de 2014 em <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estratgia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>
- Oliveira, V. (2011). *Sexualidade adolescente: motivação para fazer ou não fazer sexo*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viseu (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria), Viseu. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1572/1/OLIVEIRA%20Vera%20Cristina%20Madeira,%20Sexualidade%20adolescente.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2011*. Acedido a 10 de Maio de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2007, Junho). Um novo modelo de desenvolvimento profissional, Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 26. 9-20. Acedido a 20 de Abril de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2006, Julho). Tempo de Mudança. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 22. 29-31. Acedido a 20 de Abril de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_22_julho_2006.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Acedido a 13 de Abril de 2014 em <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2010). *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2010*. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação. Acedido a 25 de Março de 2014 em <http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>
- Pereira, R.; Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. In *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62. Acedido a 5 de Setembro de 2014 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200006&lng=pt&tlng=pt. 10.12707/RIII11146.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M. & Fernandes, O (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. In *Nursing*, n.º267. acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.VDcUUix0zDc>
- Perira, M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta (Mestrado em Comunicação em Saúde), Lisboa. Acedido a 10 de Maio de 2014 em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

- Pereira, M. (2009). *Educação e Empowerment no Campo da Promoção da Saúde: literatura brasileira no período de 1997 a 2008*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública), Rio de Janeiro. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Pereira_M%C3%B4nica_Rodrigues_Saraiva.pdf
- Pereira, R. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa (Mestrado em Saúde Pública), Lisboa. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10362/9583>
- Pires, R. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra (Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde), Coimbra. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18876/1/Contributo%20para%20a%20compreens%C3%A3o%20da%20etiologia%20e%20impacto%20da%20gravidez%20na%20adolesc%C3%Aancia.PDF>
- Polít, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polydoro, S. & Azzi, R. (2009). Autorregulação da aprendizagem na perspectiva da teoria sociocognitiva: introduzindo modelos de investigação e intervenção. In *Psicologia da Educação*, 29, 75-94. Acedido a 6 de setembro de 2014 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000200005&lng=pt&tlng=pt
- Pontes, A. (2006). *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Doutoramento em Ciências da Saúde Mental), Porto. Acedido a 20 de março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>

- Portal da Saúde (2011). *Lei de Bases da Saúde*, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Acedido a 15 de Janeiro de 2015 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Prata, A. (2007). *Metodologia de Avaliação das Ações Sociais*. Acedido a 23.de Fevereiro de 2014 em <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/29014/LSBRSR182AnaCarolinaAiresCerreiraPrata.pdf>
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola, Um direito dos alunos que urge satisfazer. In *O Professor*, n.º85 (3), 17-24. Acedido a 10 de outubro em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3980/1/Educa%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20Sa%c3%bade%20%28pp.17-24%29.pdf>
- Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M.; Diniz, J. & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimento, crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º29 (1), 11-21. Acedido a 18 de Novembro de 2014 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a03.pdf>
- Ramos, F.; Monticelli, M. & Nitschke, R. (org.) (2000). *Projeto Acolher – Um encontro da Enfermagem com o Adolescente Brasileiro*. Brasília. Acedido a 20 de Março de 2014 em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Projeto%20Acolher.%20%20Um%20encontro%20da%20enfermagem%20com%20o%20adolescente%20brasileiro/1030>
- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9.ª edição). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2001)
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, n.º 8 (vol 2), 209-220. Acedido a 18 de Novembro de 2014 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a05.pdf>
- Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

- Reis, M.; Ramiro, L.; Matos, M. & Diniz, J. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 30 (2), 105-114. Acedido a 16 de Maio de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.001>.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2.^a edição). Porto: Legis Editora.
- Rocha, M. (2013). *Gravidez na Adolescência: a importância do enfermeiro como educador – proposta de intervenção no Município de Buritit – Minas Gerais*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Uberaba – Minas Gerais. Acedido a 20 de Março de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4170.pdf>
- Rocha, A.; Marques, A.; Figueiredo, C.; Almeida, C.; Batista, I. & Almeida, M. (2011). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação. In *Millenium*, 41, 69-87. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/6.pdf>
- Rodrigues, A. (2009). *Os jovens e a sexualidade: uma visão construcionista*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa (Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária), Porto. Acedido a 20 de março de 2014 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1571/1/dm_anarodrigues.pdf
- Rodrigues, C. (2009). *Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho (Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em educação para a saúde), Braga. Acedido a 15 de Maio de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11147/1/tese%20Cristina%202009%20final.pdf>
- Rodrigues, M. J. (2010). Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. In *Nascer e Crescer*. Nº3 (vol.19). Acedido a 10 de Janeiro de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300020&lng=pt&tlng=.

- Rodrigues, R. (2010). Gravidez na Adolescência. In *Nascer e Crescer*, n. 19 (3), 201. Acedido a 22 de Outubro de 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.
- Saavedra, R. & Machado, C. (2012). Violência nas relações de namoro entre os adolescentes: avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. In *Análise Psicológica* 30 (1-2), 109-130. Acedido a 15 de Junho de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, M. (2000). A formação de professores em educação sexual. A discussão continua. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 25/26, 20-23.
- Santos, E. (2008). *Comportamento Sexual e Religiosidade: um estudo com jovens brasileiros*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Porto Alegre. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13113/000633292.pdf?sequence=1>
- Sequeira, P. & Henriques, M. (eds) (2013). *Revista da UIIPS*. Santarém: Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém
- Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em Contexto Escolar – Factores preditores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Doutoramento em Psicologia), Porto. Acedido a 15 de Outubro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56314/2/87653.pdf>
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, M. & Graveto, J. (2008). Modelo Conceptual versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática de Enfermagem. In *Pensar Enfermagem*, 2 (12), 67-70. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=11&id_revista=6
- Silva, C.; Santos, A.; Licciardi, D. & Paiva, V. (2008). Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. In *Psicologia em estudo* 4 (13), 683-692. Acedido a 16 de junho de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400006
- Silva, I.; Mota, A.; Oliveira, A.; Bizerril, D.; Vieira, L. & Pereira, A. (2012). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. In *Ciência Saúde Coletiva*, 17. Acedido a 15 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100030
- Silva, I. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9.º ano de escolaridade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho (Mestrado em Educação, Área de Especialização em Supervisão Pedagógica do Ensino de Ciências), Braga. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6749>
- Sousa, R. & Trindade, R. (2013). O Impacto da Saúde Escolar na Comunidade Educativa. In *Educação, Sociedade & Culturas*, 38, 99-116. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/07.RitaRamosetal.pdf>
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto. Acedido a 20 de Março de 2014 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/.../Sexualidade%20na%20Adolescência.pdf>
- Souza, B. & Saraiva, J. (s.d.). *Avaliação dos Impactos de um Projeto Social na Melhoria da Condição e Qualidade de Vida das Família de Crianças de Creches e Pré-Escolas Públicas*. Acedido a 25 de Fevereiro de 2014 em http://www.xxcbcd.ufc.br/arqs/gt4/gt4_04.pdf

- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (3.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. (2^a edição). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2014 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F., Martins, I., Ribeiro, P., Chagas, I., Maia, A., Vilaça, T. et al. (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1^a edição – ebook). Braga: edições CIEd. Acedido a 20 de Maio de 2014 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_I_CISES.jpg
- Torres, D. (2011). *Conhecimentos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Lisboa. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3200/1/DM%20-%2014385.pdf>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2013). *Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem*. Brasília: Grupo editorial Unesco. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Brasilia/pdf/Orientacoes_educacao_sexualidade_Brasil_preliminar_pt_2013.pdf
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 20 de Maio de 2014 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vaz, A. M. (2011). *Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes face à Sexualidade*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidad de Extremadura

- (Doutoramento em Psicologia), Badajoz. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/858/1/TESIS%20DOCTORAL.pdf>
- Vaz, J. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Veloso, S. (2005). *Determinantes da atividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho (Mestrado em Psicologia Desportiva), Braga. Acedido a 24 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4800>
- Vicente, L. (2001). Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 32, 39-42.
- Victor, J. F.; Lopes, M. V. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. In *Acta Paulista Enfermagem*, 3 (18), 235-240. Acedido a 22 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002
- Vieira, N.; Paiva, T. & Sherlock, M. (2001) Sexualidade, DST/AIDS e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. In *DST – J bras Doenças Sex Transm* 13(4), 46-51. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://www.dst.uff.br//revista13-4-2001/c5.pdf>
- Vilaça, T. (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas de Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. In L. C., Chamosa; P. J. E., Alonso; J. R. G., Otero; L. J., Pereira; A. L., Barreiro & M. R., Mayo, *Actas do XX Congreso ENCIGA*. Acedido a 10 de Abril de 2014 em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32621/1/Vilaca,%20Teresa\(2007\)_1-31.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32621/1/Vilaca,%20Teresa(2007)_1-31.pdf)
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Zapian, J. (2003). A educação afetivo-sexual na escola. In *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 36, 33-39.

APÊNDICES

e

ANEXOS