



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Co-orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: ATITUDES DOS
ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO
LOURENÇO FACE À SEXUALIDADE

Autor:

Luís Filipe Amaro

FEVEREIRO

2015

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

3º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Co-orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: ATITUDES DOS ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO
LOURENÇO FACE À SEXUALIDADE

Autor:
Luís Filipe Amaro

FEVEREIRO

2015

Em qualquer sociedade bem ordenada, não deve haver nenhuma questão que não se possa tratar livremente. Quanto mais difícil ela for, mais importante é que seja discutida

Diderot (1713-1784)

Agradecimentos

Vida feita de etapas, etapas cheias de vida. Gostaria de aproveitar esta oportunidade para fazer alguns agradecimentos às pessoas que me ajudaram a fazer este percurso, mesmo quando senti vontade de desistir.

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste relatório pela sua inteira disponibilidade, tendo apoiado e ajudado na implementação do projeto de educação para a saúde como “práticas” de Saúde Comunitária. Um obrigado pela ajuda naqueles pequenos grandes pormenores de natureza prática, que fazem toda a diferença na realização de um relatório de estágio.

Ao Professor Doutor António José Arco pela sua ajuda como co-orientador, na elaboração deste relatório, fazendo também importantes anotações que em muito contribuíram para a sua estruturação e concretização.

A todos os professores do Terceiro Mestrado em Enfermagem Comunitária, pela inestimável ajuda e compreensão ao longo de todas as aulas. Ser “trabalhador-estudante” é mais difícil do que parece.

Aos adolescentes que fizeram parte do projeto de intervenção pela sua generosidade em partilhar opiniões e sentimentos num tema tão importante das suas vidas.

Ao Conselho Diretivo e a todos os professores da Escola Secundária de São Lourenço pela disponibilidade e interesse que mostraram na implementação do Projeto Educativo.

A todos os colegas do mestrado pelos conhecimentos partilhados, em particular o grupo de estágio pela ajuda nos momentos mais difíceis. Ser “Equipa” é colocar o melhor de nós mesmos ao serviço de um “*Todo*”.

Aos meus pais, que de uma forma física ou não, estiveram sempre presentes, principalmente quando as forças faltaram.

À Andrea, minha companheira de caminhada, pelo apoio, incentivo e compreensão dos momentos em que não estivemos juntos.

Às minhas Filhas, Laura e Raquel. Vocês foram a principal razão deste trabalho. Hoje consigo compreender-vos melhor e estarei sempre presente.

Mais palavras poderia escrever, e agradecer a muitas outras pessoas que tornaram possível chegar a esta etapa. A todos, mesmo todos o meu muito obrigado.

Resumo

Inserido no programa curricular do III Mestrado em Enfermagem com a área de especialização em Enfermagem Comunitária, o presente relatório tem o objectivo de descrever e avaliar as atividades desenvolvidas durante o estágio na comunidade, e que permitiu aplicar na prática os conhecimentos adquiridos.

A população-alvo de estudo e de intervenção foram os alunos dos oitavos e décimos-primeiros anos da Escol Secundária de São Lourenço – Portalegre, relativamente às suas atitudes e comportamentos perante a sexualidade.

A sexualidade na adolescência tem sido objecto de estudo e de intervenção dadas as complicações evitáveis resultantes do desconhecimento ou falsos conhecimentos dos adolescentes sobre esta temática.

O período de estágio decorreu entre junho de 2013 e janeiro de 2014, seguindo-se a metodologia do Planeamento em saúde.

Numa fase diagnóstica, foi realizado um estudo que envolveu 214 alunos da escola, que após identificação de necessidades, permitiu delinear estratégias de intervenção.

Foram realizadas nove sessões de educação para a saúde sobre educação sexual, tendo envolvido 205 adolescentes.

Após avaliação com um questionário de satisfação, salienta-se que 60,5% sentiram-se muito satisfeitos em relação às temáticas abordadas, 59,5% sentiram-se muito satisfeitos sobre a utilidade dos temas e 52,7% consideraram-se muito satisfeitos em relação à utilidade das sessões.

Este estágio permitiu de forma significativa, adquirir competências com Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Palavras chave: Enfermagem Comunitária, Adolescência, Sexualidade na adolescência e Educação Sexual

Abstract

Inserted into the curriculum of the III Master in Nursing program, with specialization in Community Nursing, this report aims to describe and evaluate the activities developed during the internship in the community, and allowed to apply in practice the knowledge acquired.

The target study population and intervention were students of the 8th and the 10th-early years of the Escola Secundária de São Lourenço - Portalegre, regarding their attitudes and behaviors towards sexuality.

The adolescent sexuality has been the subject of study and intervention given the complications resulting from avoidable ignorance or false knowledge of adolescents on the subject.

The probationary period took place between June 2013 and January 2014, following the methodology of health planning.

A diagnostic phase, a study was conducted involving 214 school students, who after identifying needs, allowed outline intervention strategies.

Nine education sessions for health were held on sex education, involving 205 adolescents.

After evaluation with a satisfaction questionnaire, it is noted that 60.5% felt very satisfied in relation to the topics addressed, 59.5% felt very pleased about the usefulness of subjects and 52.7% considered themselves very pleased about the usefulness of the sessions.

This stage allowed significantly, acquire skills as a Nurse Specialist Community Nursing.

Keywords: Community Nursing, Adolescent Sexuality in adolescence and Sex Education

Abreviaturas e símbolos

3º - Terceiro

% - Frequência Relativa

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

CEP – Conferência Episcopal Portuguesa

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESSL – Escola Secundária de São Lourenço

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EU – European Union (União Europeia)

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNS – Plano Nacional de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

ULS – Unidades Locais de Saúde

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice Geral

	<u>f.</u>
INTRODUÇÃO	9
PARTE I – O ESTADO DA ARTE – UM ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – PLANEAMENTO EM SAUDE	14
2 – TEORIAS DA APRENDIZAGEM – ALBERT BANDURA	26
3 – “ADOLESCERE”	32
4 – SEXUALIDADES	38
4.1 – ORIENTAÇÃO SEXUAL	40
4.2 – ADOLESCENCIA E CONTRACEÇÃO	41
4.3 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	43
4.4 – INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS	45
4.5 – FONTES DE INFORMAÇÃO	46
5 – EDUCAÇÃO SEXUAL	53
6 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNIDADE E NA ESCOLA	62
PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	
1 – O ESTÁGIO	69
2 – LOCAL – ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO	71
3 – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	74
3.1 – DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – UM PONTO DE PARTIDA	74
3.1.1 – Problemas e necessidades identificadas	77
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	78
3.3 – OBJETIVOS	80
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	83
3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/ EXECUÇÃO	86

INTRODUÇÃO

Caminhos que se percorrem, escolhas que se fazem. Desde a decisão de dar início ao percurso de um mestrado, com a tomada de consciência de que há que crescer, dominar novas áreas de competência, foi iniciado no dia 12 de Outubro de 2012 o Terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Com a finalidade de “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática.” (M. F. Martins, M. Martins, R. Cordeiro, 2009:2), durante três semestres foram criados novos horizontes e desenvolveram-se novos pontos de vista, desde a forma como pode ser entendida a Enfermagem como ciência própria apoiada na prática baseada na evidência (seguindo uma metodologia científica), conhecimentos sobre gestão, comunicação e promoção da saúde.

Numa segunda etapa foram dados passos no sentido de seguir uma metodologia científica que permita ao enfermeiro de cuidados de saúde primários perceber e transformar comportamentos e indicadores de saúde intervindo numa determinada população – a metodologia do planeamento em saúde.

O presente relatório de estágio permitirá avaliar todo o trabalho desenvolvido. Mais do que uma simples descrição das atividades desenvolvidas, pretende-se que consiga demonstrar a aquisição de novos conhecimentos pelo mestrando. De certa forma será um guia do percurso de um mestrado como uma forte componente prática.

Orientado pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, Professora Coordenadora do mestrado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Doutorada em Enfermagem, Mestrada em Saúde Pública e Especializada em Enfermagem de Saúde Pública e co-orientado pelo Professor Doutor António Reis do Arco, Doutorado em Educação e Mestrado em Ciências da Educação, este relatório tem como objectivo geral:

- Analisar e descrever as atividades desenvolvidas pelo mestrando durante o estágio de intervenção na comunidade;

Como objectivos específicos, este relatório pretende:

- Aprofundar conhecimentos sobre o planeamento em saúde como metodologia científica;

- Fazer um enquadramento teórico baseado em evidências científicas, que fundamentem as temáticas e áreas de interesse da intervenção;
- Descrever as atividades realizadas em cada etapa do processo de planeamento em saúde;
- Contribuir para uma avaliação curricular do mestrando;

Escolhas e motivações;

O tema escolhido para desenvolver no estágio de intervenção na comunidade foi a sexualidade na adolescência.

Várias foram as motivações para a escolha deste tema. A nível pessoal, como progenitor de 2 crianças que irão entrar na fase de adolescência, não posso deixar de sentir interesse por conhecer qual a forma de abordar temas como a sexualidade.

A nível profissional e numa perspetiva de promoção da saúde, não deixa de ser enriquecedor poder participar num processo de mudança numa temática que é parte integrante da vida do ser humano.

A adolescência como etapa de vida estruturante do ser humano marca a passagem da criança que foi para o adulto que vai ser. Esta fascinante fase de vida, segundo a OMS prolonga-se do 10 aos 19 anos, e é caracterizada como uma fase que ocorre entre a “infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento.” (Ferreira e Nelas, 2006:142)

É na adolescência que o individuo adquire capacidade reprodutiva e, deixando a criança que foi, desperta para sentimentos e afectos manifestando a sua sexualidade com maior expressividade.

A sexualidade na adolescência adquire assim particular importância. A OMS citada por Ferreira et al (2004:133) define a sexualidade como

“uma energia que nos motiva a procurar contacto, amor, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

No entanto vários autores apontam para problemas de saúde associados a comportamentos sexuais de risco entre os adolescentes.

“O aumento das infecções sexualmente transmissíveis, da gravidez indesejada e de outros riscos ligados à actividade sexual, nomeadamente o uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e drogas e o comportamento

sexual, faz com que os jovens sejam considerados um grupo de intervenção prioritário.”(Reis, M. et al, 2009:206)

Numa perspetiva de saúde comunitária a sexualidade na adolescência e a educação sexual adquirem particular importância e devem ser alvo de atenção de forma a reduzir a incidência de infeções sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência.

“A Escola é, por excelência, um local privilegiado para a melhoria da literacia, que é muito mais do que aprender a ler, escrever e contar. A Escola é igualmente um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania plena, assente nos valores da equidade e da universalidade.” (PNSE, 2014:1)

Com uma visão abrangente o Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 refere que a educação é indissociável da saúde. “A Saúde é vital para a Educação. A Educação é vital para a Saúde.” (PNSE, 2014:5)

A escola será sempre o local privilegiado para abordar estas temáticas através da disciplina de educação sexual, mas acima de tudo esta temática deve envolver pais, professores e profissionais de saúde.

Dotado de uma abrangência de conhecimentos transversais a muitas ciências sociais, o enfermeiro tem potencial para agir e participar na educação sexual nas escolas.

“O papel dos profissionais é o de assegurar as condições que permitam às crianças e jovens a aquisição de competências e o “*empowermen*”, no sentido do bem-estar, da saúde, do sucesso educativo e do desenvolvimento.” (PNSE, 2014:12)

“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, 2004:135)

O enfermeiro tem um papel fundamental em todo este processo de capacitação dos jovens.

O presente relatório é constituído por 2 partes:

A primeira parte consiste num enquadramento teórico que constitui a base, a evidência científica que estrutura e dá sentido ao relatório.

Esta primeira parte é constituída por 6 capítulos. No primeiro capítulo é definido o planeamento em saúde como metodologia que permite fazer um diagnóstico inicial e posteriormente agir sobre essa realidade com vista a obter ganhos em saúde.

O segundo capítulo descreve a teoria cognitivo-social de Albert Bandura que será o modelo utilizado e que melhor se adequa na educação para a saúde.

O terceiro capítulo caracteriza a adolescência e permite perceber as motivações e as importantes transformações nesta etapa de vida.

O quarto capítulo aborda vários aspectos da sexualidade sempre dirigidos à etapa da adolescência realçando os potenciais problemas de saúde relacionados com a sexualidade na adolescência.

O quinto capítulo descreve a educação sexual dos adolescentes revelando quais os temas mais adequadas a cada fase do desenvolvimento bio-psico-sexual e quais as técnicas e metodologias a aplicar para uma otimização dos objetivos.

O sexto capítulo define o enfermeiro como agente promotor de saúde, não só a nível da educação sexual, mas de uma forma mais abrangente, ao qual lhe são atribuídos níveis de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A segunda parte deste relatório é constituída por quatro capítulos. Os três primeiros caracterizam todo o percurso efetuado durante o período de estágio que consiste nas etapas de planeamento em saúde.

O capítulo final faz um ponto da situação e avalia todo o trabalho desenvolvido revelando quais os pontos fortes, o que poderia ter corrido melhor e quais as competências adquiridas nomeadamente em relação à especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Espero ter chegado ao final do caminho e perceber que um novo caminho pode ser percorrido.

PARTE I – O ESTADO DA ARTE, UM **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

1 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE

“Aquele que não prevê as coisas longínquas expõe-se a desgraças próximas.”

Confúcio (551ac – 479ac)

A enfermagem como ciência desenvolve toda a sua actividade ao serviço do utente seguindo uma metodologia científica. Ao longo dos tempos, a enfermagem a par da sociedade, sofreu uma evolução paradigmática no modo de pensar, de estar e de agir com, e para o Homem nos seus ciclos de vida, passando de um modelo biomédico, de categorização em que este era observado como um conjunto de sistemas, para um modelo integracionista e que o Homem é visto como algo maior do que a simples soma de todos os sistemas. (Enfermagem Avançada, 2012)

Mais do um conjunto de sistemas, o homem é um sistema aberto e multidimensional sendo “um composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socio-culturais, de desenvolvimento e espirituais.” (George, 1993:232)

A partir dos anos 70, novas teorias e novas correntes de pensamento transportam a enfermagem para um novo paradigma, em que o Homem é visto como um ser único diferente de todos os outros e em interacção com o universo.

É neste contexto que, organizada pela OMS, se realiza em 1978, em Alma Ata (Cazaquistão) a 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, da qual são emanados um conjunto de princípios que constituem a célebre declaração de Alma Ata.

Nela se propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que “É direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde.” (Declaração de Alma Ata, 1978)

A mesma declaração também aponta para a necessidade das comunidades terem o apoio de profissionais treinados.

“Os cuidados de saúde primários (...) Baseiam-se, a nível local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados, social e tecnicamente, para trabalharem ao lado das equipas de saúde e para responderem às necessidades de saúde expressas da comunidade.” (Declaração de Alma Ata, 1978)

Planear cuidados torna-se assim um dos pontos-chave na promoção da saúde.

Mas... porquê planear?

Numa sociedade em constante mudança há que ter uma noção exata da realidade que nos rodeia. Só sabendo e conhecendo a realidade poderemos agir de forma a atingir objectivos de promoção da saúde.

Os recursos são sempre limitados e nem sempre gastar mais, é sinónimo de obter melhores resultados. Desta forma há que desenvolver estratégias e metodologias de forma a atingir os melhores resultados com os menores recursos necessários.

A necessidade de desenvolver estratégias encerra em si um processo de planeamento. Planeamento é a “Determinação dos objectivos de um trabalho ou de uma tarefa e dos meios necessários para os atingir.” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011:612)

Planear é pensar, decidir e agir sobre o futuro.

Uma vez que as realidades são mutáveis, torna-se imprescindível num dado momento caracterizar essa mesma realidade para identificar problemas e agir sobre as suas causas.

Segundo Manuela Silva in Prefácio de Metodologia do Planeamento da Saúde de Imperatori & Giraldes (1993:3), “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 factores incontroláveis.”

Esta afirmação salienta a importância de seguir uma metodologia científica e como esta permite controlar factores e transforma e a realidade em algo de melhor.

Ainda segundo Manuela Silva, “é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas e politicamente assumidas, se não num quadro de certezas, num campo de probabilidades. (...) O planeamento é um processo de investigação sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo (...).”

Tavares (1990:29) refere que o planeamento “foi inicialmente utilizado pelos sectores económicos e tem vindo a ser aplicado, cada vez mais, aos sectores sociais (no ensino, no domínio da saúde, etc.).”

“O planeamento no sector da saúde torna-se evidentemente necessário devido às seguintes razões:

- à escassez dos recursos, como tal é necessário começar a utilizá-los eficaz e eficientemente;
- à necessidade de intervir nas causas dos problemas de saúde;
- à necessidade de definir prioridades, visto não ser possível resolver todos os problemas de saúde das pessoas ao mesmo tempo;
- à necessidade de se evitarem intervenções isoladas, pois as mesmas comportam custos elevados e, por vezes, irreparáveis, sendo importante implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- à necessidade de se utilizarem eficientemente as infra-estruturas já existentes, uma vez que elas são caras, como tal, podem (e devem) apoiar simultaneamente vários equipamentos;

- à necessidade de existirem equipamentos que podem ter utilizações polivalentes;
- à competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de planos;
- à rapidez dos progressos da medicina e da tecnologia, o que requer uma adaptação constante às modificações;
- à necessidade de uma melhor utilização das aptidões e competências dos profissionais de saúde, num meio em que existe uma complexidade cada vez maior quer das técnicas, quer em termos da especialização profissional, quer também do trabalho em equipas multidisciplinares” (Imperatori & Giraldes, 1993:23).

Pode-se então referir que o planeamento em saúde é um instrumento científico na medida em que permite percepcionar a realidade, identificar problemas e desenvolver estratégias de forma a agir e modificar essa mesma realidade obtendo ganhos na saúde da comunidade.

Segundo Tavares o processo de planeamento apresenta algumas características que importa referir:

- 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 seleccionar, 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 i(n)terativo;
 - 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.”
- (Tavares, 1990:29)

Estes são alguns princípios básicos que devem nortear o processo de planeamento.

Segundo Tavares (1990:41) “as técnicas e as metodologias (...) só são válidas e importantes enquanto entendidas com um contributo à finalidade última do sistema: promover a saúde, prevenir a doença, curar e reabilitar pessoas doentes.”. Afinal de contas... não serão esses os nossos objectivos como enfermeiros?

“Assim, o Planeamento feito nos Serviços de Saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo custo é estimável, mas com um valor sem preço.” (Correia de Campos, 1983; citado por Tavares, 1990:41)

Apesar do processo de planeamento em saúde ser um processo contínuo e dinâmico, é possível e necessário estabelecer várias fases que se interligam entre si, e constituem a metodologia do planeamento em saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

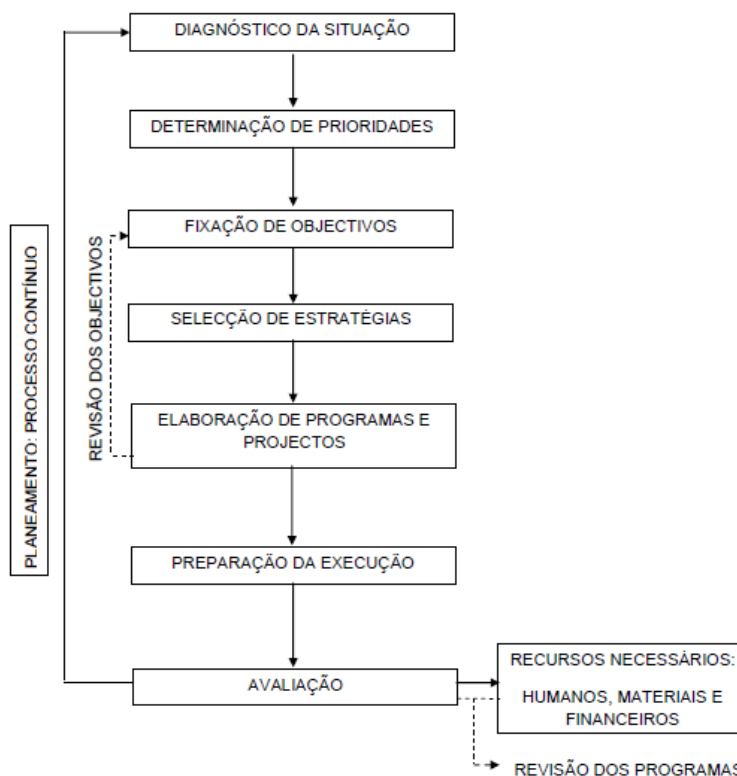


Figura 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes (1982:10). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais

Gostaria de realçar que na minha opinião em todas as fases do processo de planeamento em saúde deverá estar presente uma boa fundamentação teórica de forma a direccionar esta metodologia.

Também acho importante referir que o planeamento em saúde é um processo contínuo em que após a avaliação deverão ser dados passos para estabelecer um novo diagnóstico da situação.

O conhecimento e seguimento das etapas do processo de planeamento em saúde permitem desenvolver as intervenções mais corretas de uma forma eficaz e eficiente indo ao encontro dos problemas das populações.

Assim serão descritas de forma sucinta cada uma das etapas salientando de que constituem um processo contínuo e estão interligadas.

Diagnóstico da situação

Como poderemos agir sobre algo se não conhecemos a realidade? A realidade, o “agora” será sempre o ponto de partida para identificar problemas e agir sobre eles, logo torna-se essencial fazer um diagnóstico da situação ou diagnóstico de saúde direccionado para a área onde pretendemos intervir.

“Os estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas adversas ou conducentes a ganhos em saúde têm contribuído para a caracterização das problemáticas de saúde em diferentes populações.” (Dias e Gama 2014:331)

Para conhecer uma realidade há que a enquadrar, definir e medir.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:47), “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.”

Segundo Dias e Gama (2014:331), “estes estudos constituem um importante instrumento para a decisão informada no que respeita à elaboração de políticas, ao desenho, planeamento e implementação de intervenções adequadas e à avaliação de serviços e programas.”

Só conhecendo a realidade é possível estabelecer um ponto de partida para identificar problemas, determinar necessidades e agir sobre elas.

Segundo Tavares (1990:51), “fazer um diagnóstico da situação exige, à partida, o conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade.”

Para o autor “(...) um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo individuo, 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).

O diagnóstico de saúde permite essencialmente identificar os problemas e determinar as necessidades. No entanto, nem sempre as necessidades expressas pela população correspondem aos problemas de saúde pelo que o diagnóstico de saúde permite conjugar as necessidades sentidas com os problemas de saúde identificados.

O diagnóstico de saúde deve possuir determinadas características: “Deve ser:

- Suficientemente alargado;
- Suficientemente aprofundado;
- Sucinto;
- Suficientemente rápido;
- Suficientemente claro;

- Corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação,...).” (Tavares, 1990:53).

Só a partir o diagnóstico é possível seguir nas etapas do planeamento em saúde.

Definição de prioridades

Depois de ser identificada e caracterizada uma determinada realidade, sabendo dos problemas identificados, dos recursos que temos e das sinergias que podemos fazer, há que definir quais as áreas prioritárias onde podemos atuar de uma forma efetiva e eficaz.

“Trata-se na sua essência, de um processo de tomada de decisão. Visando o planeamento a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar.” Tavares (1990:83)

Segundo Imperatori & Giraldes,

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).” Imperatori & Giraldes (1993:64)

Os problemas de saúde identificados deverão ser hierarquizados recorrendo a critérios objetivos.

“A escolha dos critérios e a sua valorização ou peso relativo são uma tarefa importante porque dela resultará a lista final de prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993:65)

No entanto o grande problema desta etapa é o grande risco de subjectividade, pois a escolha dos critérios que formam a tomada de decisão depende das características individuais e colectivas de quem planifica.

De forma a conferir mais objetividade a esta etapa do planeamento podemos referir três critérios que devem nortear a tomada de decisões.

Segundo Tavares (1990:86) os critérios são “(...) a **magnitude**, caracterizando o problema pela sua dimensão, a **transcendência**, valorizando as mortes por grupos etários e a **vulnerabilidade**, correspondendo à possibilidade de prevenção.”

Além destes, existem outros critérios que têm vindo a ser utilizados na determinação de prioridades:

Evolução: consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente;

Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências: nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações;

Conformidade legal: o argumento para a sua inclusão são as facilidades existentes na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;

Atitude da população: a receptividade, insatisfação, comprometimento ou grau de controlo da população sobre um problema podem também ser elementos a ponderar na escolha de prioridades;

Fatores económicos: problemas que determinem uma grande despesa ou com efeito negativo na produtividade ou cuja solução aumente o nível de emprego poderão ter maior prioridade.” (Imperatori & Giraldes, 1983:66).

António Tavares acrescenta ainda como critérios de determinação de prioridades:

“O maior ou menor conhecimento da relação entre o problema e o(s) factor (es) de risco, a gravidade do problema, a pertinência da implementação de um projecto, a exequibilidade tecnológica, deontológica ou económica (...), a disponibilidade de recursos, a conformidade legal, a aceitabilidade (...) quer pela instituição quer pela população, a subdivisão da transcendência em económica e social, assim como da vulnerabilidade que pode ser analisada relativamente à terapêutica e/ou à prevenção.” (Tavares, 1990:86)

No entanto seria um risco recorrer a tantos critérios para definir prioridades. Segundo Tavares (1990:87) “a selecção de três ou quatro destes, ou de outros aqui não referidos, e a definição dos seus pesos relativos, constituirá um dos principais objectivos iniciais do grupo que prioriza os problemas”.

Fixação de objectivos

Se já foi identificada uma determinada realidade, e estabelecida uma linha de prioridades, torna-se importante e necessário fixar objectivos, estabelecer metas a atingir e saber para onde caminhar.

Segundo Tavares (1990:113), “ os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo”, ou seja, nesta fase são delineados os resultados que se espera obter com a implementação de um projeto.

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, 1990:102)

Um objectivo deverá ser sempre... *objectivo*, pois se for formulado de uma forma vaga, sem poder ser mensurável, não terá qualquer utilidade.

Ao ser formulado, um objectivo 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, 1990:116)

Ainda segundo Tavares (1990:117) existem cinco elementos que devem estar contidos na formulação de um objectivo: A natureza do que se pretende atingir, os critérios de sucesso ou de fracasso, as características da população-alvo, o local de aplicação do projeto e a definição do tempo em que deverá ser atingido o objetivo.

Imperatori & Giraldes (1993:77) definem 4 aspectos principais a ter em atenção nesta fase de fixação de objectivos:

- “- 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.”

Relativamente à selecção de indicadores, e segundo Tavares (1990:120) “um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.”

Segundo o mesmo autor, “No âmbito do planeamento de projectos em Saúde são de considerar dois principais tipos de indicadores: 1. Indicadores de resultado ou de impacto” e “2. Indicadores de actividade ou de execução”.

Os indicadores de resultado ou de impacto medem “as alterações verificadas num problema ou a situação actual desse problema.” (Tavares, 1990:120)

Os indicadores de actividade ou de execução medem “a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.” (Imperatori & Giraldes 1993:78)

Assim enquanto os indicadores de resultado permitem quantificar problemas de forma a atingir os objectivos propostos, os indicadores de execução quantificam as actividades realizadas de forma a atingir as metas que contribuem para que os objectivos sejam atingidos.

Aquilo que se pretende num indicador “é que ele meça convenientemente aquilo que na realidade se quer medir” (Tavares, 1990:121)

Segundo vários autores, para fixar objectivos, o tipo de indicadores que nos interessam são os indicadores de resultado ou de impacto pois permitem quantificar um problema de saúde.

Após seleccionar os indicadores que melhor contextualizam um problema de saúde (o que nem sempre é fácil), há que determinar a tendência dos problemas definidos como prioritários.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:78) “ considera-se como tendência de um problema de saúde a evolução natural do problema caso as condições actuais, tecnológicas e outras, se mantenham.”

A projecção da tendência também se torna um conceito importante e consiste na “determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural.” (Imperatori & Giraldes 1993:78)

O terceiro passo desta etapa do planeamento em saúde consiste na fixação de objectivos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:79) “Entende-se aqui por *objectivo* 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.”

Devido à dificuldade de fixar objectivos e a necessidade de passar de objectivos complexos para outros mais específicos, transporta-nos para o quarto e último passo desta fase que consiste na transformação dos objectivos, em objectivos operacionais, ou metas.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:80), “O objetivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.”

As metas a atingir permitem transformar os objectivos em actividades dando início à próxima fase do planeamento em saúde – a selecção de estratégias.

“Fixar objetivos consiste em definir exatamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da selecção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento.” (Tavares, 1990:136).

Seleccção de estratégias

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:87) “pode definir-se estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.”

Para delinear estratégias é necessário:

- Estabelecer os critérios de concepção 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 recursos futuros.
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário) ” (Imperatori & Giraldes, 1993:87).

Esta fase permite construir uma visão global do problema de saúde e escolher quais as estratégias que melhor permitem atingir as metas propostas. De uma forma preliminar podemos perceber quais as melhores estratégias com os seus pontos fortes e pontos fracos.

Elaboração de programas e projetos

Depois de sabermos que rumo tomar passamos à etapa de elaboração de programas e projectos.

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, 1993:129)

Segundo o mesmo autor 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.”

Assim, enquanto um programa tem um sentido mais amplo sendo formulado com o intuito de atingir objectivos de natureza geral, muitas vezes com longos períodos de tempo, o projecto é algo que se desenvolve por um período de tempo delimitado e cumpre objectivos mais específicos.

Um programa deverá ser sempre constituído por: “identificação do programa, os objectivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do programa e o seu financiamento” (Imperatori & Giraldes, 1993:131)

Gostaria de acrescentar com base na leitura que com vista a cumprir os objectivos operacionais de um programa, o mesmo será constituído por atividades.

Cada atividade deverá estar organizada de forma a responder aos 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 actividade;
- 7 – Se possível: o objectivo que deve atingir;
- 8 – Eventualmente: o custo da actividade”. (Tavares, 1990:169).

Desta forma é possível criar um programa com o melhor custo/ benefício e ser aumentada a possibilidade de cumprir os objectivos operacionais/ metas que pretendemos atingir. Esquematizar estas atividades em quadro, acrescentando outro quadro com o conjunto de atividades distribuídas num cronograma temporal permitem estabelecer um programa.

Preparação da execução

Esta fase está simultaneamente com a fase anterior e a fase seguinte confundindo-se com ambas. Essencialmente, esta fase visa esquematizar as actividades a desenvolver e defini-las num determinado período de tempo especificando, segundo Imperatori & Giraldes (1993:149), “Quando, onde e como as actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar e ou executar”.

Ainda segundo o mesmo autor,

“A especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das actividades do projecto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto.” Imperatori & Giraldes (1993:149)

Avaliação

A avaliação é a sétima e última etapa do processo de planeamento em saúde. É importante referir que pode ser sempre ponto de partida para um novo processo de planeamento.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:173), “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.”

Segundo a OMS (1981) citada por Tavares (1990:205), “a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas do processo de planeamento...”

A fase de avaliação lança um olhar sobre todo o processo de planeamento e deve ser ponto de reflexão para ver até onde se caminhou, que resultados foram obtidos, quais as metas atingidas e que caminho tomar a partir de um projecto ou programa.

No entanto, e segundo Tavares (1990:205), “a avaliação deve ser precisa e pertinente.”

Segundo o mesmo autor “A sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.”

O processo de avaliação permite verificar de forma objectiva se há relação entre o projecto que foi aplicado e os efeitos desejados comparando-os com o ponto inicial.

A avaliação, tendo em conta que o planeamento em saúde é um processo contínuo, será sempre o ponto de partida para um novo diagnóstico de saúde.

Resumindo, gostaria de realçar o carater científico e metodológico do processo de planeamento em saúde que lhe confere uma organização e estruturação permitindo identificar problemas e agir sobre eles obtendo ganhos em saúde.

Também é importante ficarmos com a perceção que é um processo constituído por etapas inter-relacionadas em que a cada avaliação se segue um novo diagnóstico da situação.

“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 factores de ligeiras alterações nos projectos, necessariamente flexíveis. Só esta flexibilidade permite que o futuro não encontre as equipas de projecto incapazes de se adaptarem a ele, e de o prepararem para que ele próprio de adapte aos projectos já implementados.”
(Tavares, 1990:218)

Citando O’Neil, Dias e Gama (2014:315) referem que “face ao contexto atual da saúde global, a existência de profissionais capacitados com os conhecimentos e competências necessárias para traduzir teoria e investigação em políticas e ações efetivas são essenciais para o desenvolvimento da promoção da saúde global.”

Só utilizando uma metodologia científica pode ser construída de forma sistemática uma nova realidade e os enfermeiros pela sua capacidade de empatia e de relação com a comunidade, pelas áreas de competência que lhe são inerentes constituem-se profissionais de eleição para atingir objectivos e obter ganhos em saúde.

2 – TEORIAS DA APRENDIZAGEM – ALBERT BANDURA

Aprender é a coisa mais inteligente que se pode fazer. Ensinar é um acto generoso mas, quando se limita à transmissão, é bastante mais estúpido.

Miguel Esteves Cardoso

A Educação Sexual em contexto escolar passa inevitavelmente por um processo de transmissão de conhecimentos aos adolescentes. Para tal é importante recorrer a um quadro concetual que permita perceber quais os processos de aprendizagem dos jovens enquanto alunos, pelo que se justifica fazer uma abordagem ao conceito das teorias da aprendizagem bem como escolher um modelo teórico à luz do qual vai ser desenvolvida toda a acção educativa de forma a orientar todo o processo de intervenção na comunidade.

Fazendo uma resenha histórica, e segundo Bigge (1977) citado por Vasconcelos, C. et al (2003:11), “O Homem não só quis aprender como também, frequentemente, sua curiosidade o impeliu a tentar aprender como se aprende”.

Perceber e agir segundo um modelo teórico de aprendizagem permite orientar os processos de ensino/ aprendizagem com uma máxima eficácia.

Aprender faz parte da vida humana e, por mais simples que pareça, é desse processo de aprendizagem que desde sempre tem dependido a sobrevivência humana.

Para Rosa, J. (2003:15) “ a aprendizagem pode-se dar a partir de situações totalmente informais, ou pode ser o resultado de uma acção planeada e intencional como o é a sala de aula, ou a de uma relação pai-filho.”

Na área das ciências humana e sociais, têm sido vários os autores que se debruçaram sobre esta área do conhecimento, constituindo várias correntes de pensamento/ paradigmas relacionados com o processo educativo. Desde as teorias behavioristas na qual se incluem Pavlov, Skinner e Thorndike, às teorias cognitivistas de autores como Gestalt e Kurt Lewin, sem esquecer as teorias humanistas de Maslow e Roger, torna-se necessário fundamentar e enquadrar a pedagogia de promoção da saúde nesta vertente de educação sexual num modelo teórico.

Seria bastante fácil em contexto escolar, numa sala de aula recorrer a um modelo behaviorista de aprendizagem por transmissão.

“O ensino por transmissão tem o seu fulcro nas exposições orais do professor, que transmite as ideias (estímulos) aos alunos, isto é, “...o professor ‘dá a lição’, imprime-a em arquivadores do conhecimentos e pede, em troca, que os alunos usem a sua atividade mental para acumular, armazenar e reproduzir informações”. Santos & Praia, 1992 citado por Vasconcelos, C. et al (2003:12)

No entanto esta conceção apesar de poder ser aplicada nalgumas áreas do conhecimento apresenta algumas contrariedades. Uma vez que o professor tem um papel central em todo o processo, o aluno pode tornar-se “passivo, acrítico e mero reproduzidor de informação e tarefas. O aluno não desenvolve a sua criatividade e, embora se possam respeitar os ritmos individuais, não se dá suficiente relevo à sua curiosidade e motivação intrínsecas.” Vasconcelos, C. et al (2003:12)

Este modelo de ensino não permite desenvolver o pensamento destacando apenas o *saber-fazer* e descurando o *saber-ser* e *saber-estar*.

Por outro lado numa visão mais ampla do processo de aprendizagem, nem tudo pode ser apreendido numa perspectiva em que o professor é o transmissor de informação e o aluno a seu recetáculo. Partindo de uma visão mais ampla de que o processo de aprendizagem é parte integrante do ser humano na sua relação com o meio que o envolve, surgiram teorias “neo-behavioristas” como a teoria da instrução de Gagné e a teoria social-cognitiva de Bandura.

É nesta procura por um quadro de referência que encontramos a teoria da aprendizagem social-cognitiva de Bandura.

Cruz (1997) citado por Vasconcelos, C. et al (2003:13) refere que “A teoria sócio-cognitiva de Bandura (1977) preocupa-se com a aprendizagem que tem lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o sujeito aprende resulta da imitação, modelagem ou aprendizagem observacional.”

Não será a educação sexual um processo de aprendizagem social?

Importa pois adequar as metodologias de ensino a um modelo teórico, e em contexto de formação na área da educação sexual, a teoria cognitiva-social de Bandura é talvez a referência que melhor se aplica e que se passa a descrever.

Para Bandura, “existe uma diferença entre a aquisição de conhecimento (aprendizagem) e o desempenho observável baseado naquele conhecimento (comportamento).” (Woolfolk 1998:201)

Albert Bandura refere na sua teoria que o aluno sabe sempre mais do que demonstra. A diferença entre estes dois níveis de conhecimento reside em fatores extrínsecos aos processos de aprendizagem (fatores ambientais e pessoais).

Na teoria cognitiva-social,

“eventos ambientais, fatores pessoais e comportamentos são vistos como interagindo no processo de aprendizagem. Os fatores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, consequências de ações e ambiente físico), assim como o comportamento (atos individuais, escolhas e declarações verbais) todos influenciam e são influenciados uns pelos outros.” (Woolfolk 1998)

A esta estreita relação e interação de fatores, Bandura define como *Determinismo Recíproco*.

Uma outra ideia inovadora é a criação e diferenciação entre os conceitos de “Aprendizagem activa” e “aprendizagem indirecta”.

Para Bandura não é apenas possível aprender de forma ativa, fazendo e experimentando as consequências das suas ações. Segundo Shunk (1996) citado por woolfolk (1998:202) na aprendizagem activa “as consequências são vistas, como fornecendo informação sobre ações adequadas, criando expectativas e influenciando a motivação.”

No entanto é criado o conceito de um tipo de aprendizagem de natureza indirecta que consiste em aprender observando os outros. “Bandura acreditava que as teorias comportamentais tradicionais ignoram o efeito poderoso que *modelagem e imitação* podem ter sobre a aprendizagem” (woolfolk 1998:202). Desta forma considera-se que é possível aprender através da análise e observação dos comportamentos nos meios sociais em que se vive.

A teoria cognitiva-social define duas formas principais de aprendizagem por observação:

- Por reforço indirecto - Que ocorre quando vemos os outros a serem recompensados de forma positiva ou negativa por determinada ação que realizem. O nosso comportamento é modelado como se sofrêssemos nós próprios as consequências desse ato. Um exemplo prático deste tipo de aprendizagem consiste por exemplo em reduzimos a velocidade do automóvel quando constatamos condutores a serem autuados por excesso de velocidade. De uma forma indirecta, por observação, modificamos o comportamento, o que se pode considerar um nível de aprendizagem.
- Por imitação – Quando o assunto é do interesse do observador que tem expectativas de aprender algo que quer dominar, modelagens positivas ou negativas podem gerar comportamentos positivos ou negativos. Um exemplo é o fato de uma modelo fotográfica bastante emagrecida criar um estereótipo de beleza gerando numa jovem comportamentos de anorexia.

Bandura, na sua teoria define quatro importantes elementos a ter em conta na aprendizagem por observação:

Atenção – O observador necessita de tomar atenção a algo ou alguém para aprender.

“Para crianças mais pequenas, isso poderia significar os pais, irmãos ou irmãs mais velhos ou os professores. Para alunos mais velhos, poderia significar colegas populares, estrelas do rock ou ídolos da TV” (Woolfolk 1998:204)

No processo educativo, o educador tem de conseguir captar a atenção dos alunos fazendo apresentações claras que despertem a vontade de aprender.

Retenção – De forma a imitar um comportamento, é necessário que o aluno tenha uma representação visual/ mental do tema tratado. A retenção melhora através da apresentação de formas visuais atractivas recorrendo a técnicas pedagógicas inovadoras.

Produção – Consiste em replicar e treinar uma determinada ação de forma a conferir segurança na execução do que foi aprendido.

Motivação e reforço – Para se desenvolver um processo de aprendizagem é necessário que exista motivação e um reforço positivo. “Se esperamos ser reforçados por imitar as acções de um modelo podemos ser mais motivados a prestar atenção, lembrar e reproduzir os comportamentos.” (Woolfolk 1998:204)

Albert Bandura define ainda três formas de reforço que podem motivar a aprendizagem por observação.

- Reforço direto – por exemplo uma apreciação positiva no momento em que um aluno responde a uma questão;
- Reforço indirecto – quando um observador vê outro individuo a ser recompensado por um comportamento, o que o motiva a adquirir uma mesma atitude na expectativa de um reforço;
- Auto-reforço – a motivação reside no fato de ver uma motivação nos outros;

A Teoria Cognitiva-Social aponta para fatores que influenciam a capacidade de aprendizagem por observação:

- O nível de desenvolvimento – com o crescimento, as crianças são capazes de focar a atenção por períodos de tempo cada vez maiores, desenvolvem a capacidade de usar estratégias de memória para reter a informação e maior capacidade de motivação.
- Status do modelo – as crianças tem mais probabilidade de imitar acções e comportamentos realizados por pessoas ou personagens, que na sua faixa etária parecem heróis, pessoas tomadas como competentes e assertivas, ou ídolos.

- Consequências indirectas – através da observação dos outros aprendemos quais os comportamentos mais adequados;
- Objectivos e expectativas – constituem factores relacionados com os interesses de cada um. Se o observador valorizar os resultados ou objectivos atingidos por um indivíduo, ele irá ter um comportamento semelhante de forma a conseguir atingir esses mesmos objectivos;
- Auto-eficácia – os observadores têm mais probabilidade de aprender se acreditarem que “são capazes de realizar as acções necessárias para alcançar os objectivos, ou pelo menos aprender como fazê-los” (Woolfolk 1998:203)

No ensino, a aprendizagem por observação apresenta algumas vantagens. Em muitas áreas educativas, através de um processo de modelagem é possível desenvolver competências e habilidades nos alunos. Na perspectiva de Bandura, o próprio professor pode servir de modelo a seguir, ou convidar para um aula sobre determinado tema alguém que sirva de modelo.

Bandura (1986) citado por Woolfolk (1998:204) refere que “a modelagem, quando aplicada deliberadamente, pode ser um meio afectivo e eficiente de ensinar novos comportamentos.” A mesma autora refere ainda de “modelos da mesma idade dos alunos podem ser sobremaneira efectivos.” (Woolfolk 1998:204)

Em contexto escolar, a teoria cognitiva-social de Bandura constitui uma visão importante através da qual não só o professor como também os profissionais de saúde podem desenvolver a sua acção.

Vários exemplos práticos de como esta visão metodológica é aplicada, podem ser constatados nas atividades pedagógicas. Em relação à educação sexual têm sido desenvolvidos projectos de formação específica para adolescentes que têm influência marcada nos grupos de pares. Estes, ao aprenderem a agir de determinada forma, estimulam e motivam os adolescentes com quem se relacionam a agirem da mesma forma.

Por exemplo, nas aulas práticas de enfermagem, a constante repetição de técnicas, permite ao aluno desenvolver capacidade, conhecimentos e destreza manual.

A perspectiva de um processo de aprendizagem baseado na constante interação entre factores ambientais, factores pessoais e comportamento é uma mais-valia para o enfermeiro de cuidados de saúde primários que pretende direccionar e apontar caminhos para novas atitudes e estilos de vida saudáveis.

Frade et al (2009:24), relativamente à educação sexual referem que “Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área.”

Estas técnicas têm a sua fundamentação teórica em Bandura, desenvolvendo-se através da motivação, da relação de uns com os outros e da perceção de atitudes certas ou menos corretas.

3 – “ADOLESCERE”

No meio dos amigos, aprende-se muito mais;
Do que em todos os manuais, histórias de fazer corar;
Coisas da vida reais, que nos querem ocultar

Carlos Tê

O Homem ao longo de todo o seu ciclo vital, passa por várias etapas com características próprias. Tendo por tema as atitudes dos adolescentes perante a sexualidade, não deixa de ser pertinente enquadrar a temática e definir o conceito bem como caracterizar uma das etapas mais fascinantes do nosso ciclo de vida – a adolescência.

Segundo Ferreira e Nelas (2006:141) citando Muuss (1976) “A palavra adolescência vem do latim “*adolescere*” que significa *fazer-se homem/mulher* ou *crescer na maturidade*.” Etapa estruturante que marca a passagem da infância para a idade adulta, a adolescência tem sido alvo de interesse das ciências sociais e humanas.

São muitos os autores a definir a adolescência;

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada por Leal, D. (2006:2) “A adolescência é a fase da vida que decorre entre os 10 e os 19 anos de idade correspondendo ao período de transição entre a infância e a idade adulta.”

Segundo Ferreira e Nelas (2006:141) “ No mundo ocidental, corresponde mais ou menos à época entre os 12 e os 20 anos, contudo existem oscilações deste período etário impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições sócio-económicas e culturais”.

Segundo Tanner, citado por Eisenstein (2005),

“a adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objectivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive”.

Segundo Ferreira, M. e Nelas, P. (2006:141), “A adolescência é hoje conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente.

Sampaio (2006:17) refere que “A adolescência é, acima de tudo, crescimento físico e mental, maturação, desenvolvimento.”

Para Blos (1985:9) “A adolescência caracteriza-se sobretudo pelas mudanças físicas, mudanças que se reflectem em todas as facetas do comportamento. Não só é certo que os adolescentes de ambos os sexos são profundamente afectados pelas mudanças físicas (...) como também (...) afeta o desenvolvimento de seus interesses, seu comportamento social e a qualidade de sua vida afectiva.”

Segundo Martins (2007:19) “La adolescência es algo mucho más complejo, y dinámico de lo que simplemente es una edad, o un tiempo en la vida, com fechas claras de inicio y fin.”

É interessante observar muitas formas de observar a adolescência, o que realça a importância do seu estudo para as ciências sociais e humanas, no entanto em todas as definições, podemos encontrar uma linha de consenso. Esta etapa de vida é marcada por múltiplas transformações físicas, psico-afetivas e sócio-familiares que importa caracterizar de forma um pouco mais pormenorizada para compreender a dimensão da sexualidade na adolescência.

Em concordância com alguns autores, mais do que compreender a adolescência como um período de tempo bem definido, é importante caracterizá-la como tempo de mudança, de passagem de infância para a idade adulta, sendo sem dúvida uma fase estruturante do Ser Humano no seu ciclo de vida.

Esta fase não ocorre da mesma forma em todos os homens e mulheres e depende de factores como o contexto social, cultural e familiar, o estadio de desenvolvimento biológico, factores genéticos e nutricionais.

Nem sempre o adolescente foi objecto de investigação e de atenção. Segundo Braconnier e Marcelli (1998:39) “a adolescência, tal como a concebemos actualmente, isto é, um grupo social autónomo, com uma especificidade própria e caracterizando um período de vários anos de existência, teria pois aparecido nos séculos XVIII e XIX”. Até então, e culturalmente, a criança passava directamente ao estado adulto quando “largava as saias da mãe”.

Segundo Claes, citado por Sousa (2000:24), “Na Europa pré- industrial não se distinguia a infância da adolescência, não se concebia essa categoria etária a que chamamos hoje adolescência, e a ideia de tal categoria demorou muito a formar-se. É só no fim do século XIX, com a Revolução Industrial, que a adolescência, a que então se chamava juventude, nasce como realidade histórica e se transforma num tema literário dominante.”

O desenvolvimento de ciências sociais como a sociologia e psicologia também contribuíram para conceptualizar e definir a adolescência como objeto de estudo.

Atualmente na sociedade ocidental, ressalvando que os modelos e conceitos de adolescência variam significativamente (às vezes até de país para país), podemos dividir a adolescência em 3 fases.

1ª fase – Adolescência Precoce/ Puberdade

A puberdade constitui a primeira fase da adolescência iniciando-se nos rapazes aproximadamente aos 13-15 anos e nas raparigas aos 11-13 anos;

Segundo Sampaio (2010:4) na primeira fase que ocorre entre os 12 e 14 anos, “há alterações marcadas a nível físico, nas atitudes e nos comportamentos, com menor envolvimento nas rotinas familiares e maior gosto em estar sozinho. Desenvolve-se uma sexualidade intimista, em que o jovem vive as mudanças corporais e aprende progressivamente a lidar com as fantasias e os impulsos até então desconhecidos. Em muitos casos, existe um certo grau de introversão, como se o adolescente procurasse compreender o que se passa consigo”

Segundo Sousa (2000:20), citando Ceballos (1999), “Caracteriza-se pelas bruscas modificações físicas, por uma maturação cognitiva bem significativa e por uma extraordinária sensibilidade e receptividade para as relações de grupo ou de pares.”

Saito e Silva (2001:42) referem que um dos aspectos marcantes da puberdade é o crescimento físico e a “magnitude” com que este se desenvolve. “na puberdade os adolescentes ganham cerca de 20% da sua estatura final e 50% do seu peso de adulto”.

De uma forma geral as modificações do corpo iniciam-se com um aumento dos membros seguindo-se um aumento do tronco que contribui para o elevado ganho ponderal adquirido nesta fase.

Entre os sexos masculino e feminino, este desenvolvimento não se processa da mesma forma. Nos rapazes o diâmetro biacromial (distância entre ombros) aumenta de forma mais acentuada do que nas raparigas, enquanto que nestas, é o desenvolvimento do diâmetro bi-ilíaco (cintura pélvica) aquele que mais se evidencia. Rapazes de ombros largos e raparigas de ancas largas. Modificações que levam os jovens adolescentes a olhar para si mesmo e para os outros.

Também assistimos a um desenvolvimento do tecido muscular sendo mais evidente nos rapazes.

As alterações hormonais desencadeadas nesta fase pubertária, testosterona nos rapazes e estrogénio e progesterona nas raparigas condicionam todas estas modificações e conduzem ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários.

Assim, as raparigas (cujo desenvolvimento é precoce em relação aos rapazes) assistem no seu corpo a todo um conjunto de transformações como o aparecimento do “broto

mamário”, desenvolvimento do sistema reprodutor (vagina, útero e ovários), aparecimento de pêlos púbicos e axilares e desenvolvimento de glândulas sudoríparas.

Saito e Silva (2001:49) referem que a “menarca é um evento tardio da puberdade feminina”. Não significa que a rapariga já atingiu a maturidade sexual. Segundo Blos (1985:12) “na verdade esse acontecimento indica que a maturação dos órgãos reprodutores está em processo, mas não que está concluída”.

“A pubescência é, muitas vezes, marcada por sintomas físicos que dão ao adolescente aflito uma consciência acentuada das transformações em seu corpo. A acne, que desfigura a pele, e várias formas de dismenorreia, podem interferir no desejo que o adolescente tem de crescer.” Blos (1985:12)

Em relação aos rapazes, “a primeira manifestação de puberdade no sexo masculino frequentemente consiste no aumento do volume testicular”. Saito e Silva (2001:49)

Assiste-se posteriormente ao aparecimento dos pêlos púbicos e só mais tarde se evidenciam os pelos axilares, faciais e restante corpo.

Tal como nas raparigas também se verifica o desenvolvimento das glândulas sudoríparas.

São estes os fenómenos muitas vezes mal compreendidos pelos adolescentes que caracterizam a puberdade, e que constituem uma etapa fundamental no processo de “adolescer”.

Mas... quais as reacções do adolescente a toda esta mudança?

Para Blos (1985:11)

“o crescimento intenso em altura, peso, musculatura, e o desenvolvimento de características sexuais primárias e secundárias podem ser acompanhados de estados emocionais relevantes. Uma modificação na imagem do próprio corpo e uma reavaliação do “eu” à luz de novos poderes físicos e novas sensações são duas das consequências psicológicas da mudança de condição física”

Todas estas sensações, os estados emocionais, a auto-imagem e tantos outros sentimentos tornam-se mais evidentes nas fases seguintes da adolescência.

2ª fase – Adolescência Média

Sampaio (2010:4) refere que esta etapa ocorre entre os 14 e 16 anos. Nesta fase para além de se completarem as alterações corporais, o adolescente inicia um maior desenvolvimento mental, afectivo e social.

Segundo Sousa (2000:21), “Enquanto a puberdade era, essencialmente, uma crise do tipo biológico, a adolescência média é uma crise interior ou da personalidade. Esta crise tem um papel importante em relação a uma nova capacidade, a capacidade de reflexão que

supõe voltar o pensamento sobre si mesmo. Isto torna possível o descobrimento do "eu " e a revisão da identidade pessoal.”

Desta forma o adolescente nesta fase procura uma maior autonomia. Segundo Sampaio (2010:4) “há tendência para a identificação com o grupo de pares, quer no mundo real, quer agora nas redes sociais da internet. Existe um esforço no sentido da autonomia, sendo as manifestações da sexualidade agora mais exteriorizadas.”

Nesta fase o adolescente perante um reflexo no espelho de um corpo que antes não era o seu, segundo Saito e Silva (2001:105) “encontra-se mais preocupado com a sua aparência, estando bastante influenciado pelos ditames da moda”. Os mesmos autores referem que nesta fase “ continua o processo de separação dos pais, iniciado na fase anterior; a vinculação fundamental é com o grupo e os comportamentos de risco se originam da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo”. Saito e Silva (2001:105-106)

O fato de o adolescente passar por um desenvolvimento intelectual e cognitivo associado a uma tendência para construir o seu “eu”, desenvolve no próprio uma capacidade crítica e necessidade de procurar e experimentar novas sensações e novos valores.

Segundo Saito e Silva (2001:106) e relativamente a esta fase, “quanto à sexualidade, observa-se necessidade de experimentação sexual; as relações tornam-se mais significativas com dúvidas e temores frente a valores sociais e morais.”

O adolescente torna-se alguém à procura de si mesmo e da sua identidade.

3ª fase – Adolescência Final

Esta fase ocorre entre os 17 e 19 anos e caracteriza-se pelo estabelecimento de laços afectivo-sexuais mais estáveis. O jovem tem um melhor conhecimento do “eu” e aumenta o sentimento de pertença a grupos. Segundo Sampaio (2010:4) citando Pataki (2009), “Desenvolvem-se novas capacidades cognitivas, modificam-se as relações com os pais e amigos e o adolescente caminha para uma progressiva autonomia”

Para Sousa (2000:21), “O jovem passa à auto-afirmação do " eu " perante a autoridade dos pais, à afirmação positiva de si mesmo”

O adolescente quase adulto consolida o seu “eu”, a sua identidade, separando-se psicologicamente dos pais e assumindo responsabilidades e papéis desempenhados por adultos.

Na minha opinião, apesar de não me apoiar em estudos, a separação psicológica não acompanhada de uma separação física (o que se verifica cada vez mais na nossa sociedade num contexto socio-económico desfavorável) contribui para um prolongamento

desta fase da adolescência. Qual o resultado a médio-longo prazo? Seria uma questão interessante para estudar.

Segundo Saito e Silva citam outros autores e referem que a adolescência pode ser definida como se fosse uma síndrome com sinais e sintomas – a síndrome da adolescência normal.

“As características do desenvolvimento psicológico-emocional foram agrupadas por Aberastury e Knobel, para fins didáticos, na chamada síndrome da adolescência normal:

- Busca de si mesmo e da identidade
- Separação progressiva dos pais
- Tendência grupal
- Desenvolvimento do pensamento abstracto; necessidade de intelectualizar e fantasiar
- Evolução da sexualidade
- Crises religiosas
- Vivência temporal singular
- Atitude social reivindicatória
- Constantes flutuações de humor
- Manifestações contraditórias de conduta” (Saito e Silva, 2001:106)

Os mesmos autores acrescentam a estas características uma outra que está relacionada com os adolescentes: “Os comportamentos de risco.” (Saito e Silva, 2001:106)

Para além de ser um tempo para crescer, a adolescência é um processo importante e necessário para o pleno desenvolvimento do ser humano como pessoa, capacitando-o para a vida de adulto.

Direcionando o tema para a nossa área de interesse, e depois de definir e caracterizar a adolescência, importa perceber perante as transformações físicas, psíquicas e sociais que capacitam o adolescente para a reprodução, como vivencia este a sua sexualidade? Como se relaciona o adolescente com a sua sexualidade? Quais as suas atitudes e comportamentos?

4 – SEXUALIDADES

Quando os dias incertos, franzem o seu sobrolho
E até os céus mais abertos, nos correm o seu ferrolho
Quem é que não nos enjeita, só a seita, só a seita
Carlos Tê

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1981) citada por Frade et al (2009:18), a sexualidade é definida como “uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental.”

Esta definição “per si” traz-nos um certo grau de subjectividade, relacionando o “eu” com o “outro”, aliando fatores sociais, psicológicos e biológicos. Desta forma podemos definir a sexualidade humana como algo mais abrangente do que o simples ato sexual.

Segundo Sousa (2000:40), citando por López e Fuertes, (1998) “O ser humano não tem apenas apetência sexual instintivamente pré-programada, mas tem, também, necessidades e capacidades afectivas que frequentemente se associam à actividade sexual.”

Ao ler-se a ata da Conferência Episcopal Portuguesa (2005) relativamente à educação da sexualidade é referido no seu ponto dois que “A sexualidade é um dos núcleos estruturantes e essenciais da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa.”

O GTES (2007:12) refere que “a sexualidade é um longo processo de maturação física e psicológica, organizado a partir de uma evolução interna e construído na relação com os elementos significativos do universo relacional de cada indivíduo.”

A sexualidade também é parte integrante do ser humano. Desde o seu nascimento, o Homem assimila e manifesta um prazer freudiano que está intimamente ligado à sua sexualidade contribuindo para o seu desenvolvimento e a sua auto-realização.

Segundo Braconnier e Marcelli (1998:95) “a sexualidade não começa com a adolescência e já Freud, um dos primeiros, mostrou que muito cedo a criança desenvolvia uma curiosidade em relação à “coisa sexual”. “

Sprinthall & Collins (2008) também referem que a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”

No entanto é indiscutível que é na adolescência que a sexualidade assume particular importância.

São várias as fases do seu desenvolvimento sexual, no entanto, Hubner (1998), citado por Leal (2006:6) refere que “A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas.”

Segundo Miguel (1994) citado por Sousa (2000:40), “Na adolescência (...) a sexualidade manifesta-se de uma forma mais intensa e clara, e o adolescente começa a estabelecer a ligação entre a sexualidade e a afectividade.”

É durante a adolescência que a sexualidade é consolidada marcando a passagem da infância para a idade adulta.

“A progressiva maturação fisiológica é normalmente acompanhada pela súbita descoberta de novas relações e experiências, de ordem afetiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos. Estes sentimentos devem-se frequentemente a uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e mesmo intelectual e a aquisição de maturidade emocional.” (Rodrigues, 2010)

Segundo Justo (2000) citado por Leal (2006:6) “A adolescência constitui, então, uma etapa marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, acompanhadas por notórios sentimentos de atracção sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir.”

Importa pois entrar no mundo dos afetos e da descoberta que o adolescente faz de si e dos seus pares para perceber como as suas experiências podem influenciar a sua vida futura.

Em cuidados de saúde primários e nesta área de atuação (a adolescência), há que perceber quais os potenciais problemas que podem ocorrer nesta etapa tão fascinante que marca a despedida do ser criança e celebra o nascimento do ser-se adulto.

Recorrendo às fases da adolescência descritas no capítulo anterior, e em relação à sexualidade podemos referir que o jovem passa por um processo de maturação física, psicológica e social ao longo das três etapas descritas no capítulo anterior (adolescência precoce, adolescência média e adolescência final).

Mas nem sempre estas etapas se processam de forma igual em todos os jovens adolescentes. Existem factores biológicos, sociais e económicos que condicionam o seu comportamento sexual levando-os a adoptar muitas vezes comportamentos de risco.

Segundo Fuertes et al (2002), citada por Brás (2012:15),

“A decisão dos adolescentes recai cada vez mais na satisfação dos seus desejos sexuais, o que passa por se tornarem sexualmente activos, sem que a sociedade tenha para lhes dar uma resposta adequada, convertendo esta faixa etária num grupo de alto risco sexual. Sendo visível no aumento, de adolescentes com gravidezes não desejadas, do número de abortos e da taxa de doenças sexualmente transmissíveis”

A sexualidade na adolescência reveste-se assim de particular importância e é objecto de atenção dos serviços de saúde e das escolas numa perspectiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

São vários os aspectos a ter em conta em relação à sexualidade na adolescência;

Segundo Jardim (2003), citado por Madureira, Marques & Jardim (2009:101), “entre as vulnerabilidades da adolescência moderna, podemos citar a gravidez precoce e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV)”.

Orientação sexual, Contracepção, gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis e fontes de informação onde o adolescente adquire conhecimentos são assim os aspectos mais importantes a ter em conta na abordagem do adolescente relativamente à sua sexualidade.

4.1 – ORIENTAÇÃO SEXUAL

Segundo López e Fuertes (1998), citado por Sousa (2000:41), “Com as mudanças biofisiológicas, psicológicas e sociais verificadas no período da adolescência, vai-se produzir outra importante mudança no adolescente: a especificação da orientação sexual”

Importa definir e clarificar quatro aspectos básicos da sexualidade: segundo Sadock (2005), citado pelo GTES (2007:16), “Na prática escolar, interessa saber que a sexualidade depende de quatro factores psicossociais (que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamento sexuais): a *identidade sexual*, a *identidade de género*, a *orientação sexual* e o *comportamento sexual*.”

A APF define a **Identidade Sexual** como “o que cada pessoa pensa sobre si própria e sobre a sua sexualidade, sobre as emoções e sobre o desejo que sente em relação aos outros, que podem ser do mesmo sexo, de outro sexo ou de ambos os sexos.”

A **Identidade de Género** está relacionada com a forma como cada um se sente. Se se sente como homem e como mulher.

Segundo Sadock (2005) citado pelo GTES (2007:17), “resulta de uma série infindável de experiências com os familiares e com os pares e de fenómenos culturais em que as

características biológicas interagem com uma série de estímulos, de modo a definir o género”

A **Orientação Sexual** refere-se ao objecto de interesse sexual e de desejo. Desta forma o indivíduo pode ser heterossexual (interesse pelo sexo oposto), homossexual (interesse pelo mesmo sexo) e bissexual (interesse pelos dois sexos).

Na puberdade podem surgir dúvidas transitórias próprias de um crescimento e de uma maturação. Há que falar, desmistificar e aceitar os vários tipos de orientação sexual.

Segundo Sousa (2000:42) “O modo como o indivíduo aprende a dirigir o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interacção de factores hereditários e biológicos com factores psicológicos e sociais.”

Entre os jovens, muitas vezes existem contactos homossexuais que são transitórios. Sousa (2000:49) cita Claes (1990), referindo que os contactos homossexuais experimentados nesta fase estão mais relacionados com “um fenómeno transitório de experimentações sexuais, marcado pela exploração física e pela aprendizagem recíproca, desenvolvendo-se num contexto mais homosocial que homossexual.”

Segundo o GTES (2007:17) “o **comportamento sexual** inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as tentativas com o objectivo de obter gratificação de necessidades sexuais.”

Segundo os autores é importante estar atento a estes aspectos de forma a prevenir comportamentos de risco, promovendo uma dimensão afectiva para a sexualidade nos adolescentes.

4.2 – ADOLESCENCIA E CONTRACEÇÃO

No programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizado no Cairo em 1994, no seu princípio nº8 refere-se que:

“Os Estados devem tomar todas as medidas necessárias para assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo os relacionados com a saúde reprodutiva, que inclui planeamento familiar e saúde sexual. Programas de saúde reprodutiva devem fornecer a mais ampla gama de serviços, sem qualquer forma de coerção. Todos os casais e indivíduos têm o direito fundamental de decidir livre e responsabilmente o número e o espaçamento de seus filhos e de ter a informação, a educação e os meios para fazê-lo”. (Conferência do Cairo, 1994)

Nesta perspetiva toma-se consciência da necessidade de capacitar os indivíduos para estabelecerem o seu planeamento familiar. Mais do que decidir quantos filhos se vai ter, o planeamento familiar está relacionado com a capacitação das pessoas em poderem definir a sexualidade como energia que ultrapassa a fecundidade.

O Planeamento Familiar pode ser definido como:

“uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, assim como programem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas.”
(Portal da Saúde)

Segundo Vicente (2001), citado por Reis & Matos (2007:210), “a contraceção constitui uma importante vertente da Saúde Sexual e Reprodutiva”.

Ainda segundo as mesmas autoras, “Nodin (2002) classificou-os dentro de vários tipos: hormonais (pílula, implantes, injeções, anel vaginal), de barreira (preservativo, diafragma), químicos (espermicidas), cirúrgicos (laqueação, vasectomia), temporários (dispositivo intra-uterino) e naturais (método da temperatura, do calendário, do muco e do coito interrompido)”.

No entanto é importante referir que as potenciais complicações decorrentes de comportamentos sexuais de risco, como a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, só poderão ser prevenidas com a utilização do preservativo como método contraceptivo.

Segundo Gaspar et al (2006:300) citando vários autores,

“Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; DiClemente et al., 2001; Whitaker & Miller, 2000).”

Segundo Silva *et al* (2012:8) num estudo efetuado numa escola secundária a 177 adolescentes com média de idades de 16,2 anos, “Dos adolescentes sexualmente ativos, 45.8% já teve pelo menos um ato sexual sem método contraceptivo”.

A nível das escolas secundárias nacionais e segundo estudo realizado (a 5050 adolescentes) pelo programa “Aventura Social” integrando a rede Europeia Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), 21,8% dos adolescentes já tiveram relações sexuais sendo que a maioria (81,8% dos que tiveram resposta positiva) teve a primeira relação sexual a partir dos 14 anos.

Em relação à utilização do preservativo (único meio de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis), e nos adolescentes que já tiveram relações sexuais, 17,5% não usaram este método contraceptivo na última relação sexual.

Estes números mostram a necessidade de delinear estratégias de educação sexual junto dos jovens de forma a prevenir comportamentos sexuais de risco.

Segundo Reis; Ramiro & Matos (2009:154), “É urgente contrariar o mito de que quando se proporciona informação e serviços sobre a sexualidade, a contraceção e a prevenção das IST's / SIDA, se está a contribuir para a promiscuidade dos jovens”.

Há que falar em educação sexual, há que capacitar os jovens adolescentes para tomarem a suas decisões de forma responsável e informada.

4.3 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

É na adolescência que ocorre na maior parte das vezes a primeira relação sexual. É nesta fase de vida que o adolescente envolvido num sentimento de invulnerabilidade associado a uma falta de informação acerca da sexualidade, desenvolve comportamentos sexuais de risco, que podem conduzir a uma gravidez.

Se por um lado o adolescente passa por um processo de transformação biológica em que adquire capacidade reprodutiva, por outro, a maturidade psicológica não acompanha a maturidade sexual.

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

Segundo Justo (2000), citado por Leal (2006:4) “A adolescência é, então, um período em que a fertilidade é biologicamente possível mas socialmente desfavorável.”

Podemos falar em fatores cumulativos que aumentam a probabilidade de uma gravidez adolescente. São vários os factores de risco para uma gravidez na adolescência: o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, companheiro ou família, a ausência de planos futuros e a repetição de modelo familiar (mãe também adolescente).

Podem contribuir também para uma maternidade na adolescência, 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.

“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.” Figueiredo *et al* (2006); citado por Leal (2006:9)

Segundo Rodrigues (2010:201) “preocupada com a imagem corporal e o estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família a adolescente manifesta importantes carências informativas relativamente à sexualidade, contraceção e risco de gravidez.”

Segundo Field et al (1996), citado por Figueiredo (2001:225), “alguns autores alertam que o principal fator responsável pela ocorrência de gravidez na adolescência é o desconhecimento dos jovens a respeito da sexualidade”.

Se por um lado em determinadas culturas a gravidez na adolescência é um fenómeno socio-cultural bem aceite e enraizado (culturas cigana, cabo-verdiana ou indiana), actualmente nas sociedades ocidentais este fenómeno é entendido como um problema que prejudica o adolescente e compromete a sua realização plena.

“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 supões que não terão recursos, maturidade e responsabilidade para educarem um filho.” (Vilar, 2003:309)

A nível biológico, as complicações mais associadas à grávida adolescente são a pré-eclampsia, anemia, infeções, o parto pré -termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências biopsicológicas associadas à decisão de abortar.

Segundo Justo (2000), citado por Leal (2011:12) “Algumas dessas consequências são o desconhecimento do tempo de gravidez, anemia, proteinúria, aumentos da tensão arterial, toxemia, rutura prematura de membranas, desencadeamento prematuro do parto, aumento das complicações do parto, desproporção feto-pélvica, infeções urinárias e infeções do trato genital.”

Em relação a problemas com o bebé regista-se um maior número de partos prematuros e baixo peso à nascença em grávidas adolescentes. Segundo Silva (1983), citado por Leal (2011:13), esta situação deve-se a “factores de natureza biológica, como a imaturidade do sistema reprodutivo e o ganho de peso inadequado durante a gestação e factores socioculturais, como a pobreza e a marginalidade social, combinados com o estilo de vida adoptado pela adolescente.”

Em relação às grávidas adolescentes,

“os seus filhos, por sua vez, tendem com mais frequência a: nascer prematuramente ou com baixo peso, ser admitidos em hospitais e a ser vítimas de acidentes, ser alvo de negligência ou de abuso, sendo que a taxa de mortalidade infantil é particularmente elevada no grupo de mães adolescentes.” Pacheco *et al* (2003:229)

Para além dos problemas atrás descritos e uma vez que muitas vezes as relações entre os adolescentes se caracterizam por múltiplos parceiros ocasionais, é importante referir o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Rodrigues (2010:201), “a gravidez na adolescência, habitualmente mal vigiada, tem sido associada a maior morbidade materna e fetal podendo interferir negativamente no desenvolvimento pessoal e social sendo considerada um problema de saúde pública.”

Se bem que se as grávidas adolescentes quando seguidas em consultas, apresentem taxas de complicações na gestação semelhantes às das grávidas adultas, a verdade é que por fatores sociais e familiares, essas consultas ocorrem tardiamente.

A gravidez na adolescência não deixa de ser algo de importante a considerar tanto no desenvolvimento sexual do jovem como nas repercussões que esta pode desencadear no projeto de vida do futuro adulto.

Desta forma torna-se necessário encarar a gravidez na adolescência como um problema para o qual os serviços de saúde devem dar resposta em associação com as escolas e pais.

É importante atuar a nível da prevenção, promovendo a educação sexual como parte da formação humana do jovem adolescente – educar para prevenir.

Segundo Leal (2006:11) “A negligência da contraceção constitui, então, um factor muito importante uma vez que, segundo Newcombe (1999), um adolescente que não usa nenhum método contraceptivo tem 90% de probabilidade de engravidar no espaço de um ano.”

4.4 – INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infeções sexualmente transmissíveis constituem outro problema relacionado com os comportamentos de risco na adolescência.

Segundo Brás (2012:16) “As Doenças Sexualmente Transmissíveis ou Infeções Sexualmente Transmissíveis (DSTs/ISTs), são outro problema evitável, gerador de angústia nos jovens.”

De uma forma resumida, podemos classificar as infeções sexualmente transmissíveis em infeções de origem bacteriana (clamídia, gonorreia e sífilis), de origem viral (HIV e SIDA, Hepatite B, Hepatite C, Herpes Genital, Papiloma Vírus Humano) e de origem parasitária (Tricomoníase).

“A prevalência e o aumento de inúmeras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs1), nomeadamente do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida - VIH/SIDA (metade de todas as novas infeções por VIH/SIDA, cerca de 6000 diariamente, ocorrem entre jovens com idades entre os 15 e os 24 anos.)” Marques, Martingo e Frade(2006), citado por (Reis, Ramiro e Matos, 2009:207)

Ainda segundo as mesmas autoras num estudo realizado em 2009, “Dos jovens que já tiveram relações sexuais, verificou-se que os métodos contraceptivos escolhidos

habitualmente são o preservativo (71.4%) e a pílula (63.2%).” (Reis, Ramiro e Matos, 2009:207)

Segundo Vicente (2001), citado por Reis, M. e Matos, M. (2007:209), “A contracepção constitui uma importante vertente da Saúde Sexual e Reprodutiva”

Sabendo que só o preservativo pode prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e diminuir a sua incidência, e percebendo que os adolescentes constituem um grupo especialmente vulnerável pelas suas características próprias, é importante apostar na promoção de estilos de vida saudáveis também direccionados para a saúde sexual e reprodutiva.

“A actividade sexual, designadamente o uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e drogas e o comportamento sexual, tornam os jovens um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva a nível mundial.” (Reis, Ramiro, e Matos, 2009:207)

No entanto, é interessante verificar que os resultados de estudos a nível nacional têm apresentado melhorias.

Em 2010, decorreu a quarta edição do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do Projecto Aventura Social que envolveu 5050 adolescentes. Deste estudo podem ser retirados alguns dados importantes relativamente à realidade portuguesa das atitudes e comportamentos dos jovens face à sexualidade.

Segundo o Projecto Aventura Social (2010:137), “A grande maioria dos adolescentes (que refere já ter tido relações sexuais) afirma ter utilizado o preservativo na primeira relação sexual.”

Mais concretamente regista-se 93,8%, verificando-se uma melhoria em relação a anos anteriores, no entanto podemos concluir que 6,2 % não utilizaram o preservativo na primeira relação sexual. Em relação à última relação sexual, 17,5 % não utilizaram preservativo.

A inclusão da vacina contra a Hepatite B e do Papiloma Vírus Humano no plano nacional de vacinação bem como um projeto de educação sexual cada vez mais consistente apostando e promovendo a adopção de comportamentos sexuais saudáveis são fatores importantes que podem diminuir a incidência e prevalência de infecções sexualmente transmissíveis de forma a minimizar transmissão de infecções e obter ganhos em saúde.

4.5 – FONTES DE INFORMAÇÃO

Para percebermos os comportamentos dos adolescentes, para além de definirmos e caracterizarmos a adolescência na sua globalidade e em relação à sexualidade, depois de apontarmos os principais problemas e complicações relacionadas com a adolescência e

sexualidade, é importante saber quais os locais, espaços e meios onde o adolescente vai recolher informações que o ajudem a consolidar a sua sexualidade.

As fontes de informação do adolescente influenciam o seu comportamento socio-afetivo.

Segundo Matos et al (2003), citado por Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006:301), “As fontes de informação mais utilizadas pelos jovens são de longe os amigos, seguida pelos pais, televisão e leituras. Os professores surgem no fim da lista de fontes de informação escolhidas pelos jovens”.

Da revisão bibliográfica podem ser consideradas seis importantes fontes de informação que servem de suporte e podem influenciar o comportamento do adolescente relativamente à sua sexualidade.

A Família

A família é o local privilegiado para a formação da criança e adolescente enquanto pessoa.

“A família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente, contribui ativamente na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores, e de um modo geral, na saúde e bem-estar dos seus elementos e apresenta uma influência mais intensa na adolescência”. Ribeiro (2011:9)

O GTES (2007:7) refere que “a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade.”

Os mesmos autores ainda referem que,

“a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência”. GTES (2007:7)

A família é tempo e espaço ideal para a abordagem de todos os temas.

O modelo e estrutura familiar tem-se modificado nos últimos 20 anos influenciando diretamente a relação que se estabelece entre filhos e progenitores. De alguma forma a escola tem-se substituído ao papel educador dos pais.

Para Fernandes (2006:30), “O exercício paternal tem que ser visto como um “*direito-dever*” e tem que estar em primeiro lugar relativamente a outras instituições de carácter educativo/formativo, como a escola ou a igreja.”

No entanto temos assistido a profundas alterações no conceito e estrutura familiar, modificando as relações entre pais e filhos.

Na opinião de Galvão (2000), citado por Fernandes (2006:31), “Infelizmente, muitos dos pais acabam por se demitir das suas funções de educadores, ou se o fazem, fazem-no de forma insuficiente ou deturpada”.

Fica a pergunta... será que os pais se estão a demitir da sua tarefa de ser educadores dos filhos? Será que os temas sobre sexualidade serão abordados da melhor forma no seio familiar?

Segundo Martins (2008:8) “numa investigação com 219 adolescentes femininas, examinou-se a comunicação que estas estabeleciam com as suas mães, e observou-se que quanto maior for a comunicação, mais esta poderá afetar positivamente o comportamento sexual adolescente”.

Segundo o GTES (2007:13) “a forma como a criança viveu a infância e a maneira como os pais (ou substitutos parentais) lidaram com as questões relacionadas com a sexualidade surgidas nesse período, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência”.

No entanto segundo Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares (2006:301),

“Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, evidenciam o embaraço sentido no diálogo entre pais e filhos em relação à sexualidade. Muitos pais aliam aos tabus, normas culturais e vergonha, o receio de ter informação ou competências insuficientes para responder às questões dos filhos adolescentes”.

A família deve ser a base da educação sexual do adolescente. É importante capacitar e inserir as famílias no projeto de educação sexual dos seus filhos. No entanto, dadas a especificidades da adolescência, com fases em que o adolescente de forma natural se distancia dos progenitores, a família não é uma fonte de informação completa.

A Escola

Sendo a escola o local e o tempo onde os adolescentes passam um terço da sua vida, não deixa de ser normal que seja o espaço privilegiado para transmissão de informação, estabelecimento de laços afetivos e relações interpares. A escola com o seu papel formativo, apesar de não se substituir aos pais, deve ajudá-los na educação sexual. A escola com o seu objetivo de socialização não se pode nem deve demitir dessa responsabilidade.

Apesar da importância da família no processo de educação dos filhos, têm sido desenvolvidos (e até legislados) projectos de educação sexual nas escolas.

A escola como espaço que reúne os jovens adolescentes, é um local onde é possível transmitir muita informação de uma forma organizada e estruturada.

No entanto alguns autores revelam que ainda há um longo caminho a percorrer.

Segundo Sampaio (2011), citado por Brás (2012:19),

“a educação sexual nalgumas escolas mantêm-se ainda aquém das expectativas, pois esta não é implementada segundo as necessidades dos adolescentes. Os adolescentes deveriam ser os primeiros a ser questionados sobre as suas necessidades e a educação sexual ser ministrada em função das suas carências”.

A escola surge como um local onde é possível abordar temas que muitas vezes o adolescente se sente mais à vontade a abordar. Apesar disso, porque ainda existe alguma dificuldade na aplicação dos programas de educação sexual em meio escolar, a escola não é uma fonte de informação completa.

Os pares (grupos e amigos)

Segundo Brás (2012:21), “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 na tentativa de se modelar aos comportamentos do grupo.

O grupo de amigos é o meio social do adolescente. É no seio do grupo; da “seita” que o adolescente transmite e recolhe informações. Da necessidade de se sentir aceite, o adolescente tem um comportamento semelhante ao grupo.

Segundo Brás (2012:22) “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”.

E no seio do grupo, será que as informações e ideias formadas relativamente à sexualidade serão as mais corretas?

“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”. (Fernandes, 2006:32)

Tomé (2011:31) referindo-se a um estudo de Maxwell (2002), diz que “num estudo com 1969 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que os adolescentes que tinham amigos que se envolviam em comportamentos de risco tinham maior probabilidade de mais tarde se envolver em algum desses comportamentos.”

Hatcher et al (2004), citados por Stanhope e Lancaster (2008:814), referem que “Os adolescentes têm maior probabilidade de iniciar actividade sexual se os seus amigos forem sexualmente activos.”

Segundo Brás (2012:22), “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.”

Segundo o mesmo autor, “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.” (Brás, 2012:22)

Numa perspectiva construtiva e de promoção da saúde, torna-se necessário utilizar as potencialidades do grupo como fonte de informação da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, no entanto os grupos não constituem uma fonte de informação completa.

Não querendo diabolizar o “efeito de grupo”, na educação sexual dos adolescentes, numa perspectiva de educação sexual, é possível explorar a capacidade de modelagem que o grupo tem.

Modelar comportamentos de grupo é sinónimo de modelar os comportamentos de cada um.

Religião

A religião sempre teve um papel importante na formação das pessoas. Estando enraizada na cultura das famílias portuguesas, é mencionada por vários autores a influência da religião na sexualidade.

Historicamente a igreja católica (a principal religião em Portugal), sempre teve um papel regulador e de orientação nos comportamentos sexuais da população.

No entanto dados de estudos mais recentes sugerem que os jovens procuram pouca informação relativamente à sua sexualidade junto das entidades religiosas.

“ No obstante la tradición judaica-cristiana característica de nuestra sociedade se observa una perdida muy significativa de la influencia de la religion en los comportamientos y actitudes de los individuos. Los católicos presentan, hoy día, una visión más crítica y una menor adhesión a los dogmas, resultantes de los avances tecnológicos, y de un más fácil acceso a la educacion e información.”
Martins, M. (2007:73)

A falta de respostas da igreja em relação à sexualidade na perspectiva de uma energia inerente ao ser humano, que na adolescência é palco de múltiplas e importantes conquistas, tem levado os jovens a afastarem-se desta instituição como fonte de informação sobre sexualidade.

O dogmatismo e a pouca abertura da igreja para os aspectos práticos da vida sexual dos adolescentes levaram estes a afastarem-se da religião, e procurarem outras fontes de informação.

Os Mídia – Televisão, internet e revistas

Vivemos na era da informação. Diariamente, em todo o lado e a qualquer hora somos abordados por informações de uma sociedade que muitas vezes nos transmite um conceito de ideal inatingível e pouco realista.

“Os meios de comunicação (media) são hoje um importante veículo de transmissão de informação para os adolescentes. Os *mass media*, em especial a televisão, são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento dos adolescentes.” Sampaio (2009) citado por Brás (2012:21)

Segundo Andrade (1996), citado por Brás (2012:21), “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”.

Os mídia transmitem um conceito de beleza física de define um estereótipo de perfeição, muitas vezes inatingível. Sendo a internet um instrumento de pesquisa, como fonte de informação dos adolescentes traduz-se muitas vezes em “desinformação” contribuindo para a adopção de comportamentos de risco.

No entanto não deixa de ser uma fonte de informação apelativa aos jovens e que pode ser aproveitado de uma forma construtiva.

Os Serviços de Saúde

Os serviços de saúde, numa perspetiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva deverão ser uma importante fonte de informação dos adolescentes.

No entanto, e segundo Brás (2012:24) “Os adolescentes são o grupo etário que menos utilizam os cuidados de saúde, pois não sentem necessidade desse tipo de consulta, mas de consultas especificamente viradas para as necessidades sentidas por eles.”

Na realidade talvez exista um desfasamento entre as reais necessidades dos adolescentes e o tipo de oferta que os serviços de saúde têm em relação à educação sexual e planeamento familiar.

Muitas vezes por desconhecimento dos pais e dos próprios jovens ou até por medo de serem identificados, estes não participam nas consultas de planeamento familiar.

Por outro lado “Os profissionais referem, com frequência possuem competências insuficientes para responderem às solicitações dos jovens e necessitarem de outras

condições como, o tempo e privacidade, para prestarem cuidados de modo adequado ao tipo de necessidade.” Prazeres (2003), citado por Brás (2012:24)

Há que mostrar maior abertura dos cuidados de saúde primários. Há que transmitir informação, sensibilizando os jovens para um tempo e um espaço onde podem colocar dúvidas.

São estas as principais fontes de informação dos jovens.

De forma a colmatar lacunas, penso ser importante desenvolver um projeto de educação sexual com uma visão ampla que permita sinergias entre os alunos, as escolas, os professores, os pais e os profissionais de saúde.

É interessante verificar que algumas acções de formação são dirigidas a grupos específicos de jovens que depois as transmitem entre eles favorecendo o grupo como uma boa fonte de informação.

Também é interessante constatar que nas escolas existem gabinetes para apoio à educação sexual com projectos formativos bem estruturados que já foram implementados.

Seria bastante interessante realizar trabalhos de formação com os pais, cuja acção não se pode resumir a autorizar uma actividade na escola relacionada com a temática. Para além das escolas, e uma vez que o seio familiar se deve assumir como principal fonte de informação/ formação, seria pertinente a criação e desenvolvimento de projectos educativos direccionados aos pais no sentido de os capacitar para aprenderem a abordar temas como a sexualidade.

A todos os intervenientes deste projeto deverá ser dada formação específica fazendo sentir que cada um é parte de todo um projeto maior.

Desta forma será possível educar e sensibilizar os jovens para uma sexualidade responsável, consciente e livre prevenindo as complicações relacionadas com comportamentos sexuais de risco.

Quais as estratégias? Educação sexual.

5 – EDUCAÇÃO SEXUAL

*A seita tem um radar, que apanha tudo no ar,
Na seita não há papão, tudo tem explicação*

*No meio das amigas, aprende-se ainda mais
Vai-se mais longe que os sonhos e que a imaginação
As ciências naturais, cabem na palma da mão.*

Carlos Tê

A *seita*; o meio e o espaço onde tudo tem explicação. Mas nem sempre as explicações cabem na palma da mão.

Torna-se fundamental capacitar os jovens de forma a poderem fazer escolhas responsáveis e informadas na construção da sua própria saúde. Capacitar é fazer com que alguém se torne apto, é fazer com que algo seja compreendido, é educar.

Em cuidados de saúde primários, a promoção da saúde passa indiscutivelmente por um processo de capacitação e de educação dos indivíduos para fazerem escolhas informadas. Cada Ser Humano tem o direito de construir o seu projeto de vida.

Dos princípios de Ottawa salienta-se que,

“A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.” (Carta de Ottawa, 1986)

A educação para a saúde tem como grandes objectivos, promover a informação e a consciencialização de cada pessoa acerca da sua própria saúde, e facilitar a aquisição de competências que a habilitem para uma progressiva auto-responsabilização.

Como já foi referido, a sexualidade constitui um aspeto essencial da vida do ser humano. Na adolescência muitas vezes os comportamentos de risco aliados à sexualidade conduzem a problemas de entre os quais se destaca a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis.

Segundo Matos et al (2009:149), “O aumento das IST’s, da gravidez indesejada e de outros riscos ligados à actividade sexual, faz com que os jovens sejam considerados um grupo de intervenção prioritário em termos de saúde sexual e reprodutiva.”

Brás (2012:16) afirma que “O desconhecimento de aspectos fundamentais da sexualidade, da contraceção e da procriação, continuam a ser característicos da maioria dos adolescentes.”

Segundo o GTES (2007:5) “A participação activa dos estudantes e a opinião e participação dos encarregados de educação são essenciais para o êxito e promoção da educação para a saúde no nosso sistema de ensino.”

Mas será que falar de sexualidade humana a adolescentes não poderá provocar nestes o despertar para uma “*adultez*” precoce? Os estudos e a maior parte dos investigadores referem exactamente o contrário.

Segundo Matos (2009:154) “A partilha de informação adequada sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual.”

Brás (2014) resume e confirma que “Todos os estudos tendem a mostrar que a informação não conduz a uma actividade sexual mais precoce, mas diminui a frequência das DSTs/ISTs e de gravidezes não desejadas, o que origina o recurso a práticas sexuais mais seguras.”

Torna-se assim necessário descomplicar a sexualidade, capacitando os adolescentes na tomada de decisões responsáveis e garantir o “direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.” (DGS, 2001)

A educação e promoção da saúde sexual é um processo abrangente que deve envolver crianças, adolescentes, pais, professores e profissionais de saúde com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis.

A Direcção Geral de Saúde (2001:5) refere que “a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controlo da fertilidade e à prevenção das doenças transmitidas sexualmente (DTS), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.”

Segundo Kuntsche & Jordan (2006), citado pelo GTES (2007:8), “Na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do 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.”

Segundo vários autores (Brás, 2008; Damas, 2007; Sampaio, 2006),

“A escola assume um papel fundamental, que nenhum dos outros agentes de socialização consegue cumprir, porque é um espaço onde as abordagens são

estruturadas e onde os saberes são avalizados, e, sobretudo, tendo em conta que as opiniões divergem, é na escola que se pode promover o debate necessário sobre estas temáticas.” (Brás, 2012:19)

Para além de ser local onde se adquirem conhecimentos técnico-científicos, a escola é um meio social estruturado e palco de relações interpessoais, fenómeno a ter em conta quando se pretende modificar comportamentos de risco.

Segundo o GTES (2007:7), “A educação sexual foi definida (...) como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual”

O GTES (2007) refere ainda que a educação sexual tem como objetivos:

- “ – O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- A melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais;
- A redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abusos sexuais. A longo prazo deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida.” (GTES 2007:7)

A educação sexual deve assim ter um caráter abrangente, e não ser constituída apenas pelo ensino da biologia humana e métodos contraceptivos.

Segundo Martins (2007:44), “la educacion sexual tiene como objetivo la integración harmoniosa de las diversas facetas de la sexualidade humana, promovendo la adquisición de una postura responsable, flexible y gratificante, en los niños y jóvenes, mientras seres sexuados”.

Frade et al (2009:22) também definem o objetivo da educação sexual: “poderíamos apontar como grande objetivo da Educação Sexual Escolar o de contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade.”

Frade et al (2009:21) descrevem ainda um conjunto de valores fundamentais que devem nortear a Educação Sexual na escola e que são os seguintes:

- “Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida.
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual.
- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos.
- Respeito pelo direito à diferença.
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade.

- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis.
- Reconhecimento que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.
- Recusa de formas de expressões da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração.
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.” (Frade et al, 2009:22)

Os mesmos autores definiram objectivos em relação a três áreas cognitivas: Os Conhecimentos (relacionados com as várias dimensões da sexualidade), os sentimentos e atitudes (relacionados com a aceitação das suas próprias transformações e transformações nos outros), e desenvolvimento das capacidades individuais (que promove no jovem a capacidade de decidir e tomar decisões de forma informada).

Em cada escola e com base na realidade própria de cada comunidade deverá ser elaborado um projeto de educação sexual com base nas necessidades sentidas pelos intervenientes, em especial os adolescentes.

“O projeto de ES em meio escolar deve basear-se na perspectiva de desenvolvimento que acabámos de delinear, ter em conta as características da escola e da comunidade onde esta se insere e contar sempre com a participação activa dos estudantes” (GTES, 2007:18)

O mesmo grupo sublinha a necessidade de que os pais deverão ser informados de todas as fases do processo

Com base nas conclusões e propostas do GTES, os temas a abordar nas escolas foram regulamentados. Apesar de cada escola ou agrupamento escolar poderem escolher e decidir o seu programa de educação sexual com base em propostas dos vários intervenientes (professores, profissionais de saúde, alunos e pais), foram delineadas e legisladas pela portaria 196-A/2010 de 9 de abril de 2010 as orientações curriculares que devem nortear esta área:

“Os objetivos mínimos da área de educação sexual devem contemplar os seguintes conteúdos que podem ser abordados nas áreas disciplinares ou nas áreas curriculares não disciplinares.

1º Ciclo (1º ao 4º anos)

Noção de corpo;
O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural;
Noção de família;
Diferenças entre rapazes e raparigas;
Proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

2º Ano

Para além das rubricas incluídas nos programas de meio físico, o professor deve esclarecer os alunos sobre questões e dúvidas que surjam naturalmente, respondendo de forma simples e clara.

3º e 4º Anos

Para além das rubricas incluídas nos programas de meios físico, o professor poderá desenvolver temas que levem os alunos a compreender a necessidade de proteger o próprio corpo, de se defender de eventuais aproximações abusivas, aconselhando que, caso se deparem com dúvidas ou problemas de identidade de género, se sintam no direito de pedir ajuda às pessoas em quem confiam na família ou na escola.

2º Ciclo (5º e 6º anos)

Puberdade – aspetos biológicos e emocionais;
O corpo em transformação;
Caracteres sexuais secundários;
Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas;
Diversidade e respeito;
Sexualidade e género;
Reprodução humana e crescimento; contraceção e planeamento familiar;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;
Dimensão ética da sexualidade humana.

3º Ciclo (7º ao 9º anos)

Dimensão ética da sexualidade humana;
Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;
Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários);
Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana – HPV2/vírus do papiloma humano e suas consequências) bem como os métodos de prevenção. Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;
Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado;
Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado;
Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;
Prevenções dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Ensino secundário

Compreensão ética da sexualidade humana.
Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade:
Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais.
Informação estatística, por exemplo sobre:
Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU;
Taxas de gravidez e aborto em Portugal;
Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;

Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto;
Doenças e infecções sexualmente transmissíveis (como infecção por VIH e HPV) e suas consequências;
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.”
(Ministérios da Saúde e da Educação, 2010)

Também foi legislada a obrigatoriedade de ser apresentado um programa de saúde escolar que inclua doze horas para a disciplina de educação sexual.

“Os termos em que se concretiza a inclusão da educação sexual nos projectos educativos dos agrupamentos de escolas e das escolas não agrupadas são definidos pelo respectivo conselho pedagógico e dependem de parecer do conselho geral, no qual têm assento os professores da escola, representantes dos pais e, nos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas onde seja leccionado o ensino secundário, representantes dos estudantes.” (Diário da República, 2010:1170)

Ainda assim, mesmo depois de se ter um programa de educação sexual nas escolas baseado nestas orientações e numa pesquisa das reais necessidades dos jovens, é necessário adoptar determinadas estratégias pedagógicas que facilitem a mudança de comportamentos e atitudes.

Na prática formativa, é importante referir que apesar dos temas serem comuns nos vários escalões etários, as técnicas pedagógicas deverão adaptar-se às várias fases do desenvolvimento da criança ou adolescente. Evidentemente uma criança com 8 anos terá necessidades formativas e interesses diferentes de um adolescente com 14 anos de idade ou até de 17 anos.

A referir que numa mesma idade, cada jovem manifesta interesses e preocupações diferentes em função da sua maturidade e experiências de vida. Até o desenvolvimento psicosexual é diferente entre rapazes e raparigas da mesma faixa etária.

Segundo Frade et al (2009:24) “Os temas de interesse podem variar em cada ano escolar e até mesmo ao longo do próprio ano.”

“Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um clima de confiança e de respeito fundamental para o sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno que impeça constrangimentos provocados por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos que estão a participar na sessão se sentem seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade” (Ferreira et al, 2004:136)

Os especialistas referem que a máxima participação dos intervenientes (alunos e professores) no processo de ensino/ aprendizagem é a forma mais eficaz de intervenção promovendo a aquisição de conhecimentos, mudando atitudes/ comportamentos e desenvolvendo competências.

Conferências para um grande número de alunos é algo apetecível, no entanto dada a natureza do tema, das idades e a necessidade de os adolescentes poderem expor a suas

dúvidas e preocupações de forma desinibida e sincera, é preferível acções de informação em espaços mais restritos com menor número de alunos como refere a equipa de Alice Frade.

“Embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual.

As exposições ou conferências podem ser um dos momentos da atividade, mas devem ser complementadas com outras formas de trabalho mais participadas.

Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área.” Frade A. et al (2009:24)

As aulas de educação sexual para além de terem uma metodologia participativa, também devem ser marcadas por comportamentos de neutralidade, sem juízos de valor sendo passado o sentimento de que em “sexualidades” não há “certos” nem “errados”. O objetivo é demonstrar disponibilidade, empatia e confiança para que os jovens possam esclarecer dúvidas e ter a capacidade de fazer escolhas.

Segundo Gomes e outros autores, citados por Brás (2012) “É fundamental que todos os intervenientes no processo educativo, abordem os jovens sem os julgar ou sobre eles emitir qualquer juízo de valor. O sigilo é fundamental para qualquer paciente, mas em particular para os adolescentes “

No entanto alguns autores referem certos impedimentos e constrangimentos em relação à educação sexual.

“Muitos professores e professoras sentem-se eventualmente inseguros para iniciar actividades e projectos nesta área, visto que existem indicações pouco claras e escassas oportunidades de formação em Educação Sexual, dadas pelo sistema educativo português. Insegurança face ao que devem ou não dizer e fazer, insegurança face a possíveis reacções das crianças e dos jovens ou das suas famílias, insegurança por vezes face aos próprios colegas.” (Frade et al, 2009:10)

O enfermeiro, numa perspectiva de promoção da saúde, assume assim um importante papel na formação e educação sexual desenvolvendo estratégias e criando sinergias e laços entre todos os atores.

Mas então... e os pais?

Fica o mais importante para o final deste capítulo. Os pais são peça fundamental na educação dos filhos. Constituem a base a partir da qual se constrói a identidade da criança para adolescente, e adulto num futuro próximo.

Todos os autores realçam a importância da família na diminuição de fatores de risco para o adolescente.

“Apesar de não ser o único agente educativo é, sem dúvida, o mais influente na aprendizagem de valores, bem como de padrões de conduta e, como tal, tem um papel fundamental na educação moral dos filhos.” Brás (2012:17)

“ A família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmão, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet, constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência.” (GTES, 2007:7)

Os pais devem sem dúvida participar em articulação com as escolas no projeto educativo e na formação humana do adolescente.

No entanto algumas questões se colocam; Que pais temos hoje? Será que têm um modelo participativo? Será que assumem a tutoria dos seus filhos ou delegam na escola a responsabilidade de toda a educação.

Por outro lado, os pais, outrora filhos numa altura em que a educação sexual era assunto tabu, como se sentem a falar desta temática com os seus educandos?

Brás (2012:17) refere que,

“Existe vontade por parte dos filhos em debaterem com os pais questões relacionadas com a sexualidade, os pais, por seu turno, percebem que este diálogo faz parte das suas funções e responsabilidades parentais, mas o facto de não terem tido este modelo na sua infância fá-los sentir-se inseguros e revelam dificuldades nesta tarefa, optando frequentemente, pelo silêncio.”

Citando Albert (2007), Matos et al (2009:155) também se referem às necessidades dos pais/ encarregados de educação: “Alguns estudos sugerem que muitos pais mencionam precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer.”

Na minha opinião e de uma forma prática e funcional, penso que deve ser feito um trabalho amplo e coordenado que envolva a escola, os adolescentes e os pais em articulação com os cuidados de saúde primários através de formação específica nas consultas de planeamento familiar.

Penso que a consulta de planeamento familiar seria um momento privilegiado para abordar esta temática com os pais.

Falar de sexualidades com os filhos é promover a saúde e dar-lhes capacidade de decisão. Para a APF, “A abordagem das questões ligadas à sexualidade com os nossos filhos é indispensável ao seu desenvolvimento responsável e informado nesta área da sua vida.”

“Si consideramos que la educación sexual no consiste únicamente la mera transmisión de información, sino que fundamentalmente implica la reflexión de nuestra forma de vivenciarnos, tanto individual como socialmente, entenderemos

que es imposible no hacer educacion sexual, ya que com cada gesto, carícia, comentário, mirada, silencio, estamos educando.” (Martins (2007:33)

Adolescentes, pares, pais, professores e profissionais de saúde; vinte e cinco anos depois de se darem os primeiros passos na educação sexual em Portugal ainda há um longo caminho a percorrer.

6 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNIDADE E NA ESCOLA

*“Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que
trabalhar nem um dia na tua vida.”*

Confúcio (551AC – 479AC)

Neste relatório de estágio do terceiro Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, não poderia deixar de abordar e valorizar o importante papel que o enfermeiro de cuidados de saúde primários tem, na construção e no “empoderamento” de uma comunidade.

Ao voltar às origens de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde

“Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários, fazendo o mais pleno uso dos recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através de educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.” (Declaração de Alma-Ata, 1978)

Seguiram-se outras conferências internacionais que reafirmaram a importância de estimular nas comunidades a capacidade de responder aos seus problemas. Tal é possível apostando na educação; uma educação para a saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003:46), “Cada vez mais as pessoas são informadas e estimuladas a usarem os seus conhecimentos, a adoptarem atitudes que potencializem as suas capacidades e a desenvolverem actividades que melhorem a saúde deles próprios, das respectivas famílias e das respectivas comunidades.”

Pelas suas características e competências, recorrendo a instrumentos básicos de enfermagem como a relação de ajuda, a comunicação, a criatividade, a destreza manual e intelectual, a capacidade de observação e de trabalho em equipa, fazem do enfermeiro uma peça importante na promoção da saúde e capacitação das pessoas para adotarem de uma forma consciente e informada, estilos de vida saudáveis.

Respondendo às necessidades das populações, a enfermagem evoluiu no sentido de uma especialização em diversas áreas transversais aos cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

A especialização em enfermagem traduz-se num alargamento e consolidação das competências do enfermeiro, e deverá resultar numa melhoria dos cuidados a prestar aos doentes/ utentes/ comunidade.

Mais concretamente, a enfermagem comunitária passou a desenvolver uma prática baseada e centrada na comunidade e nas suas respostas numa perspectiva de promoção da saúde.

Segundo o código deontológico do enfermeiro, no seu artigo 80º, é referido que:

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados, colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:45)

O enfermeiro de cuidados de saúde primários assume assim grande importância na capacitação dos membros da comunidade de forma a resolverem os problemas de saúde.

Foi legislado em Diário da República (2011:8641), pela ordem dos enfermeiros a definição de enfermeiro especialista.

“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.” (Diário da República, 2011:8641)

A ordem dos enfermeiros também define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” Diário da República Nº35 (2011:8667)

Refere ainda que o enfermeiro especialista,

“intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais. Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.” Diário da República Nº35 (2011:8667)

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é assim um importante elo na educação para a saúde participando e desenvolvendo projectos que visem a capacitação da

comunidade e criação de sinergias entre as várias entidades com o objectivo de reduzir inequidades e obter ganhos em saúde.

Por outro lado, a escola é um espaço privilegiado para intervenção comunitária em temáticas relacionadas com a adolescência. Se por um lado é possível reunir um grande número de indivíduos da comunidade num espaço propício à educação, por outro, cada adolescente pode ser uma janela aberta para uma intervenção a nível de cada família.

Referindo-se ao ano lectivo 2012/2013, a Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência refere que em Portugal existiam cerca de 1841000 alunos frequentaram 10300 estabelecimentos de educação e ensino. (PNSE, 2014:1)

É importante ter uma visão mais abrangente em relação à escola, não só como espaço de aprendizagem académica, mas também como espaço de aprendizagem social. Pelo enorme número de alunos organizados num espaço próprio, associado aos desafios que se colocam aos jovens em relação à sua saúde, existe um programa específico que visa a promoção da saúde em contexto escolar – o Programa Nacional de Saúde Escolar.

“A Saúde Escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade educativa, é cada vez mais uma alavanca para a melhoria do nível de literacia em saúde dos jovens, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde.” (PNSE, 2014:1)

Em relação à educação sexual, “a escola também deve ser considerada, como um contexto importante para possibilitar aos estudantes um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos.” (GTES, 2007:7)

A promoção da saúde em contexto escolar deverá envolver escolas, associação de pais e centros de saúde.

Nessa perspectiva “é da maior importância que o Programa Nacional de Saúde Escolar integre o Plano de Atividades dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Locais de Saúde (ULS), se desenvolva de forma continuada e envolva outros sectores da comunidade.” (PNSE, 2014:21)

O enfermeiro de cuidados de saúde primários desempenha um papel fundamental em contexto escolar, no planeamento de programas e projetos dirigidos aos adolescentes e jovens.

Segundo o GTES (2007:4), “Pela sua importância no contexto do desenvolvimento humano, a Educação Sexual deverá existir em todas as escolas, em articulação com as estruturas de saúde.”, sublinhando-se assim a importância de existir uma articulação entre escolas e centros de saúde.

Como já foi referido, a educação sexual nas escolas é um projeto que deve envolver todos os intervenientes (profissionais de saúde, pais, crianças e adolescentes, professores e outros técnicos).

Em relação à educação sexual nas escolas, o Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros, emitiu o parecer nº109/2009 onde nas conclusões 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).

Alguns autores referem que os professores, divididos em múltiplas tarefas, muitas vezes não estão vocacionados e/ ou sensibilizados para a transmissão de conhecimentos relacionados com a sexualidade.

Sampaio (2009), citado por Brás (2012:19) refere que “a educação sexual nalgumas escolas mantêm-se ainda aquém das expectativas, pois esta não é implementada segundo as necessidades dos adolescentes.”

O enfermeiro, numa perspetiva de promoção da saúde tem a capacidade e competência técnica para estabelecer um diagnóstico das necessidades e implementar em articulação com as escolas, projectos de educação sexual, não só direccionados para os alunos, como para pais e professores.

Galvão (2000), citado por Brás (2012:20) acrescenta que “a maioria dos professores considera que esta deve ser levada a cabo por uma equipa de docentes que manifestem interesse e se sintam preparados e à-vontade para tal.”

Torna-se então necessário ir ao encontro das necessidades educativas e formativas dos adolescentes. Numa visão integrada é indispensável reunir todos os intervenientes e construir um projeto que vise a promoção da saúde nas escolas.

Em países como os Estados Unidos da América, existe mesmo o papel de enfermeiro escolar. “Os enfermeiros escolares prestam cuidados a crianças como cuidadores diretos, educadores, conselheiros, consultores e gestores de casos.” (Stanhope e Lancaster, 2008:1047)

As mesmas autoras, referindo-se em particular à educação sexual, relatam que “Muitos enfermeiros escolares ensinam as raparigas e rapazes mais velhos no ensino elementar sobre as mudanças que se darão em breve nos seus corpos com a chegada da puberdade.” (Stanhope e Lancaster, 2008:1047)

Em Portugal a realidade é diferente, e apesar de um percurso de 25 anos de evolução, com avanços e recuos, são as escolas a definir o programa de educação sexual. No entanto, os enfermeiros e restantes profissionais de saúde são chamados a colaborar.

“Os profissionais de saúde, no âmbito das actividades de Educação para a Saúde e da Saúde Escolar estão também envolvidos na Educação Sexual e serão crescentemente solicitados a colaborar com as escolas na realização de acções sobre Educação e Saúde Sexual.” (Frade et al, 2009:9)

Segundo Ferreira et al (2004:135), “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”.

Mais do que a simples transmissão de informação relativamente à sexualidade, o enfermeiro, pode recorrer a técnicas pedagógicas, saber estabelecer uma relação próxima com os adolescentes e deve “promover acções educativas que visem incrementar a capacidade de distinguir vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal.” (Ferreira et al, 2004:135)

O enfermeiro deverá mostrar disponibilidade e sensibilidade para abordar o tema da educação sexual de uma forma estruturada. Deve ainda ser criado um clima de confiança e de respeito que propicie um ambiente de partilha de questões, de sentimentos, e que impeça constrangimentos. As sessões de educação sexual poderão ser desenvolvidas em grupos grandes, em grupos pequenos e até mesmo dividindo a turma abordando temas diferentes para um grupo de rapazes e de raparigas.

Em relação à educação sexual, o enfermeiro necessita de 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 activas.” (Ferreira et al, 2004:136)

Poderia resumir que mais do que formação específica sobre sexualidade, o enfermeiro deve transmitir formação humana apoiada em sentimentos, aceitações e partilhas.

“O profissional de saúde deve ser um facilitador que permita ao jovem adolescente aumentar a sua capacidade de decisão e de aceitação das decisões dos outros com quem priva. Tornando possível ao jovem entender e expressar sentimentos e opiniões, fazendo com que este aceite dos outros, sentimentos, opiniões e decisões diferentes das suas.” (Brás, 2012:22)

A mesma autora refere que os adolescentes são os que menos utilizam os serviços de saúde. As razões poderão estar relacionadas com o fato de sentirem que as consultas não estão direcionadas para as suas necessidades, por desconhecimento da existência de consultas de planeamento familiar, por falta de acessibilidade ou até por medo de expor dúvidas e receios a um profissional de saúde.

Por um lado, há que repensar as dinâmicas dos centros de saúde, organizando consultas próprias para os adolescentes com profissionais sensibilizados e com formação específica, mas com uma visão mais ampla, é necessário abrir o centro de saúde à comunidade e participar de forma ativa em programas e projectos de educação para a saúde.

Para Brás (2012:25), “A implementação da educação sexual no ensino escolar e a abertura de centros de planeamento familiar gratuitos e anónimos para os menores são duas etapas fundamentais da prevenção no âmbito da saúde dos jovens adolescentes.”

Um conceito interessante observado noutros países como a Inglaterra e Estados Unidos da América, é o desenvolvimento de competências para uma “enfermagem escolar”. De fato, a existência de enfermeiros nas escolas poderia ser de grande relevância, senão vejamos a realidade desses países; só nos Estados Unidos, a National Association of School Nurses em 2004 tinha mais de 12000 membros.

Entre as várias áreas de competência, o enfermeiro escolar promove um ambiente escolar saudável. Segundo Whalen et al (2004), citado por Stanhope e Lancaster (2008:1049), “a ênfase, nesta área, centra-se na redução do tabagismo nos adolescentes, bem como na redução da violência geral das escolas. A educação para a prevenção de VIH/SIDA também faz parte desta secção.”

Cada passo dado no sentido de promover estilos de vida saudáveis e, na área da sexualidade, prevenir comportamentos de risco é um passo seguro para a construção de uma sociedade que utiliza a saúde como um recurso para a vida.

PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1 – O ESTÁGIO

“O pensamento é o ensaio da ação”

Sigmund Freud (1856-1939)

Depois de ter sido explorado qual a forma como o adolescente vive a sua sexualidade, e ter sido feito um levantamento teórico sobre quais os riscos e potenciais problemas associados à sexualidade no adolescente nesta tão importante fase da sua vida, foi ainda escolhido e desenvolvido um modelo teórico de ensino/ aprendizagem que irá permitir um processo de ensino/ aprendizagem que promova a educação dos jovens para estilos de vida saudáveis nomeadamente na área dos afetos, e das relações com os pares e consigo mesmo.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 define o cidadão como

“o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder às suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade.” (PNS 2012-2016, 2012:4)

Cabe a toda a comunidade promover e capacitar o indivíduo para a construção do seu plano de saúde, que deve ser entendido não como um objectivo de vida mas sim como um recurso para a vida. Nas escolas, a educação sexual bem como outras áreas de promoção da saúde, numa fase de crescimento, de crises e de estruturação da identidade do adolescente (outrora criança e futuro adulto), a presença dos cuidados de saúde primários assumem particular importância criando sinergias com todos os intervenientes do processo e educação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nas suas áreas de competência, é talvez o profissional com a melhor preparação para a capacitação da comunidade, conjugando o saber ser, saber estar e saber fazer.

Traduzido em Diário da República (2.^a série N.º 35:2011: 8667), a Ordem dos Enfermeiros refere que “Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.”

O enfermeiro na comunidade é um agente social por natureza. Desenvolve estratégias para atingir objectivos. Conjuga esforços e desenvolve actividades seguindo uma metodologia humana e científica – a metodologia do planeamento em saúde.

Desta forma torna-se necessário aplicar na prática, os conceitos e a metodologia do planeamento em saúde. Foi assim que no segundo e terceiro semestre do nosso mestrado desenvolvemos estratégias de forma a desenvolver capacidade de fazer um diagnóstico de saúde, instituir um projeto de estágio e implementá-lo num determinado local.

A nossa comunidade, o nosso local de interesse e de atenção foram os adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço.

Para concretizar um projeto de estágio de intervenção comunitária foi necessário estabelecer temporalmente um cronograma das actividades a desenvolver num período de tempo definido. (Ver Apêndice I)

Sucintamente o projeto de estágio desenvolveu-se de junho de 2013 a fevereiro de 2014 tendo seguido todas as etapas fundamentais do planeamento em saúde.

Penso ser consensual que para estudar uma comunidade, há que estar inserido nela. Conhecer os seus problemas, saber como está organizada. Quais as relações e ligações que os elementos têm entre si. Também é importante perceber e sentir as preocupações das estruturas directivas da escola relativamente a esta temática.

Desta forma ainda em junho de 2013 foram feitas reuniões preparatórias com o Conselho Directivo da escola de forma podermos participar do projeto de educação e promoção da saúde em contexto escolar.

Realço a grande disponibilidade da escola, que mostrou abertura e interesse pelo projeto de estágio. Quando se colocam as necessidades dos alunos à frente de algum tipo de preconceito, os professores para além de transmitirem conhecimentos, também são sem dúvida agentes promotores de saúde.

A Direção da Escola Secundária de São Lourenço facilitou o nosso trabalho e contribuiu em muito para o sucesso do mesmo, num espírito de grande empatia. E criar empatia é aproveitar o melhor de cada um para atingir objectivos e obter ganhos em saúde.

Antes de iniciar a descrição das etapas de planeamento em saúde realizadas neste estágio relativamente à intervenção, é importante caracterizar a escola.

Ao subir a escadaria da escola, cruzar-me com alunos (alguns divididos em grupos), professores e auxiliares, é essencial perceber qual a filosofia inerente à escola, quais as relações entre todos, que redes que foram criadas, qual a estrutura física, quantos alunos, quantos professores, quantos assistentes operacionais, como funcionam e se articulam na comunidade escolar.

2 – LOCAL – ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO

“Educação é aquilo que fica depois que você esquece o que a escola ensinou.”

Albert Einstein (1879-1955)

Vamos à escola. Entrar na Escola Secundária de São Lourenço é entrar numa sociedade dentro da própria sociedade. Há que perceber antes de mais quais as características da população a estudar e qual o espaço físico onde esta população se inter-relaciona. A escola é tempo e espaço onde o adolescente passa uma grande parte dos seus dias, pelo que só por si é local de interesse e de estudo.

A escola assume assim o protagonismo de ser local privilegiado para intervir junto dos jovens em relação a múltiplas temáticas de forma a promover estilos de vida saudáveis. No entanto o primeiro passo durante a realização de um diagnóstico da situação de saúde é conhecer e caracterizar tanto o espaço físico, como a filosofia inerente, e mais importante a comunidade escolar.

Após reunião com a Direção da Escola que mostrou total disponibilidade e interesse pelo projeto de educação e promoção da saúde o grupo de mestrandos ficou com a certeza do principal objectivo da escola : “Formar jovens, tendo em vista a sua integração no mundo do trabalho, ou o prosseguimento dos estudos, sem esquecer, em qualquer dos casos, a sua formação como cidadãos autónomos e responsáveis” (Garraio, 2011:9).

Há um sentimento generalizado junto da comunidade escolar de que esta escola contribui não só para a literacia e numeracia bem como para a formação de cidadãos numa perspectiva de promoção da autonomia e responsabilidade.

Historicamente a Escola Secundária de São Lourenço nasceu há 130 anos. As suas origens estão em meados do século XIX. Assistia-se por toda a Europa a uma verdadeira revolução industrial. o desenvolvimento da industria transformadora, o aparecimento de fábricas levanta a necessidade de ter funcionários com formação específica. Segundo Luís Alves (2002) citado por Isilda Garraio (2011:17) “ o ensino técnico surge (...) como meio para a formação de quadros capazes de promoverem o esforço de industrialização essencial para recuperar o nosso atraso económico.”

Neste enquadramento, em 1852, pela mão de Fontes Pereira de Melo (Ministro das Obras Públicas, Comércio e Indústria) dá-se início ao ensino industrial em Portugal.

Seguindo esta política, é criada em 1884, na Rua de Elvas, nº 34, a “Escola de Desenho Industrial Fradesso da Silveira” (em homenagem à ilustre personagem da vida portuguesa que se notabilizou pela sua atividade em defesa do desenvolvimento industrial).

É mais tarde em 1958, que a escola muda de instalações para a Avenida George Robinson, até aos dias de hoje.

Em 1979, a vulgarmente conhecida Escola Industrial e Comercial de Portalegre, passa a chamar-se Escola Secundária de São Lourenço.

Recentemente, em 2009, foram feitas obras de requalificação e modernização na escola. Olhando para o futuro, pensando nos objectivos dos alunos da actualidade, a escola modernizou-se de forma a dar resposta às suas necessidades educativas.

Fisicamente, a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca, entre outras estruturas.

A escola apresenta excelentes condições físicas para o desenvolvimento do saber com espaços renovados que permitem ao estudante desenvolver a sua atividade letiva.

Em relação à população estudantil, a Escola Secundária de São Lourenço contou no ano lectivo 2011-2012 com cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

De referir que no ano lectivo 2012-2013 registou-se uma diminuição dos estudantes para 841 alunos.

Ao nível de recursos humanos, e segundo dados do Projeto Educativo Escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já leccionam na Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente, identificamos 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

Atualmente a escola não pertence a qualquer agrupamento escolar assumindo a sua própria gestão. Os órgãos de direcção, administração e gestão são compostos pelo Conselho Geral, Direcção, Conselho Pedagógico e Conselho Administrativo.

No projeto educativo da escola estão integradas estratégias de promoção da saúde através da organização de actividades de enriquecimento curricular.

Como Escola Promotora de Saúde, esta instituição tem uma equipa constituída por três professores, e um Projeto de Educação para a Saúde dando resposta em articulação com outros parceiros aos problemas de saúde dos adolescentes. A referida equipa é constituída por três elementos todos eles docentes, sendo que a coordenadora do projeto é uma professora com experiência e formação em enfermagem.

Dando cumprimento à Lei 60 n° 60/2009, de 6 de Agosto que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, e numa perspectiva de promoção da saúde, a escola tem uma disciplina de educação sexual com uma carga horária de 12 horas distribuídas ao longo do ano lectivo e em diferentes disciplinas.

A planificação do Projecto de Educação Sexual e os temas a abordar são planeados, em Conselho de Turma em colaboração com o representante dos encarregados de educação e discutido com os alunos.

Para além do dia-a-dia os alunos participam em actividades extra-curriculares. a destacar a existência de um grupo de teatro e uma tuna mista – a Hallituna. É interessante constatar que cada adolescente parece ter o seu lugar na comunidade escolar. Num espaço bem definido tornou-se mais fácil planejar, preparar, executar e avaliar o projeto proposto.

Recentemente foi criada uma emissão de rádio em funcionamento no interior da escola, o que também revela uma missão que vai além da simples transmissão de conhecimento.

É este o nosso espaço e centro de atenção e foi inserido na dinâmica da escola que desenvolvemos a metodologia do planeamento em saúde.

3 – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO – UM PONTO DE PARTIDA

“O planeamento é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”

Imperatori e Giraldes (1993:21)

O diagnóstico da situação é o ponto de partida para o processo de planeamento em saúde.

Para Imperatori e Giraldes (1993:47), “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 actividades e acompanhar e avaliar os resultados.”

Torna-se assim importante fazer um diagnóstico da situação para perceber quais as reais necessidades da população onde se vai intervir e identificar os seus problemas de saúde ou as suas causas.

Para estabelecer um ponto de partida pretendia-se conhecer as atitudes, os sentimentos e as crenças dos adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço relativamente à sexualidade.

A sexualidade na adolescência constitui um tema de grande interesse e relevância como já tive oportunidade de referir no enquadramento teórico.

As transformações bio-psico-sociais do adolescente, os comportamentos de risco como o uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais associados a uma desinformação (outras vezes associado a álcool e drogas), tendo em conta as complicações resultantes como a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, fazem dos adolescentes um grupo prioritário para intervir.

Para perceber quais as reais necessidades dos adolescentes houve várias questões orientadoras que importa referir:

Quais as atitudes dos adolescentes face à sexualidade? Qual a relação entre as suas atitudes e variáveis como a idade, o sexo e religião? Onde procuram informação sobre a temática e qual a importância que dão a cada uma das fontes de informação? Será que

os adolescentes conversam com os pais sobre o assunto? E quais os temas que abordam mais? A população em estudo tem um perfil mais ou menos conservador face à sexualidade?

Para responder a estas questões, e de forma a dar corpo ao diagnóstico da situação, há que recolher dados, perceber a realidade da população que vai ser objecto de intervenção. Para tal este grupo de mestrandos recorreu à aplicação de um instrumento de colheita de dados anteriormente validado e aplicado em estudos anteriores. (Ver Anexo I)

Todo o processo de selecção da amostra e aplicação dos questionários já foi descrito na elaboração do diagnóstico da situação, realizado em grupo de mestrandos.

A amostra era constituída inicialmente por 96 alunos do 7^a ano e 156 alunos do 10^o ano totalizando 256 alunos. É importante referir que após as devidas autorizações legais e por razões de não comparência de alguns alunos, ou por não autorização dos encarregados de educação para preenchimento dos questionários a nossa amostra passou a ser de 214 alunos.

Para alguns pais a educação sexual ainda é um assunto “tabu”, o que reforça e também justifica a necessidade intervir sobre esta temática. Respeitando os princípios éticos, antes da aplicação do questionário, foi distribuído um pedido de autorização aos encarregados de educação. (Ver Apêndice II)

A aplicação do questionário decorreu entre os dias 15 e 24 do mês de Maio de 2013 às turmas seleccionadas para amostra e em ambiente de sala de aula apenas aos alunos que tinham autorização dos encarregados de educação.

Da análise efetuada apresentam-se os seguintes resultados:

Foram inquiridos 76 adolescentes de 4 turmas de sétimo ano, com idades entre os 12 e 15 anos, e 138 jovens com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos que frequentam o décimo ano (6 turmas).

A maioria dos jovens inquiridos é do sexo feminino (53,7%), sendo 46,3% do sexo masculino.

A idade dos intervenientes varia assim entre os 12 e os 19 anos, com uma média de idades de 14,7 anos.

A maior parte dos pais dos jovens são casados (67,8%) e 98,1% dos inquiridos estão a viver com a família. 25,7% dos progenitores são separados/ divorciados.

Cerca de 78% dizem ser católicos, no entanto 50% dos jovens dizem não ser praticantes da religião que professam enquanto 38% referem ser praticantes.

51,4% referem que não seguem fielmente as normas religiosas, e cerca de 29% assumem seguir as normas da sua religião. 52,3% não se identificam com as normas instituídas.

Questionados de forma aberta sobre com quem costumam abordar questões relativas à sexualidade, os adolescentes referiram por ordem decrescente: os próprios os amigos, os “pares” com 48,6%, a mãe com 19,6%, o pai com 3,3%, os professores com 2,8%, os namorados com 1,9%. Importante referir que 11,2% dos jovens não fala sobre sexualidade com ninguém.

70,6% não têm dificuldade em falar com os pais sobre sexualidades e 29,4% assumem essa dificuldade.

A maioria ainda não decidiu começar a ter relações sexuais (70,6%) sendo que 29,0% responderam afirmativamente.

68,2% dos inquiridos ainda não decidiram começar a usar método contraceptivo. O preservativo foi a resposta de 26,6% e a pílula apenas 2,8%.

Cerca de 37,9% refere que conhece amigos com tendências homossexuais, 85% mostram preocupações com a SIDA e 71,4% preocupam-se com a sua imagem corporal.

A destacar que 15% dos jovens não mostram preocupação relativamente à SIDA.

Por ordem decrescente, as principais fontes de informação procuradas pelos jovens para esclarecerem as suas dúvidas relativamente a temas como a SIDA, imagem corporal e homossexualidade, são: os amigos (79,4%), a mãe (53,7%), colegas de escola (41,6%), a internet (40,7%), outro familiar (26,2%), a televisão (25,7%), o pai (25,2%), revistas (15,9%), livros (14%), professores (10,3%), e o padre surge com o valor residual de 2,3%.

Em relação à frequência com que os adolescentes falam com a mãe e com o pai, existem temas que os inquiridos referem nunca abordar, nomeadamente a pornografia (79,4%) os sonhos molhados (77,6%), a masturbação (74,8%), sexual dos adultos, (44,9%) a pílula (45,8%), a homossexualidade (43,0%) e o aborto com 42,5%.

As temáticas sobre a sexualidade que são frequentemente ou sempre abordadas pelos jovens com a mãe são: o namoro, as mudanças corporais na adolescência, a SIDA, outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, período menstrual e a gravidez.

Questionados sobre se se consideravam bem informados sobre sexualidade, 76,6% dos jovens responderam afirmativamente, e 23,4% referiram que não estão bem informados acerca desta temática.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal/conservador face à sexualidade foi possível concluir que, os jovens mais velhos têm tendência a ser mais liberais, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos face à atitude liberal/conservador perante a sexualidade e os jovens que dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade.

Foi calculado o índice liberal/ conservador tendo o valor de 64,5%, o que mostra uma tendência liberal por parte dos adolescentes estudados.

De uma forma o mais sintética possível, foram estes os resultados obtidos e que permitiram estabelecer as conclusões do diagnóstico da situação. Destes resultados torna-se necessário, com fundamentação teórica, perceber quais os problemas e necessidades (expressas ou não) da população, sujeito de intervenção.

3.1.1 – Problemas e necessidades identificadas

Resumindo os resultados obtidos e apoiado em evidências científicas adquiridas pela fundamentação teórica, há que identificar problemas e necessidades para seguir o processo de planeamento/ intervenção na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

Desta forma foram identificados os seguintes problemas:

- Cerca de 11,2% não fala com ninguém sobre sexualidade.
- Apesar de a maioria dos jovens (70,6%) referir não ter dificuldade em falar com os pais, 29,4% ainda referem sentir-se pouco à vontade para abordar estes assuntos.
- A principal fonte de informação relativamente à sexualidade são os pares, o grupo de amigos. Estes dados são semelhantes a dados obtidos noutros estudos onde se refere a influência que o grupo exerce sobre os adolescentes. Esta influência muitas vezes baseada num sentimento colectivo, sendo pouco objectiva e fundamentada, pode ter aspectos positivos e negativos. Por outro lado, 7,9% referem que o papel dos pais é pouco importante.
- 29% dos jovens inquiridos já decidiram iniciar a sua vida sexual.
- Cerca de 37,9% dos jovens afirmam que têm amigos que identificam com tendências homossexuais;
- A grande maioria dos jovens (85%) preocupa-se com o VHI (SIDA), no entanto existem cerca de 15% que não se preocupam;
- Uma grande parte dos jovens refere estar preocupados com a sua imagem (71%);
- Existem temas que os adolescentes nunca falam com os pais, nomeadamente: pornografia, sonhos molhados, masturbação, vida sexual dos adultos, pílula, homossexualidade e aborto.
- Cerca de 23,4% dos inquiridos respondeu não estar bem informado sobre sexualidade, o que mostra necessidade de formação/ informação/ partilha. A grande maioria (76,6%) considera-se bem informada, no entanto na adolescência, etapa caracterizada por um grande sentimento de invulnerabilidade, muitas vezes as reais necessidades podem não ser expressas.

Após identificação das necessidades, está feito o diagnóstico da situação que constitui o ponto de partida para definir de uma forma objectiva qual o caminho a percorrer.

3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Nesta segunda etapa do planeamento, depois de terem sido identificados a partir do diagnóstico quais os problemas a resolver, é necessário perceber quais as áreas de intervenção e estabelecer uma ordem de prioridades com base em critérios bem definidos.

No entanto a escolha dos critérios segundo Imperatori e Giraldes (1993:65), depende muitas vezes da opinião dos planificadores, sendo muitas vezes de natureza subjectiva. Para contrariar esta tendência é importante criar um grupo multidisciplinar que decida de forma consensual quais os problemas mais importantes.

Na definição de prioridades foi tido em conta tanto os resultados obtidos como todo o enquadramento teórico anteriormente realizado no que se refere às orientações para a educação sexual em contexto escolar, legislação e resultados de outros estudos sobre o mesmo tema.

Para esta fase, e depois de terem sido apresentados à Direção da Escola Secundária de São Lourenço os resultados do diagnóstico da situação, bem como os problemas e as necessidades encontradas, foi consensual definir as seguintes áreas prioritárias de atuação:

1 – Fontes de Informação;

Os amigos e internet constituem duas importantes fontes de informação para os jovens inquiridos. Torna-se importante sensibilizar os jovens para a importância de obterem informação mais fidedigna junto de pais, profissionais de saúde e professores.

Anastácio et al (2001:49) referem-se a um estudo por elas realizado referindo que “a maioria dos jovens não dialoga com os pais sobre sexualidade, escolhendo mais frequentemente os amigos para o fazer.”

Estes e outros estudos encontram-se em concordância com os resultados do diagnóstico da situação atrás apresentado.

Martins (2007:235), também refere que “en esta fase de la vida, el adolescente valora incondicionalmente sus amigos y el amigo preferido es el confidente natural, la persona com quien se habla de todo y que todo comprende e acepta.”

Os autores apontam para uma necessidade de apostar na capacitação dos pares para se tornarem fontes fidedignas e transmitam informações corretas.

Costa et al (2001:204), referem que “a educação inter pares, tem vindo a ser utilizada como estratégia de promoção e educação para a saúde, em contextos escolares e não escolares, nomeadamente, em actividades de educação sexual e de prevenção da SIDA, das toxicodependências e da violência.”

2 – VIH (SIDA);

Dos inquiridos, 15% referiram que não estão preocupados com a SIDA. Sabendo que é nesta etapa de vida que maioritariamente se iniciam as relações sexuais muitas vezes com múltiplos parceiros nem sempre recorrendo a métodos contraceptivos de barreira, como profissionais de saúde, é da nossa competência alertar e informar os jovens para as consequências de terem comportamentos de risco na área da sexualidade.

Segundo a revista contra a SIDA (2001), citada por Anastácio et al (2001:49), “Portugal é o país da união europeia com maior número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA por milhão de habitantes.”

Reis, Ramiro, e Matos (2009:207) referem que

“A actividade sexual, designadamente o uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e drogas e o comportamento sexual, tornam os jovens um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva a nível mundial.”

Do diagnóstico da situação, refere-se que a grande maioria dos jovens (85%) preocupa-se com o VIH (SIDA), no entanto existem cerca de 15% que não se preocupam o que justifica uma intervenção nesta área.

3 – Métodos Contraceptivos;

A abordagem deste tema reforça o tema anterior. Cerca de 68,2% dos inquiridos referiram ainda não ter decidido usar método contraceptivo. Não obstante as respostas serem condicionadas pela questão anterior que se referia ao fato de já terem decidido ou não começar a ter relações sexuais. No entanto existe sempre necessidade de trabalhar esta temática de forma mais eficaz.

O autores apontam para o uso inconsistente do preservativo pelos adolescentes, numa fase caracterizada por relações sexuais com múltiplos parceiros ocasionais.

Segundo Ribeiro e Fernandes (2009:100) citando Poulin e Graham (2001), “ dos jovens que já haviam iniciado a sua vida sexual, 6,4% relataram múltiplos parceiros e 57,3% confirmaram o uso inconsistente de preservativo.”

Martins (2007:235) também refere que “es sabido que los jóvenes portugueses tienen, hoy día, una iniciación sexual más precoz que las generaciones anteriores, y que esta ocurre predominantemente em relaciones com los amigos e novios.”

Os estudos em Portugal apresentam melhores resultados relativamente à incidência de relações sexuais sem método contraceptivo de barreira, no entanto esta temática não deixa de apresentar grande importância como medida de promoção da saúde.

4 – Identidade e sexualidade;

Das reuniões que foram feitas com a Direcção da Escola Secundária de São Lourenço, e estando inseridos num projecto de educação sexual, foi consensual, com base nos dados do estudo abordar esta temática tendo em consideração a importância dos afetos, sentimentos, gostos e decisões. Foi decisivo o fato de 11,2% dos adolescentes não abordar o tema da sexualidade com ninguém, sabendo que a abordagem desta temática esclarecendo dúvidas diminui a incidência de complicações e contribui para uma realização plena do ser humano.

Identificando as prioridades, depois de um trabalho de equipa que englobou os professores, e uma vez que temas específicos como a contraceção e infecções sexualmente transmissíveis já estavam planificados no projeto de educação escolar, optou-se por introduzir no plano curricular da educação sexual 2 grupos de temas direccionados para 2 escalões etários diferentes.

As próprias linhas orientadoras da educação sexual nas escolas apontam para o fato de existirem temas a serem abordados em diferentes idades e de forma diferente.

Neste sentido, foi decidido com base nas necessidades e no enquadramento legal (dec lei nº 60 de 6 de Agosto de 2009) que os temas a abordar seriam os seguintes:

<u>8º Ano</u>
<ul style="list-style-type: none">• Auto-estima• Identidade sexual• Sentimentos, gostos e decisões
<u>11º Ano</u>
<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Orientação sexual• Comportamentos sexuais• Relações com pares, com a família, com os outros

3.3 - OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico da situação, e depois de delineados quais os problemas considerados prioritários torna-se necessário estabelecer os objetivos a atingir.

“Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.” (Imperatori e Giraldes, 1993:77)

O processo de planeamento passou por quatro etapas para serem estabelecidos os objetivos a atingir:

- Selecção dos indicadores dos problemas prioritários;
- Determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- Fixação de objetivos a atingir a médio prazo;
- Tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas;

Os objectivos terão necessariamente de ser mensuráveis para se poder determinar se são ou não atingidos. Para a fixação de objectivos houve necessidade de definir indicadores como forma de medir e avaliar as atividades desenvolvidas pelo grupo de mestrandos.

Para o projeto de intervenção foi delineado como **objetivo geral**:

-Promover a saúde sexual dos adolescentes da Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Como **objetivos específicos** pretendo:

1. Contribuir para a comunicação afetiva/ efetiva com os pais e professores relativamente à temática da sexualidade;
2. Contribuir para que os jovens fiquem informados sobre os comportamentos sexuais de risco e doenças sexualmente transmissíveis;
3. Sensibilizar os jovens para o respeito e tolerância pela identidade sexual;
4. Sensibilizar os jovens para os riscos as consequências da gravidez na adolescência;
5. Capacitar os jovens para a auto-determinação na tomada de decisão relativamente à sexualidade;
6. Definir e compreender sentimentos, gostos, decisões e afetividade na adolescência;
7. Contribuir para que os jovens compreendam o significado de adolescência e de sexualidade;
8. Ajudar os adolescentes a compreenderem a mudanças físicas, psicológicas e sociais durante a puberdade/ adolescência;

Uma vez que se torna difícil num projeto medir indicadores de impacto dado o curto espaço de tempo em que decorreu o período de estágio e tendo consciência de que este tipo de indicadores implicam uma avaliação a longo prazo, mais direccionada para “programas”, foram definidos pelo grupo de mestrandos indicadores de actividade e de resultado da actividade.

Para a concretização e mensuração destes objectivos foram definidos os seguintes **indicadores de actividade**:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com a Equipa Coordenadora do Mestrado em Enfermagem;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Diretora da ESMS e com os diretores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por cada turma dos oitavos e décimos-primeiros anos.

Como **indicadores de resultado da actividade** foram definidos:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de actividades;
- 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

Estes indicadores permitem ser mensuráveis e ao serem atingidos contribuem para o registo e avaliação das actividades a desenvolver.

A opção de realizar uma sessão de educação para a saúde por cada turma, enquadra-se na linhas orientadoras para a educação sexual nas escolas.

Segundo Frade et al (2009:24) são preferíveis e mais eficazes sessões de educação sexual em pequenos grupos de forma a permitir questões espontâneas e sinceras.

Da mesma forma é mais fácil, num grupo mais pequeno e numa base metodológica apropriada, atingir os objectivos propostos. A justificação será apresentada de forma mais explícita no capítulo seguinte – selecção de estratégias.

Por outro lado, foi construído um questionário de avaliação com base na satisfação em relação à apresentação dos temas, pelo que se justifica a apresentação dos referidos indicadores de resultado de actividade como forma de medir a avaliar as intervenções realizadas.

3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Já num plano operacional, a selecção de estratégias é a quarta etapa do planeamento em saúde.

“A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.” (Imperatori & Giraldes, 1993:87)

É nesta fase que a criatividade, o conhecimento profundo da temática a desenvolver e conhecimento da realidade assumem particular importância.

O recurso a técnicas e metodologias adequadas permitem alcançar de forma efetiva os objetivos do projeto. Segundo Imperatori (1993), uma estratégia de saúde pode ser definida como um conjunto organizado de técnicas com o intuito de atingir objetivos e reduzir a incidência dos problemas de saúde.

As estratégias a adotar constituem assim uma linha de orientação, apontam o caminho a seguir de forma a conseguir maior eficácia e eficiência nas atividades a desenvolver de forma a atingir os objectivos propostos.

Para Tavares (1990:149) a escolha da estratégia a utilizar deverá ser feita em função de quatro parâmetros: os custos, os obstáculos a pertinência e as vantagens/ inconvenientes de cada estratégia.

Relativamente à sexualidade, interessa nesta fase enquadrar as estratégias em modelos de aprendizagem com provas dadas.

Relativamente à sexualidade, porque se trata de experiências humanas que ultrapassam a simples transmissão de conhecimentos, é importante olhar o adolescente como alguém que participa de um processo de ensino-aprendizagem baseado não só nas informações transmitidas, mas de uma forma mais envolvente, o seu conhecimento e formação é adquirida também do ambiente onde está inserido, das suas experiências de vida, dos seus interesses e motivações.

Foi nesta perspectiva que se recorreu a estratégias de formação e de educação para a saúde, tendo por base um modelo teórico de ensino/ aprendizagem – a teoria cognitiva-social de Albert Bandura.

Esta teoria foi enquadrada na primeira parte do relatório, e de uma forma prática é amplamente utilizada em temáticas como a educação sexual.

Na teoria cognitiva-social de Bandura, “eventos ambientais, fatores pessoais e comportamentos são vistos como interagindo no processo de aprendizagem. Os fatores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, consequências de acções e ambiente físico), assim como o comportamento (atos individuais, escolhas e declarações verbais) todos influenciam e são influenciados uns pelos outros.” (Woolfolk 1998)

Vários autores tecem algumas considerações sobre qual a melhor abordagem de assuntos relacionados com a sexualidade junto dos adolescentes.

Para Frade et al (2009) as acções desenvolvidas deverão estar adaptadas às várias fases de desenvolvimento psico-sexual e às várias idades. Da mesma forma as necessidades formativas e os interesses de rapazes e raparigas são diferentes num mesmo escalão etário.

“Embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual.” (Frade et al 2009:24)

Para os mesmos autores a metodologia deve basear-se num modelo participativo com temas direccionados para os interesses dos alunos, em contexto de sala de aula, trabalhando em pequenos grupos.

Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área. (Frade et al, 1999:24)

Para o GTES (2007), dadas a especificidades bio-psico-afetivas que caracterizam de forma diferente os rapazes e raparigas, seria importante e produtivo trabalhar com grupos de sexos diferentes. “uma metodologia que reúna primeiro os alunos de um sexo e depois de outro, com junção dos dois subgrupos no final costuma conduzir a bons resultados” (GTES, 2007:16)

“Para além da informação pertinente prestada no contexto das acções de formação, é necessário abordar a afectividade como uma das componentes essenciais de uma sexualidade responsável.” (GTES, 2007:18)

Para Ferreira et al (2004), para além da importância de promover no jovem a capacidade de distinguir as emoções e os afetos, é igualmente relevante que sejam compreendidos sentimentos voláteis como emoções afetivas ou vínculos afetivos mais duradouros.

A nível pedagógico, “é essencial que o enfermeiro possua um bom domínio da língua portuguesa, de modo a despertar nos adolescentes a curiosidade pelas palavras e pelo seu alcance cognitivo e pragmático, necessita de desenvolver competências de modo a promover um percurso motivante e adaptado aos adolescentes.” (Ferreira et al 2004:136)

De forma operacionalizar o projeto de educação sexual definido pelo grupo de mestrandos passou por 4 estratégias principais:

1 – Divisão do grupo de mestrandos em dois sub-grupos;

Tendo em conta as linhas orientadoras para a abordagem de temas sobre a sexualidade, foi consensual abordar os assuntos definidos com metodologias e linguagens diferentes respeitando a idade e características próprias do público alvo.

Esta divisão permitiu otimizar os recursos humanos disponíveis e adequar a linguagem e temas a cada grupo de alunos.

2 – Realização de sessões de educação sexual e reprodutiva às turmas de oitavo ano da Escola Secundária de São Lourenço;

Partindo do princípio de que a educação sexual deverá ser promovida em ambiente de pequenos grupos, onde cada adolescente sinta liberdade para colocar questões, serão realizadas 3 sessões às três turmas de oitavo ano.

Conforme definido, os temas abordados serão a Auto-estima, Identidade sexual, Sentimentos, gostos e decisões.

Técnicas como jogos e brainstorming permitirão criar um clima de confiança e construtivo na abordagem às temáticas propostas.

3 – Realização de sessões de educação sexual e reprodutiva às turmas de décimo-primeiro anos da escola secundária de São Lourenço;

Estas sessões foram dirigidas a onze turmas de décimo primeiro ano. Para além de ser dada liberdade aos jovens adolescentes para exporem as suas dúvidas, questões e opiniões, respeitando as idades, foi utilizado um método expositivo que abordou os temas Conceito de sexualidade, Orientação sexual, Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros.

4 – Avaliação;

De forma a obter indicadores de resultado, foi decidido realizar um questionário que permitiu fazer a avaliação do estágio. (Ver Apêndice III)

Desta forma e resumidamente, como linhas estratégicas do projeto, recorreu-se a uma metodologia expositiva, em ambiente de sala de aula, tendo uma linha orientadora dos temas a abordar através de uma apresentação de imagens e informações condutoras das temáticas a abordar, mas permitindo o levantamento de questões e partilha de saberes. Será realizada uma sessão de educação sexual para cada turma de forma a garantir que os alunos estão à vontade para partilhar conhecimentos e expor atitudes.

O processo de aprendizagem terá sempre uma teoria por base, a partir da qual são entendidos os comportamentos, atitudes e capacidades de aprendizagem dos adolescentes: a Teoria Cognitiva-Social de Bandura.

A concretização das sessões, planos de aula e metodologias a aplicar serão aprofundadas no sub-capítulo **Preparação da execução**.

3.5 –ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

“A nível organizacional as instituições devem implementar estratégias e planos de formação para reforçar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais de saúde, tendo em conta as expectativas e necessidades dos cidadãos, com atenção particular a grupos vulneráveis.” Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012)

Nesta fase de planeamento estrutura-se e esboça-se um projeto que será inserido num programa de intervenção comunitária.

Um programa é “o conjunto de actividades 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 e Giraldes 1993:129)

Os mesmos autores definem um projeto como uma actividade que se desenvolve durante um período de tempo bem delimitado e que permite obter determinados resultados. A existência de um projeto contribui para a continuação de um programa.

Inserido no programa de educação sexual da Escola Secundária de São Lourenço foi realizado um projeto de intervenção com base nas necessidades levantadas pelo diagnóstico da situação de saúde. (ver Apêndice IV)

De forma a operacionalizar todo o projeto numa linha de tempo bem definida, foi estabelecido um cronograma de actividades nas diferentes fases do planeamento ao longo de todo o tempo de estágio. (Ver Apêndice I)

Numa perspetiva de capacitação para tomar decisões responsáveis baseadas na informação, este projeto visa dar resposta às principais questões e necessidades dos adolescentes relativamente à área da sexualidade.

O projeto foi definido num espaço temporal entre Junho de 2013 e Fevereiro de 2014, e abrangeu 3 turmas dos oitavos anos e 6 turmas de décimos-primeiros anos em 9 sessões de educação sexual, num total de cerca de 241 alunos.

3.6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO

Após a aprovação do projeto tanto pela Professora Doutora Filomena Martins como orientadora de estágio, bem como pela direcção da escola, o mestrando com o restante grupo passou para a etapa onde de uma forma mais detalhada importa preparar as atividades a realizar.

As ações a desenvolver na preparação do projeto de intervenção e na sua implementação foram desenvolvidas nesta fase através da realização de planos de aula bem como reuniões preparatórias com a Direcção da Escola para definir os locais e os tempos letivos para realizar as sessões de educação e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Nesta fase também se procedeu à preparação dos equipamentos necessários que incluíram verificação dos sistemas informáticos necessários, nomeadamente um computador e escolha de salas com projetor multimédia.

Desta forma, das reuniões preparatórias salienta-se o fato de todas as salas de aula estarem equipadas com sistema de projecção e computador.

No sentido de estabelecer uma linha condutora dos temas a abordar, foram criadas duas apresentações em sistema informático de Power-Point.

Foram definidos 2 grupos específicos com tema diferentes a abordar. Assim, foram feitos 2 planos de aula para as sessões de formação:

1 – Organização de uma sessão de formação direccionada para os oitavos anos e respectivo plano de aula; (Ver Apêndice V)

2 – Organização de uma sessão de formação direccionada para os décimos-primeiros anos e respectivo plano de aula; (Ver Apêndice VI)

De forma a otimizar recursos e tempo, em articulação com a escola foi definida a implementação destas sessões entre os dias 13 e 17 de Janeiro de 2014 inseridas em tempos letivos de diversas disciplinas, mas sendo contabilizadas como horas de educação sexual.

Mais uma vez a direcção da escola organizou os tempos lectivos das respectivas turmas de forma a que fosse possível realizar as sessões de educação para a saúde.

O grupo de mestrandos esteve presente em todas as sessões de educação e promoção de saúde, contando ainda com a presença da Professora coordenadora do projeto em algumas das sessões.

Após organização dos tempos letivos, estes ficaram organizados nos dias 15 e 16 de Janeiro, em que após cada sessão, se seguia outra noutra sala com uma turma diferente.

Uma vez que as sessões estavam preparadas, e a comunicação é um instrumento básico da enfermagem, foi relativamente fácil desenvolver os temas com os alunos.

De uma forma mais específica, em relação aos oitavos anos, a intervenção abrangeu as turmas A, B e C num total de 79 alunos.

Com uma metodologia expositiva/ participativa foram abordados temas que se encontram relacionados com a auto-estima, a compreensão das mudanças físicas e emocionais na puberdade e as diferenças entre a identidade de género e identidade sexual, bem como o respeito pela diferença. (Ver Apêndice VII – Formato digital 8ºs Anos)

Como mandam as boas práticas pedagógicas, este tipo de formação teve como linha condutora uma metodologia expositiva através de apresentação em Power-Point, mas na essência em toda a aula, num clima de confiança e certeza de que não há vergonhas, nem “certos” nem “errados”, houve espaço para cada aluno expor as suas dúvidas. A aplicação de um jogo em que cada adolescente se definia pelo que via num espelho também contribuiu para se perceber o conceito de auto-imagem e auto-estima.

Risos pelo meio, questões colocadas e respondidas permitiram criar um sentimento de disponibilidade, de partilha e de crescimento.

A teoria cognitiva-social de Bandura, com a perceção de que cada aluno aprende muito mais do que apenas a informação que lhe é transmitida, esteve presente em todo o desenvolvimento da aula. Houve tempo e espaço para poderem ser colocadas questões, foram dados exemplos através de imagens apresentadas com o objetivo de motivar o interesse pelos temas apresentados.

Em relação aos décimos-primeiros anos, a intervenção abrangeu as turmas A, C, E, F, H e I num total de 162 alunos.

Também com uma metodologia expositiva/ participativa, e respeitando idades diferentes, num contexto psico-sexual diferente em que as relações tendem a ser mais estáveis e duradouras, foram abordados temas relacionados com o conceito de sexualidade, as suas dimensões e mitos, diferenças entre identidade de género e orientação sexual, aceitação das diferentes orientações, o respeito pela diferença e a capacidade de tomar as próprias decisões.

Também foi realçada a importância da família como espaço de comunicação e informação, bem como a importância de saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões. (Ver Apêndice VII – Formato digital 11ºs Anos)

De uma forma participativa, os jovens também colocaram questões que foram respondidas. As preocupações nesta faixa etária e as relações interpares ocorrem comparativamente com os oitavos anos de forma mais definida. É interessante verificar como três anos de diferença de idades se traduzem em comportamentos e atitudes diferentes. A adolescência é mesmo assim.

Os interesses, as motivações e o ambiente a que Bandura faz referência na sua teoria também se refletem na forma como os adolescentes comunicam, pelo que a transmissão de informações passa por estimular uma ação participativa de todos, enfermeiros promotores de saúde e alunos.

No final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação de forma a realizar a próxima etapa do processo de planeamento em saúde – a avaliação.

3.7 – AVALIAÇÃO

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.” (Imperatori & Giraldes 1993:173)

É com esta etapa que o planeamento em saúde estabelece um ponto da situação que poderá ou não corresponder a uma alteração da situação inicial. A avaliação permite abrir caminhos para uma nova realidade.

Em relação à educação sexual nas escolas, Frade et al (2009:29) realçam a importância de por um lado tentar avaliar a eficácia das ações em relação às mudanças ocorridas (nos comportamentos dos adolescentes) e por outro lado avaliar a “aceitação das várias componentes da atividade: desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação em relação à informação apresentada, à forma como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (ou os grupos).”

Para os mesmos autores, se é difícil medir o impacto das ações (uma vez que os resultados de uma educação sexual só são evidentes e mensuráveis a médio/ longo prazo), torna-se “no entanto, possível avaliar o grau de satisfação imediato que a actividade teve para uma turma ou grupo determinado, assim como o grau de prossecução das expectativas iniciais dos participantes.” (Frade et al 2009:30)

Como já foi referido, foi utilizado pelos mestrandos um questionário de avaliação da satisfação dos adolescentes relativamente às ações de formação desenvolvidas.

Este instrumento de recolha de dados que permitiu avaliar a opinião dos inquiridos em relação à forma como as ações desenvolvidas foram ao encontro das suas necessidades. (Ver Apêndice III)

O instrumento de avaliação define o grau de satisfação dos adolescentes relativamente a várias questões colocadas:

- 1 Como te sentiste durante a sessão
- 2 Simpatia e disponibilidade dos formadores
- 3 Competência e profissionalismo dos formadores
- 4 Utilidade dos temas abordados

5 Forma como os temas foram abordados

6 Esclarecimento de dúvidas

7 A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?

8 Grau de satisfação em geral

No final são pedidos comentários e sugestões numa questão aberta de forma a perceber das necessidades dos adolescentes.

Os questionários foram preenchidos pela totalidade dos alunos que assistiram às ações de formação num total de 205 alunos.

Os resultados estão expostos na Tabela 2;

Critérios		Frequência	Percentagem
Forma como te sentiste durante a sessão	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	11	5,4
	Satisfeito	116	56,6
	Muito satisfeito	78	38,0
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,5
	Satisfeito	43	21,0
	Muito satisfeito	161	78,5
Competência e profissionalismo dos formadores	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	3	1,5
	Satisfeito	53	25,9
	Muito satisfeito	149	72,7

Utilidade dos temas abordados	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	pouco satisfeito	6	2,9
	Satisfeito	77	37,6
	Muito satisfeito	122	59,5
Forma como os temas foram abordados	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0,5
	Pouco satisfeito	7	3,4
	Satisfeito	85	41,5
	Muito satisfeito	112	54,6
Esclarecimento de dúvidas	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0,5
	Pouco satisfeito	12	5,9
	Satisfeito	84	41,0
	Muito satisfeito	108	52,7
A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	15	7,3
	Satisfeito	96	46,8
	Muito satisfeito	94	45,9
Grau Satisfação em geral	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	4	2,0

	Satisfeito	77	37,6
	Muito satisfeito	124	60,5

Tabela 1 - Resultados do questionário de avaliação em frequência e percentagem

Da análise destes dados podem ser retiradas algumas conclusões, apesar de existirem limitações e constrangimentos.

A totalidade dos jovens inquiridos respondeu ao questionário e em todas as questões colocadas, mais de 80 % dos jovens posicionaram as suas respostas na categoria de “satisfeito” e “muito satisfeito”, o que concretizou os indicadores de resultado da actividade.

A destacar pela negativa que nos itens “forma como te sentiste durante a sessão”, “esclarecimento de dúvidas” e “sessão correspondeu às tuas expetativas”, 5,4% a 7,3% responderam terem ficado insatisfeitos.

Este fato pode dever-se a várias razões. Como já foi referido, os autores (e até este estudo de diagnóstico da situação de saúde), apontam os amigos como principal fonte de informação relativamente à sexualidade. Estes temas são abordados num contexto mais íntimo e num grupo mais restrito do que a turma. Apesar do processo de educação sexual nas escolas ter dado os primeiros passos já há cerca de 30 anos, é indiscutível que ainda existe algum desconforto em abordar estas temáticas.

O mestrando conclui da necessidade de uma cada vez maior e melhor abordagem destas temáticas em contexto escolar de forma a reforçar a educação sexual e capacitar o adolescente para uma sexualidade livre e responsável.

Após realização e implementação deste questionário constatou-se que respondia a indicadores de atividade, no entanto dado ser um inquérito de satisfação que não incluiu questões sobre os temas abordados, pelas suas limitações não permitiu avaliar a eficácia do processo de ensino-aprendizagem.

Todas a etapas atrás descritas constituem a metodologia do planeamento em saúde. Com o processo de avaliação, estabelece-se um ponto de situação a partir de uma nova realidade. Só assim é possível delinear estratégias e mudar comportamentos de forma a capacitar as comunidades para serem co-responsáveis pelo seu estado de saúde.

“A promoção da saúde trabalha através de acções comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde.” (Carta de Ottawa, 1986)

4 – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

Este relatório nunca poderia ser resumido a um simples estágio. Permitam-me uma nota mais pessoal, porque é de pessoas que falo.

Laços que se estabeleceram entre docentes e não-docentes da Escola Superior de Saúde fizeram com que este mestrado fosse muito mais que uma mera transmissão de conhecimentos.

Por outro lado, o cumprimento do programa curricular do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, permitiu com base em metodologias próprias obter ganhos para todos os intervenientes: os mestrandos, os professores e os adolescentes (a população alvo da nossa comunidade). Os trabalhos de grupo e as aulas permitiram partilhar conhecimentos, alargar horizontes na forma como a enfermagem pode ser observada.

Também, já numa fase de estágio, e de uma forma estruturada, foram criadas oportunidades para desenvolver todo um trabalho junto da comunidade. Foi estabelecido um ponto de partida através do diagnóstico da situação, definidas prioridades de atuação, fixados objetivos e delineadas estratégias a adotar para a prossecução desses objectivos.

Foi ainda realizado um projeto de promoção da saúde que foi posteriormente implementado em conjunto com os alunos da Escola Secundária de São Lourenço.

Finalmente, e porque é importante perceber o alcance das ações realizadas, foi realizada uma avaliação de forma a estabelecer um novo ponto da situação.

Para além do desenvolvimento de novas áreas de competência próprias de uma área específica como é a Enfermagem Comunitária, importa antes de mais reflectir sobre o trabalho realizado.

A que resultados se chegou? O processo de planeamento em saúde terá sido desenvolvido da melhor forma? E o projecto, terá sido bem implementado, com resultados práticos e indicadores mensuráveis? As acções de promoção da saúde foram planeadas e desenvolvidas tendo em conta as especificidades inerentes às idades e temas a abordar? Num plano mais teórico, será que o enquadramento contextualizou as acções desenvolvidas?

4.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Importa referir que todo este trabalho desenvolvido apresenta pontos fracos (dificuldades sentidas) e pontos fortes (ganhos em saúde, ganhos pessoais e ganhos profissionais/aquisição de novas competências)

Os pontos fracos...

Cada pessoa é livre de escolher o caminho a percorrer que, para além de cumprir um ou mais objectivos, nunca está isento de obstáculos.

Para a realização deste mestrado, a maior dificuldade sentida foi conseguir conjugar esta nova oportunidade de aprendizagem, com as funções de enfermeiro com horário de 40 horas semanais às quais foram acrescentadas as horas extraordinárias que por necessidades dos serviços de saúde, e por sentido de missão, foram feitas de modo a responder às necessidades dos utentes.

Para escrever algo de original e construtivo à que fundamentar, ler, comparar opiniões e ver as razões e estudos que conduziram a uma tomada de posição. Segue-se então um processo de maturação de ideias onde formamos a nossa própria opinião baseada nas evidências. Esta maturação requer tempo, sem interrupções para algo de novo poder ser construído. O excesso de horas de trabalho nas funções de enfermeiro tornaram mais difícil a realização de todo este projeto.

Outra das dificuldades foi conseguir fazer um levantamento teórico assertivo. Conseguir bolear os temas a abordar, perceber qual a importância a dar a cada uma das temáticas relativamente às restantes, constitui uma verdadeira arte e ciência. É fácil recolher um vasto quadro de referências teóricas validadas e baseadas em evidências científicas, no entanto torna-se difícil (apesar de enriquecedor) definir quais os temas e grau de profundidade a estabelecer para a realização da fundamentação teórica. Em muito contribuíram os professores orientadores para apontar metas, questionar linhas de pensamento e dar consistência ao relatório.

Relativamente ao trabalho realizado durante o estágio, na minha opinião haveria um grande trabalho a desenvolver não só com os alunos, mas principalmente com os professores e com os pais de forma a sensibilizá-los para a importância da transmissão de informações relativamente à sexualidade. Se os pais não se souberem assumir como fonte de informação relativamente a esta e outras temáticas, os filhos nunca os procurarão para esclarecerem as suas dúvidas.

Como refere o GTES (2007:7) “ a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade.”

Outro dos pontos fracos a apontar é o facto não se ter recorrido à internet como espaço de esclarecimento de dúvidas dos alunos. Uma vez que uma percentagem significativa dos adolescentes recorrem a este espaço como fonte de informação, teria sido possível

estabelecer uma parceria com a escola de forma a criar na sua página de internet uma caixa de perguntas e respostas que poderia perdurar no tempo em função de uma posterior avaliação. O trabalho desenvolvido seria otimizado e rentabilizado. O objectivo final de qualquer projeto é poder deixar algo que seja motor de desenvolvimento e promoção da saúde.

Penso também que o projeto individual de estágio poderia ter sido melhor desenvolvido, apostando-se não numa, mas em mais sessões de educação sexual. Mais do que transmitir informações, a educação sexual deve assumir-se como um tempo e um espaço para colocar questões e expor sentimentos. Para tal é necessário um trabalho que envolva empatia e confiança.

Uma grande falha a apontar é o fato de o questionário aplicado aos alunos para fazer a avaliação, conter apenas questões que permitem definir o grau de satisfação dos adolescentes relativamente às acções realizadas. Hoje dá para perceber que a avaliação teria um alcance maior se nesse questionário estivessem incluídas questões relacionadas com o instrumento de colheita de dados do diagnóstico da situação, e sobre os temas abordados. Desta forma seria possível avaliar a evolução dos alunos directamente relacionada com as acções de educação e promoção da saúde, pelo que a avaliação ficou algo limitada.

No entanto é nestes momentos de reflexão que se percebe o que foi feito e o que poderia ter sido melhorado. Hoje, sem dúvida, com base na realidade, este projeto seria realizado de forma diferente de forma a melhorar a eficácia e alcance do trabalho efetuado.

Os pontos fortes...

O caminho leva-nos sempre no sentido da concretização de objectivos. Colocadas a dificuldades de lado, todo este trabalho permitiu obter ganhos em saúde, ganhos pessoais e ganhos profissionais através da aquisição de novas competências.

Os ganhos em saúde traduziram-se na realização de um projeto de formação e sensibilização direccionado para as necessidades dos adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço. Toda a preparação dos temas a abordar, a relação que se estabeleceu com os professores e com os alunos, a partilha de dúvidas e questões, a forma como as sessões decorreram criaram um sentimento de que o grupo de mestrandos contribuiu para a capacitação dos jovens de forma a fazerem escolhas livres e responsáveis. A educação para os afetos foi tema central.

Da mesma forma, desenvolver todo um projeto de intervenção permitiu aprender dinâmicas próprias de promoção da saúde segundo uma metodologia própria.

A nível pessoal, como marido, e principalmente como pai, o conhecimento aprofundado de muitos aspectos da sexualidade ligados à adolescência contribuiu e vai continuar a

contribuir para perceber as importantes e fascinantes transformações bio-psico-afetivas das minhas filhas.

A nível profissional a realização deste mestrado e deste estágio contribuiu sem dúvida para a aquisição de novas competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

É bem sabida a capacidade de trabalho e de organização dos enfermeiros, e de como em cuidados de saúde primários, eles são fundamentais para o ensino e promoção da saúde.

O enfermeiro, recorrendo a vários instrumentos tem a capacidade de analisar reações, caracterizar uma determinada realidade, identificar problemas e agir sobre estes de forma a transformar a situação actual numa nova realidade com aquisição de ganhos em saúde.

Apesar dos pontos negativos, mesmo quando se erra, são criados momentos de aprendizagem que abrem perspectivas para uma evolução e uma melhoria do desempenho. Hoje certamente que o trabalho desenvolvido junto dos adolescentes seria um pouco diferente de forma a obter melhores resultados, no entanto o saldo final foi francamente positivo.

Julgo ter realizado os objetivos de contribuir, sensibilizar e capacitar os adolescentes em relação às temáticas abordadas.

Relembro os indicadores de actividade, que foram concretizados de forma a atingir os objectivos propostos. Desta forma foram realizadas várias reuniões preparatórias não só com a equipa coordenadora do Mestrado em Enfermagem Comunitária, mas também com elementos da Direcção da Escola Secundária de São Lourenço. Da mesma forma foram realizadas nove ações de educação para a saúde, uma por cada turma respeitando as orientações e os temas da educação sexual em contexto escolar.

Em relação aos indicadores de actividade, foram obtidos 100% dos questionários aplicados à população alvo da intervenção que corresponde a 205 questionários.

Destes, 98,1 % referiram sentir-se satisfeitos e muito satisfeitos relativamente às temáticas abordadas.

Por orientação da DGS o (único) indicador do Programa Nacional de Saúde Escolar 2013-2014), relativamente à área da Educação Sexual diz respeito à “Percentagem de alunos abrangidos por projetos de educação sexual, segundo o nível de educação e ensino.” (DGS, 2013:18)

Dos dados obtidos foi possível retirar que estas acções de formação atingiram cerca de 24,4% do total de adolescentes que frequentam a escola.

No entanto parece algo incompleto apoiar a atividade da educação sexual nas escolas apenas na quantidade de alunos abrangidos. Ressalvando alguma ingenuidade da parte do mestrando, seria interessante discutir e construir indicadores que permitissem avaliar da

qualidade das informações prestadas em função das várias variáveis, como a idade dos alunos, contextos de vida, necessidades sentidas, etc.

Por outro lado, um ponto forte, que gostaria de reflectir de forma particular foi o fato deste projeto e deste mestrado permitir a aquisição de competências próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

4.2 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As aulas teóricas do mestrado como processo de aprendizagem, e o estágio de intervenção comunitária como metodologia prática, permitiram adquirir competências específicas da especialização em enfermagem comunitária.

Numa enfermagem direccionada para a promoção da saúde, o enfermeiro deve assumir-se como um elemento chave na criação de contextos de vida saudáveis participando na capacitação da comunidade.

A comunidade deverá ser o espaço e o centro de atenção do enfermeiro de cuidados de saúde primários.

Referindo-se ao enfermeiro especialista e traduzido em Diário da República, a Ordem dos Enfermeiros refere que:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (Diário da República, 2.^a série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011:8667)

O mesmo documento aponta quatro competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária sobre as quais gostaria de desenvolver;

Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

Seguindo uma metodologia científica – o planeamento em saúde e apoiado num enquadramento teórico que direciona a atenção para um determinado problema de saúde, é feito um diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade, a partir do qual foi possível definir objectivos, delinear estratégias e intervir junto da comunidade em parceria com várias instituições integrando um projeto de saúde. Este estágio permitiu aprender de forma prática quais os recursos disponíveis para perceber o estado de saúde de uma população.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Esta competência é fundamental. Desde Alma Ata, reforçada pela Conferência de Ottawa, os cuidados de saúde primários passaram a ter uma perspectiva integracionista, conjugando esforços entre as instituições e a própria comunidade de forma a capacitar cada indivíduo para a construção responsável do seu próprio projeto de saúde. O “empowerment” comunitário é talvez a principal função do enfermeiro de cuidados de saúde primários.

Constata-se muitas vezes, uma realidade diferente, com centros de saúde direcionados para cuidados secundários de saúde, esquecendo a prevenção da doença e promoção da saúde.

As aulas teóricas deste mestrado permitiram perceber que a capacitação de grupos e comunidades no que diz respeito estilos de vida saudáveis permite obter ganhos em saúde e reduzir custos a nível económico.

O “**centro**” de saúde deverá ser a **própria** comunidade.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;

Apesar de poderem ser realizados projectos de intervenção comunitária de forma individual, estes devem estar integrados em programas mais abrangentes que por si, também devem estar inseridos no Plano Nacional de Saúde. O enfermeiro, como interlocutor nos cuidados de saúde primários, deverá participar ativamente na “coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.” (Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011:8669)

Este campo de estágio permitiu desenvolver um projeto de educação para a saúde, em articulação com a Escola Secundária de São Lourenço, integrando-se no Programa Nacional de Saúde Escolar relativamente à educação sexual.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Esta constitui a quarta competência específica e está relacionada com a aplicação de instrumentos de colheita de dados para vigilância epidemiológica e monitorização dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada população e num determinado local.

A aquisição de competências adquiridas foi conjugada com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e pela sua extensão, encontram-se definidas em apêndice próprio. (Ver Apêndice VIII)

Concluindo, a Enfermagem Comunitária tem o seu centro de atenção junto da comunidade de forma a conhecer as suas necessidades e identificar os determinantes de saúde que necessitam de atenção. Cada vez mais, a degradação dos determinantes, obrigam o enfermeiro a desenvolver estratégias e criar sinergias de forma a melhorar as condições de saúde das populações.

Esta é a essência dos cuidados de saúde primários. É esta a fundamentação da declaração de Alma Ata.

“A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem- estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros sectores sociais e económicos, além do setor saúde.” (Alma Ata, 1978)

CONCLUSÃO

“A persistência é o caminho do êxito”

Charlie Chaplin (1889-1977)

A Conferência de Alma Ata, refere que

“...a saúde - estado de completo bem- estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros sectores sociais e económicos, além do setor saúde.” (Alma Ata, 1978)

Nesta perspectiva, os cuidados de saúde primários tiveram um impulso, abrindo novos horizontes ao envolvimento de países, governos, instituições, sectores económicos e as próprias comunidades. Todos são chamados a participar e são responsáveis pela construção de uma “saúde” intimamente relacionada a um estado de bem -estar.

Da mesma forma, foi dada relevância ao que pode ser definido como “empowerment” das comunidades, partindo do princípio que se cada um conhecer os processos de saúde / doença, poderá ser responsável pela construção de um projeto pessoal de saúde.

Esta capacitação não se resume a uma simples educação para a saúde. A promoção da saúde está intimamente ligada a um processo de capacitação onde se inclui a diminuição das desigualdades existentes. Todo o ser humano necessita de determinadas condições para poder atingir o estado de completo bem estar físico, mental e social. Foram então definidos os chamados determinantes de saúde.

A própria literacia em saúde constitui um determinante, no entanto estes podem ser definidos como “o conjunto de fatores de influenciam a saúde individual e comunitária e que, atuando de forma integrada e dinâmica em diferentes níveis de organização, contribuem de forma decisiva para o estado de saúde da população.” Reis do Arco (2012)

Segundo Santos et al (2013:3) referindo-se ao relatório Lalonde (1974) aponta que, “para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde.”

Ainda assim segundo George (2011:1), “Estima-se que 70% dos determinantes estejam fora do sector da saúde, o que implica que sejam tidos em consideração nos planos e programas que visam a obtenção de mais ganhos em saúde.”

É exatamente nesta perspetiva envolvente que integra os vários aspectos das comunidades, que na minha opinião devem assentar os atuais modelos de promoção da saúde.

No entanto, para agir é, antes de mais necessário compreender e perceber como as comunidades vivem. Quais os seus problemas, quais as suas necessidades (reais e sentidas).

Sendo a enfermagem uma arte mas, simultaneamente tendo uma forte base científica, necessita de ter um modelo, uma metodologia própria de permita de forma sistematizada identificar e medir problemas, desenvolver prioridades, apontar objectivos, estabelecer estratégias e definir acções a desenvolver. Finalmente um processo de avaliação torna-se particularmente importante para medir o estado de saúde dessa população e para constatar ou não a eficácia das acções realizadas de forma a perceber se houve ou não ganhos em saúde. Esta é a metodologia do **Planeamento em Saúde**, que ressaltando algumas ideias novas, ainda persiste e está enraizada na forma como a intervenção na comunidade deve ser desenvolvida.

É importante referir que sendo um processo cíclico, permite adaptar acções e estratégias em função das realidades próprias de cada comunidade, obtidas através do diagnóstico da situação de saúde.

O enfermeiro, pelas suas características técnicas e humanas, tem um papel fundamental em todo este processo pois é o profissional de saúde cuja área de competência é transversal a variadas ciências sociais. Com conhecimentos que vão da sociologia à psicologia, da investigação à pedagogia, o enfermeiro de cuidados de saúde primários, deve estar próximo das populações e deve ser agente de mudança promovendo parcerias entre as várias instituições sociais de forma a reduzir inequidades e ser agente de mudança para uma sociedade de futuro e com futuro.

Mais que ter uma ação curativa, os centros de saúde devem assumir-se como agentes de promoção da saúde apostando na capacitação das populações para uma adopção de estilos de vida saudáveis.

A comunidade deverá ser ela mesma o “**centro**” de/da saúde.

Nessa perspetiva, este estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária permitiu desenvolver competências e técnicas de forma a promover estilos de vida saudáveis. A adolescência foi o alvo de atenção deste estágio.

Sabendo que a adolescência é caracterizada por múltiplas e fascinantes alterações que marcam a passagem da criança para a idade adulta, existem muitos riscos associados a

esta etapa de vida. De entre os comportamentos de risco, o objeto de preocupação e de intervenção esteve relacionado com as atitudes dos adolescentes em relação à sexualidade.

A sexualidade na adolescência tem sido motivo de interesse das ciências sociais e humanas. Vários autores têm abordado esta temática sabendo-se do riscos para a saúde que estão associados à sexualidade nesta etapa de vida.

Gaspar et al (2006:300), citam vários autores referindo que, “Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.”

Frade et al (2009:3) referem que,

“A sexualidade pode constituir uma forma privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional ou, pelo contrário, tornar-se numa fonte de sofrimento que afecta dramaticamente a vida da pessoa, quer a nível da realização pessoal e relacional, quer a nível das pesadas facturas pagas quando a sua expressão se faz de forma imatura, ignorante, culpabilizada e/ ou violenta.”

Entre as principais complicações relacionadas com comportamentos sexuais de risco na adolescência, estão a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis, fruto muitas vezes de um desconhecimento sobre a própria sexualidade e os afetos.

Curiosamente a educação sexual em Portugal deu os primeiros passos já há cerca de 25 anos, não deixando de ser estranho que só em 2010 através da publicação da Portaria nº 196-A de 9 de abril de 2010 foi regulamentada a educação sexual nas escolas.

A explicação é algo complexa e cheia de justificações muitas vezes infundadas. O medo de que falar de sexualidade aos adolescentes promove o seu contacto sexual é contrariado pela maioria dos autores e dos estudos.

“No fundo, há neste adiamento sucessivo, um medo intrínseco: que a educação sexual, em vez de promover uma maturação responsável do jovem, contribua antes para o lançar precocemente na actividade sexual. Isto apesar de, nas últimas décadas, inúmeros estudos de organizações responsáveis supra-nacionais terem demonstrado exactamente o contrário.” (Frade et al, 2009:5)

Não será a mudança de mentalidades e de comportamentos uma das missões na promoção da saúde com base em evidências científicas?

Nesta área da sexualidade o Programa Nacional de Saúde Escolar (2014:8), define como objectivo “Reduzir os comportamentos de risco relacionados com os fatores de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis (consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas, entre outros);”

Desta forma, só recentemente é que a educação sexual nas escolas tem tido maior expressão, devendo existir uma forte e eficaz articulação entre as escolas, serviços de saúde, pais e adolescentes.

Foi nesta perspetiva que um grupo de mestrandos aplicou a metodologia do planeamento em saúde na Escola Secundária de São Lourenço. Feito o diagnóstico da situação de saúde relativamente às atitudes dos adolescentes face à sexualidade, foi possível identificar problemas e necessidades, estabelecer prioridades, criar objetivos, desenvolver estratégias, executar ações de educação para a saúde e avaliar essas ações.

No processo de ensino-aprendizagem, e uma vez que se tratavam de ações de formação/ educação, houve necessidade de fundamentar a metodologia aplicada, num modelo teórico que servisse de suporte. Pelas razões já explicadas no enquadramento teórico, os adolescentes e o processo educativo tiveram a maior das atenções sob a perspetiva da teoria cognitiva-social de Albert Bandura que observa o processo de aprendizagem como uma relação entre fatores pessoais intrínsecos, ambientais e comportamentais.

No entanto, podem ser apontados alguns constrangimentos neste relatório. Nem sempre se desenvolve um trabalho de educação para a saúde da melhor forma. O processo de avaliação para perceber se atingimos uma nova realidade ou não, ficou algo limitado reduzindo-se a um inquérito de satisfação. Este trabalho teria atingido maior profundidade se se tivesse comparado a realidade do diagnóstico a uma realidade após a intervenção.

Ainda assim, foi enriquecedor reencontrar o ambiente escolar e sentir que se participou de um projeto educativo participando de alguma forma na adoção de estilos de vida saudáveis. As sessões foram preparadas recorrendo-se a técnicas pedagógicas que permitiram, num espaço pequeno como é a turma, partilhar sentimentos, opiniões e questões, sobre uma temática tão importante para o adolescente.

Foi visível o pouco “à vontade” por parte de alguns professores, o que reforça a ideia de que deve haver laços muito próximos entre os serviços de saúde e as escolas, de forma a juntar o melhor da saúde e da educação numa área tão importante e sensível como é a educação e formação sexual.

Seguir todas as etapas do planeamento em saúde permitiram aprender e adquirir novas competências. E é na área da aquisição de competências em relação à Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que gostaria de reforçar a importância deste mestrado, estágio e relatório.

Cada vez mais, há necessidade de estarmos atentos às transformações e contextos das comunidades. Mudar estilos de vida, capacitar as populações, diminuir inequidades é ajudar as pessoas, e dar-lhes condições para, na sua individualidade, construírem o seu próprio projeto de saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve ter esta perspetiva seguindo uma linha metodológica que permita a mesma visão do Plano Nacional de Saúde com a visão de “Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de

objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.” (PNS 2012-2016, 2012:5)

BIBLIOGRAFIA

- Anastácio, Z., Vasconcelos-Raposo, J. e Carvalho, G. (2001). *Educação sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde*. In I Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde (pp. 49-71). Beja: Instituto Politécnico de Beja.
- Blos, P. (1985). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo. Martins Fontes Editora Ltda.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (1998). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspectiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Maio de 2013 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%c2%baano_Gest%c3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf
- Conferência Episcopal Portuguesa (2005). *Educação da Sexualidade, Nota sobre a Educação da Sexualidade*. Acedido a 25 de junho de 2014 em <http://www.agencia.ecclesia.pt/index.shtml>
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). *Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros*, 1 – 5, acedido em 12 de dezembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx>
- Costa, S., Cadima, J. e Micaelo, S. (2001). *A Educação interpares na Educação Sexual*. In I encontro nacional de promoção e educação para a saúde (pp. 203-234). Beja. Instituto Politécnico de Beja.
- Dias, S. & Gama, A. (2013). *Promoción da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos*. Revista de Salud Pública. 16 (2): 307-317, 2014 acedido em 12 de Dezembro de 2014 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=725012&indexSearch=ID>
- Dicionário da Língua Portuguesa (2011). Dicionários Académicos. Porto. Porto Editora.

- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar – orientações técnicas / Direcção-Geral da Saúde*. Lisboa. 48 p.
- Eisenstein, E. (2005, junho). *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. *Adolescência & Saúde*, volume 2. Nº 2 (6-7)
- Escola Secundária de São Lourenço, *Projecto Educativo de Escola 2011-2013*. Acedido a 12 de Abril 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, A. (2006). *Projecto ser mais – Educação para a sexualidade*. acedido em 19 de junho de 2014 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/T_ESE_Armenio_web/
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). *A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro*. *Revista Servir*, 3 (52), pp. 132-137
- Ferreira, M. & Nelas, P. (Fevereiro 2006). *Adolescências... Adolescentes...* Educação, ciência e tecnologia. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a Maio de 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.19/409>
- Figueiredo, B. (julho/dezembro 2001). *Maternidade na adolescência: do Risco à prevenção*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Nº 2 (Vol 3), 221-238
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Garraio, I. (2011). *Histórias da história, 125 anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre*. Lisboa: Edições Colibri.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M.; & Linhares, F. (2006). *Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ SIDA em adolescentes migrantes*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 7 (vol2), 299-316
- George, J. et al (1993). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre. Artes Médicas Sul
- George, F. (2011). *Sobre determinantes de saúde*. Publicado a 11 de março de 2014, e acedido em 11 de fevereiro de 2015, em www.dgs.pt

- GTES (2007). *Educação para a saúde – relatório final*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 1 de março de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C-CsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaSufLoMqLY7AbullG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras Avulsas.
- Leal, D. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no Distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (Curso de Mestrado em Medicina), Covilhã.
- Madureira, L.; Marques, I & Jardim, D. (2009). *Contraceção na adolescência: conhecimento e uso*. *Cogitare Enferm*; Nº 15 (Vol 1),100-105
- 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
- Martins, M. F., Martins, M.& Cordeiro, R (2009). *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre. Portalegre.
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses (relatório do estudo 2010)*. Lisboa: Rolo e Filhos II, S.A.
- Matos, M, Reis, M, Ramiro, L, Borile, M., Berner, E., Vazquez, S., Gonzalez, E., et al. (2009). *Educação Sexual em Portugal e em vários países da América Latina*. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2009, 10 (1), 149-158
- 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 Saúde e da Educação [MSE] (2010). *Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril*. Diário da República, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)

Ministério da Saúde, Portal de saúde pública. *Declaração de Alma-Ata, saúde para todos no ano 2000*, acessido em 11 de novembro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm#Alma

Ministério da Saúde/ Brasil (2002). *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. [ME]. Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acessado em 2 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>

Ministério da Saúde [MS]. Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 20012/2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Ministério da Saúde [MS], Direcção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar em discussão pública*. Lisboa. Acessado em 3 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>

Ordem dos enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

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 [OE] (2011). *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série , nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, 8667-8669

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. e Magarinho, R. (2003). *Utentes da Consulta Externa de Gravidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000*. Revista Acta Pediátrica Portuguesa, Nº 4, Vol 34. 227-238 acessido a 23 de Setembro em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4219/1/Caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20social%20e%20demogr%C3%A1fica%20das%20utentes...%20%282003%29.pdf>

- Portal da Saúde (2008). *Planeamento Familiar*. Acedido em 13 de junho de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/planeamentofamiliar.htm>
- Portal da Saúde Pública. *Declaração de Alma-Ata, saúde para todos no ano 2000*. Acedido em 8 de agosto de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). *Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (1), 99-113 acedido em 12 de outubro de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862009000100008&script=sci_arttext
- Reis do Arco (2012). *Aulas de promoção da saúde: Determinantes da saúde*. Manuscrito não publicado. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Portalegre
- Reis, M & Matos, M. (2007). *Contraceção – Conhecimentos e atitudes em jovens universitários*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 8 (vol 2), 209-220
- Reis, M.; Ramiro, L. & Matos, M. (2009). *Contraceção, Parceiros Ocasionalis e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses*. *Revista lusófona de ciências e tecnologias da saúde*. Nº6 (Vol 2), 206-214
- Rodrigues, R. (2010). *Gravidez na Adolescência*. *Nascer e Crescer- revista do hospital de crianças Maria Pia*. n.3 (vol.XIX)
- Rosa, J. (2003). *Psicologia e educação, o significado de aprender*, 7ª edição. PortoAlegre: edupurcs. 203p
- Saito, M. e Silva, L. (2001). *Adolescência: Prevenção e risco*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar, um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*: Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e excesso de peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Biologia humana e Ambiente. Universidade de Lisboa- Faculdade de Ciências.
- Santos, A., Dias, C., Gonçalves, C. & Sakellarides, C. (2010). *Estratégia Locais de Saúde. Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública acedido em 16 de fevereiro de 2015 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ELS.pdf>

- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência – comportamentos, conhecimentos e opiniões/ atitudes de adolescentes escolarizados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Porto
- Silva, H.; Ferreira, S.; Águeda, S.; Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). *Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica*. Acta Pediátrica Portuguesa. Nº 43 (Vol 1):8-15
- Sprinthal, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª edição. Loures. Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- The Cairo Conference (1994). United Nations International Conference on Population and Development (ICPD). Acedido a 12 de Junho de 2013 em <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p02009.html> ver net conferencia do cairo
- Tomé, G. (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes Portugueses*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Educação, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa
- Vasconcelos, C., Praia, J. & Almeida, L. (2003). Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2003 Volume 7 Número 1 11-19, acedido em 2 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n1/v7n1a02.pdf>
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Woolfolk, A. (1998). *Psicologia da Educação*. 7ª edição. Porto Alegre. Artes Médicas Sul

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico da Situação

Caro (a) estudante,

Gostaríamos de contar com a tua participação num estudo que estamos a realizar e que tem o objetivo de **Promover a Saúde Sexual dos Adolescentes**.

A informação prestada é **anónima**, e por isso não te deves identificar em nenhuma parte do questionário.

Lembra-te que isto não é um teste de avaliação e por isso não há respostas certas ou erradas. Todas serão válidas se traduzirem as tuas **opiniões, comportamentos e atitudes**.

Os dados obtidos através do preenchimento deste questionário são indispensáveis para o desenvolvimento do nosso trabalho com eficácia.

Assim, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às questões que te são colocadas.

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

1. Turma _____ 2. Idade _____ 3. Sexo _____ Data ____/____/_____
4. Situação conjugal dos teus pais _____ 5. Com quem vives _____
6. Religião _____ 7. Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

8. Sigo fielmente as normas _____ 9. Existem normas com as quais não me identifico _____

10. Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

11. Sentes dificuldade em conversar com os teus pais? SIM NÃO

Se SIM porquê? _____

12. Decidiste começar a ter relações sexuais SIM NÃO

13. Decidiste começar a usar um método contraceutivo SIM NÃO

14. Qual _____

15. Tens um amigo/a com tendências homossexuais SIM NÃO

16. Preocupa-te a SIDA SIM NÃO

17. Andas preocupado com a imagem corporal SIM NÃO

18. Refere com quem preferes abordar e esclarecer-te sobre todos estes assuntos (assinala com X, podes escolher mais do que um dos itens)

Pai		Padre	
Mãe		Internet	
Outro familiar		Livros	
Amigos		Revistas	
Colegas da Escola		Televisão	
Professores			

19. Qual a frequência com que falas com a tua mãe sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19.1. Gravidez					
19.2. Preservativo					
19.3. Relações sexuais entre jovens					
19.4. Vida sexual dos adultos					

19.5. Sonhos molhados					
19.6. Pornografia					
19.7. Mudanças corporais na adolescência					
19.8. Aborto					
19.9. Namoro					
19.10. Homossexualidade					
19.11. Período menstrual					
19.12. Sida					
19.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					
19.14. Pílula					
19.15. Masturbação					
19.16. Crimes sexuais					

20. Qual a frequência com que falas com o teu pai sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20.1. Gravidez					
20.2. Preservativo					
20.3. Relações sexuais entre jovens					
20.4. Vida sexual dos adultos					
20.5. Sonhos molhados					
20.6. Pornografia					
20.7. Mudanças corporais na adolescência					
20.8. Aborto					
20.9. Namoro					
20.10. Homossexualidade					
20.11. Período menstrual					
20.12. Sida					
20.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					
20.14. Pílula					
20.15. Masturbação					
20.16. Crimes sexuais					

21. Consideras-te bem informado sobre os assuntos relacionados sobre a Sexualidade? Porquê?

22. Como consideras que tem sido o papel dos teus pais na tua educação sexual ? (assinala com X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

23. Como consideras que tem sido o papel dos teus amigos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

24. Como consideras que tem sido o papel da escola na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

25. Como consideras que tem sido o papel da igreja na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

26. Como consideras que tem sido o papel da televisão na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

27. Como consideras que tem sido o papel da INTERNET na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

28. Como consideras que tem sido o papel dos livros científicos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

29. Como consideras que tem sido o papel da Imprensa escrita na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

30. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

31. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

32. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

33. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

34. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

35. A prostituição deveria ser legalizada

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

36. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

37. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

38. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

39. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

40. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

41. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

42. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

Discordo	Discordo	Não tenho posição	Concordo	Concordo
-----------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-----------------

totalmente	bastante	definida	bastante	totalmente
1	2	3	4	5

43. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

44. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

45. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

46. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

47. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

48. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

49. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

50. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

51. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração!

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma das atividades do estágio

CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO							
	2013					2014	
ATIVIDADES	Junho	Julho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Diagnóstico da Situação							
Elaboração do Projeto de Intervenção							
Reuniões com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço							
Organização das Sessões							
Entrega do Projeto de Intervenção							
Sessões de Educação para a Saúde							
Elaboração do Relatório Final							

Apêndice II – Pedido de autorização dos pais



Exmo. Sr. ou Sr.^a. Encarregado (a) de Educação

Somos um grupo de alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando no estudo que estamos a realizar no âmbito da Sexualidade na adolescência. A participação dos alunos é fundamental para a viabilidade da investigação e conseqüente projeto de ação.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo nunca solicitada a identificação dos participantes no estudo.

Assim, de acordo com a sua decisão, pedimos que complete e devolva este documento até ao dia 10 de Maio de 2013.

Informamos que caso não obtenhamos resposta da sua parte, consideramos o pedido tacitamente aceite

Agradecemos a atenção dispensada e disponibilizamo-nos para esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Serra

Gabriela Serra

Luís Amaro

Miguel Tavares

Sílvia Ronda

Eu _____ encarregado/a de educação do aluno /a
_____ da turma ____ com o nº____,
autorizo/não autorizo, a participar no estudo acima mencionado.

_____ de _____ de 2013

(assinatura do Encarregado de Educação)

Apêndice III – Questionário de Avaliação

**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

Caro (a) Estudante,

A tua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde em que acabaste de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida correspondemos às tuas expectativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões:

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Ano de Escolaridade:** _____

1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Pouco Satisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito

Questões		Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1	Como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos formadores					
3	Competência e profissionalismo dos formadores					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado pela tua colaboração

Apêndice IV – Projeto Individual de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Discente:
Luís Filipe Amaro

NOVEMBRO/DEZEMBRO

2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:

INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Discente:
Luís Filipe Amaro

Novembro/Dezembro
2013

Índice

	f
INTRODUÇÃO	3
1 - EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS	6
2- PROJETO DE INTERVENÇÃO	12
2.1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	12
2.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	13
2.3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	15
2.4 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	18
2.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	19
2.6 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	20
2.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	21
2.8 AVALIAÇÃO	22
CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	25
APÊNDICES	26
Apêndice I – Cronograma da Intervenção	27
Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 8º ano	29
Apêndice III - Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 11º ano	32
Apêndice IV - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de Educação para a Saúde	35

INTRODUÇÃO

Inserido da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi proposto pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, a concretização do processo de planeamento em saúde através da realização de um projeto de intervenção junto da comunidade.

A comunidade deverá ser sempre o centro dos cuidados de saúde primários numa perspetiva de promoção da saúde.

A Carta de Otawa, citado por Meireles (2008), define a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” Desta forma realça-se a importância de capacitar a comunidade para também ela, em articulação com todas as instituições, ser responsável pela sua saúde. A mesma autora, citando Otawa refere que “para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

O enfermeiro de cuidados de saúde primários nunca deverá perder este objetivo de vista, pois ele faz parte das suas competências específicas. Legislado em Diário da República, no regulamento n.º 128/2011 no artigo 4º, alínea B, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;”. (Diário da república 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011:8667)

No entanto, para participar no “empowerment” do indivíduo e da comunidade, torna-se necessário obedecer a um processo metodológico contínuo, que de uma forma científica e estruturada permite estabelecer uma linha de orientação fundamentada em várias etapas com vista à obtenção e capacidade de medição dos ganhos em saúde.

Esta metodologia foi estudada e definida como a “*metodologia do planeamento em saúde*”.

Segundo Serra *et al* (2013:16) “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.”

Segundo Tavares (1990:29) “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.”

As etapas da metodologia de planeamento em saúde serão definidas neste projeto individual.

Foi escolhida a sexualidade na adolescência como tema central do projeto de intervenção. Tema de grande relevância já descrito e justificado na fase em que foi elaborado um diagnóstico da situação, os adolescentes, pelas suas características específicas constituem um grupo de risco relativamente a esta temática.

No sentido de operacionalizar estas fases decidimos escolher o tema da Sexualidade na Adolescência. Uma maior incidência de infeções sexualmente transmissíveis, a complexidade da gravidez na adolescência e novos passos dados relativamente à educação sexual nas escolas, conduziram a uma maior abertura das escolas relativamente a esta temática.

A população alvo deste projeto de intervenção são os alunos dos oitavos e décimos anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre.

Em todo o processo de planeamento em saúde, após a realização de um diagnóstico da situação sobre as Atitudes dos Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço face à Sexualidade, há que definir prioridades com base nas conclusões do relatório, fixar objetivos, delinear estratégias e com estes passos poderemos elaborar o presente projeto de promoção da saúde sexual dos adolescentes.

Gostaria de realçar que o referido projeto tem por base o trabalho de grupo anteriormente realizado e que consistiu na realização de um diagnóstico da situação (etapa inicial do processo de planeamento em saúde), através da realização de um enquadramento teórico sobre a temática, e aplicação de um instrumento de colheita de dados (questionário) junto dos adolescentes, de forma a perceber e caracterizar a população alvo.

Este projeto tem como objectivo geral:

- Criar um projeto de intervenção de educação sexual na Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Como objectivos específicos, são definidas as restantes etapas do planeamento em saúde e que constituem o projeto:

- Definir prioridades
- Definir objetivos a atingir

- Selecionar estratégias de intervenção
- Planear metodologias para intervir junto dos adolescentes;
- Definir os recursos necessários à execução do projeto de intervenção.

Um agradecimento muito especial à Direção da Escola Secundária de S Lourenço, e aos responsáveis pelos projetos na área da saúde escolar pela oportunidade de nos deixar entrar na escola e poder aplicar os conhecimentos apreendidos.

1 – EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

Desde o nascimento até à morte, o ser humano passa por um processo de aprendizagem que resulta da sua interação com o meio.

O termo Educar provém do latim *ex ducere*, que significa conduzir, desenvolver, fazer, desabrochar.

Durante muito tempo, a escola foi considerada como um local para preparar os jovens para um desempenho profissional. A escola preparava homens para a vida profissional – o saber fazer.

No entanto este conceito tem-se alterado ao longo dos tempos e hoje é aceite por toda a comunidade escolar, e nem sempre pela sociedade em geral, de que a escola é um espaço e um tempo para adquirir competências não só na área do saber fazer, mas também no saber ser e no saber estar.

Educar é assim capacitar o indivíduo numa perspetiva holística em todas as áreas da sua vivência.

Segundo Serra *et al* (2013:91) “A evolução dos conceitos de Educação e de Saúde originou a definição de Educação para a Saúde, que também tem sido alvo de transformações e conseqüente evolução ao longo dos tempos, resultado da influência de fatores sociais, políticos, culturais e económicos.”

Segundo Kuntsche & Jordan, (2006) citado por GTES “na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do 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.”

Para além de fonte de saber, a escola torna-se assim palco de relações interpares, assumindo-se como importante espaço para o desenvolvimento da personalidade do adolescente.

Apesar de a sexualidade fazer parte do indivíduo desde o seu nascimento é na adolescência que se manifesta de forma mais rápida não só através de mudanças físicas como também psicológicas. Neste sentido, e uma vez que a maior parte dos jovens vive os seus dias inserido no ambiente escolar, a escola, em articulação com

organismos de saúde deve apostar da educação sexual como forma de prevenir comportamentos de risco.

Segundo o GTES (2007) “A educação sexual foi definida (...) como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual”.

O GTES (2007) refere ainda que tem como objetivos:

- “ – o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- a melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais;
- a redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- a capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abusos sexuais. A longo prazo deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida.”

Segundo Frade *et al* (2009:22) “poderíamos apontar como grande objectivo da Educação Sexual escolar o de contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade.”

Frade *et al* (2009:21) descrevem ainda um conjunto de valores fundamentais que devem nortear a Educação Sexual na escola e que são os seguintes:

- “Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida.
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual.
- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos.
- Respeito pelo direito à diferença.
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade.
- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis.
- Reconhecimento que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.
- Recusa de formas de expressões da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração.
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.” (Frade, 2009).

Neste contexto Frade *et al* (2009), definiram objetivos de acordo com três componentes cognitivas (**conhecimentos, sentimentos e atitudes, e desenvolvimento das capacidades individuais**).

O primeiro conjunto diz respeito à esfera dos **conhecimentos** e é fundamentado no facto de os programas de Educação Sexual podem contribuir para um maior conhecimento

dos factos e componentes que integram a sexualidade. Neste grupo os objetivos referem-se ao aumento e consolidação de conhecimentos acerca:

- “das várias dimensões da sexualidade;
- do corpo sexuado e dos seus órgãos externos e internos;
- dos componentes anatómico-fisiológicos e psicológicos da resposta sexual humana;
- da diversidade das expressões do comportamento sexual humano ao longo da vida e das suas diferenças individuais;
- dos mecanismos da reprodução humana e da contraceção;
- das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos;
- dos problemas que podem surgir ligados a esta esfera da vida e da saúde e dos apoios possíveis.” (Frade, 2009).

O segundo conjunto de objetivos prende-se com os **sentimentos** e as **atitudes**, expondo a possibilidade de a Educação sexual contribuir para:

- “uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- uma atitude não sexista, ou seja, que recusa as formas de dominação de um sexo por outro e defende uma relação entre seres diferentes, mas iguais em direitos;
- uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos(as) outros(as);
- uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspetos relacionados com a sexualidade e a reprodução.” (Frade, 2009).

O último conjunto de objetivos assenta no **desenvolvimento das capacidades individuais**, nomeadamente:

- “no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados;
- no aumento das capacidades de comunicação;
- na aquisição de um vocabulário adequado;
- no aumento da capacidade de pedir ajuda e saber identificar apoios, quando necessário.” (Frade, 2009)

É importante referir que apesar de os temas serem comuns a todas as idades, as técnicas pedagógicas devem expressar-se em atividades e conteúdos diferentes adaptados às várias fases de desenvolvimento psicosssexual, porque um jovem de 10 ou 12 anos terá interesses e necessidades diferentes de um jovem adolescente de 15, 16 ou 17 anos. Mesmo numa fase de desenvolvimento existem diferenças de maturidade manifestando-se em interesses e preocupações individuais diferentes. Ainda de realçar que rapazes e raparigas da mesma idade também apresentam diferenças nos seus interesses relacionados com a temática.

Segundo Frade *et al* (2009:24) “Os temas de interesse podem variar em cada ano escolar e até mesmo ao longo do próprio ano.”

Segundo Ferreira *et al* (2004) citado por Serra *et al* (2013), “Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um clima de confiança e de respeito fundamental para o sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno

que impeça constrangimentos provocados por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos que estão a participar na sessão se sentem seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade”.

Uma vez que as fontes de informação sobre a temática da sexualidade incidem sobre os amigos, a educação pelos pares (pelos amigos e colegas de turma) é uma estratégia que tem vindo a ganhar destaque no âmbito da promoção e educação para a saúde, em meios escolares e não escolares.

É importante também referir que em qualquer momento de formação e em particular relacionado com educação sexual se deve ter uma atitude neutral, transmitir o sentimento de que não há “certos” nem “errados”, não realizar juízos de valor, não impor o conhecimento mas sim partilhá-lo, adequar a informação e a linguagem à idade dos jovens, disponibilizar material de apoio e acima de tudo demonstrar disponibilidade, empatia e confiança para que os jovens possam esclarecer dúvidas e ter a capacidade de fazer escolhas.

“Embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual.

As exposições ou conferências podem ser um dos momentos da atividade, mas devem ser complementadas com outras formas de trabalho mais participadas.”
(Frade, 2009).

Desta forma, através de uma metodologia participativa o indivíduo torna-se o principal agente da sua formação tendo poder de decisão.

A família nunca deverá ser separada do processo educativo. Deve ser parceiro e interveniente na educação sexual do adolescente.

Sem impedimento para a liberdade de cada escola definir o seu programa de educação sexual, esta foi legislada em Diário da República. As orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual são definidas pela Portaria 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010.

“Os objetivos mínimos da área de educação sexual devem contemplar os seguintes conteúdos que podem ser abordados nas áreas disciplinares ou nas áreas curriculares não disciplinares.

1º Ciclo (1º ao 4º anos)

Noção de corpo;

O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural;

Noção de família;

Diferenças entre rapazes e raparigas;

Proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

2º Ano

Para além das rubricas incluídas nos programas de meio físico, o professor deve esclarecer os alunos sobre questões e dúvidas que surjam naturalmente, respondendo de forma simples e clara.

3º e 4º Anos

Para além das rubricas incluídas nos programas de meios físico, o professor poderá desenvolver temas que levem os alunos a compreender a necessidade de proteger o próprio corpo, de se defender de eventuais aproximações abusivas, aconselhando

que, caso se deparem com dúvidas ou problemas de identidade de género, se sintam no direito de pedir ajuda às pessoas em quem confiam na família ou na escola.

2º Ciclo (5º e 6º anos)

Puberdade – aspetos biológicos e emocionais;

O corpo em transformação;

Caracteres sexuais secundários;

Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas;

Diversidade e respeito;

Sexualidade e género;

Reprodução humana e crescimento; contraceção e planeamento familiar;

Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;

Dimensão ética da sexualidade humana.

3º Ciclo (7º ao 9º anos)

Dimensão ética da sexualidade humana;

Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;

Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;

Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;

Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários);

Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana – HPV2/vírus do papiloma humano e suas consequências) bem como os métodos de prevenção.

Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;

Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado;

Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado;

Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;

Prevenções dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Ensino secundário

Compreensão ética da sexualidade humana.

Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade:

Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais.

Informação estatística, por exemplo sobre:

Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU;

Taxas de gravidez e aborto em Portugal;

Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;

Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto;

Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como infeção por VIH e HPV) e suas consequências;

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.”

(Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 - CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:47), “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.”

Parece trivial, no entanto importa lembrar que para intervir numa população é necessário conhecer a sua realidade.

Com o objetivo de “formar jovens, tendo em vista a sua integração no mundo do trabalho, ou o prosseguimento dos estudos, sem esquecer, em qualquer dos casos, a sua formação como cidadãos autónomos e responsáveis” (Garraio, 2011), a Escola Secundária de São Lourenço está implantada em Portalegre, sede e nome de concelho com uma área de 447 km² que faz fronteira, a norte, com o concelho de Castelo de Vide, a nordeste com o concelho de Marvão, a leste com a Espanha, a sul com os concelhos de Arronches e Monforte e a oeste com o concelho do Crato.

No ano letivo 2009/2010 iniciaram-se obras de requalificação. Atualmente, e ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, e no ano letivo de 2012/2013 (momento em que foi efetuado o diagnóstico de saúde) a Escola Secundária de São Lourenço contava com cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

No presente ano letivo a escola tem 3 turmas de 7º ano, 3 turmas de 8º ano, 6 turmas de 10º ano, 11 turmas de 11º ano e 9 turmas de 12º ano num total de 841 alunos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente colaboram 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

A planificação do Projeto de Educação Sexual e os temas a abordar são planeados, em Conselho de Turma em colaboração com o representante dos Encarregados de Educação e discutido com os alunos.

É neste espaço físico que irei desenvolver um projeto de promoção da saúde. Inicialmente torna-se fundamental analisar e interpretar os dados retirados do diagnóstico da situação, para estabelecer objectivos, definir prioridades, fixar objectivos, delinear estratégias e implementar um projeto – este projeto.

2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Da análise das respostas dadas ao questionário aplicado a 214 adolescentes de turmas de oitavos e décimos anos da Escola Secundária de São Lourenço, já definido pelo diagnóstico da situação, podemos estabelecer alguns resultados.

Após a realização do diagnóstico de saúde, evidencia-se que a maioria dos jovens inquiridos são do sexo feminino (53,7%), sendo 46,3% do sexo masculino. A idade dos intervenientes varia entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de 14,7 anos.

Na caracterização sociodemográfica constatamos que os pais dos jovens são na sua maioria casados (67,8%), admitindo cerca de 98, 1% dos jovens viver com a família.

No que diz respeito à religião, a grande maioria dos jovens dizem ser católicos (78%). Contudo, 50% dos jovens dizem não ser praticantes da religião que professam, em oposição a 38% que referem ser praticantes da religião que professam.

Ainda no âmbito da religião, os dados revelam que 51,4% dos participantes do estudo não seguem fielmente as normas da religião que professam; contudo, são 29% os que assumem seguir fielmente as normas da religião que professam. A maioria dos participantes (52,3%) assume que existem normas na sua religião com as quais não se identificam.

No que diz respeito aos principais canais de informação utilizados pelos jovens em questões relacionadas com a sexualidade, verificou-se que para 48,6% dos jovens os

amigos (as) são o principal recurso para conversas sobre sexualidade. A mãe é procurada por cerca de 19,6% dos jovens, e apenas 3,3% procuram o pai para abordar estes assuntos.

Os professores e os namorados (as) só são recurso para 2,8% e 1,9% dos jovens, respetivamente. Importante realçar que cerca de 11,2% dos jovens não fala sobre sexualidade com ninguém.

Contudo, a grande maioria dos jovens refere não ter dificuldade em conversar com os pais (70,6%), sendo 29,4% os que assumem esta dificuldade.

Quando se procurou perceber se os jovens inquiridos já haviam tomado a decisão de iniciar a sua vida sexual, constatou-se que a grande maioria (70,6%) responderam que não, sendo apenas 29,4% os que já decidiram começar a ter relações sexuais.

Posteriormente tentou-se perceber 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 VHI (SIDA), sendo 85% os que responderam que se preocupam com esta questão; 71,4% dos jovens preocupam-se com a sua imagem corporal.

Também na abordagem destes temas anteriormente referidos os jovens recorrem preferencialmente aos amigos (79,4%). No seio familiar é na mãe que recai a escolha dos jovens (53,7%), no entanto o pai é referido por 25,2% dos jovens. A internet aparece aqui como uma fonte de informação importante, pois cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas temáticas através desta ferramenta.

Relativamente à frequência com que os inquiridos falam com a mãe e com o pai sobre temas relacionados com a sexualidade, verifica-se que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens, nomeadamente: pornografia, sonhos molhados, masturbação, vida sexual dos adultos, pílula, homossexualidade e aborto.

Os assuntos que os jovens referem abordar sempre com as mães são: período menstrual, namoro, mudanças corporais na adolescência, gravidez, SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis.

Os temas mais frequentemente abordados com os pais são as mudanças corporais na adolescência e o namoro.

Constatou-se ainda que a maioria dos jovens (76,6%) se consideram bem informados relativamente às questões da sexualidade, sendo cerca de 23,4% os que referem que não estão bem informados acerca desta temática.

No que diz respeito à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens inquiridos, verificou-se que os pais, os amigos e a escola surgem como os mais significativos. A internet, os livros científicos e a televisão aparecem de seguida. Os interlocutores menos valorizados foram a igreja e a imprensa escrita.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal/conservador face à sexualidade, concluímos que:

- Quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos face à atitude liberal/conservador perante a sexualidade;
- Os jovens que dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade.

Concluindo, e face ao índice liberal/conservador por nós criado, os jovens inquiridos revelaram-se tendencialmente liberais, com um valor de índice de 64,5%.

Neste contexto, identificámos nos adolescentes inquiridos os seguintes problemas:

- Cerca de 11,2% não fala com ninguém sobre sexualidade.
- Embora a maioria dos jovens (70,6%) refira não ter dificuldade em falar com os pais, sendo apenas 29,4% os que assumem esta dificuldade, constata-se que os jovens escolhem como principal fonte de informação e partilha os seus pares. Estes dados são consensuais com outras referências bibliográficas que também referem a influência que o grupo exerce sobre os adolescentes. Esta influência pode ser negativa ou positiva.
- 29% dos jovens inquiridos já decidiram iniciar a sua vida sexual.
- Cerca de 37,9% dos jovens afirmam que têm amigos que identificam com tendências homossexuais.
- A grande maioria dos jovens (85%) preocupa-se com o VHI (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 85% 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 referem não se sentir bem informados acerca da temática da sexualidade. A grande maioria considera-se bem informada, o que pode ter por base o sentimento de invulnerabilidade característico desta etapa da vida.

2.3 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Tendo sido identificados a partir do diagnóstico quais os problemas a resolver, e porque os recursos nem sempre são os ideais, de forma a maximizar a eficácia dos resultados, torna-se necessário definir prioridades de atuação.

A definição de prioridades é condicionada pela fase do diagnóstico da situação e vai determinar a fase de estabelecer objetivos. Os problemas identificados na fase do diagnóstico serão hierarquizados agora na etapa da escolha de prioridades utilizando critérios definidos.

“A existência desta etapa está directamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos” (Imperatori e Giraldes, 1993:64)

Para Imperatori & Giraldes (1993: 64), “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.” Pretende-se analisar o tempo ou momento limite que estamos a prever para realizar a nossa intervenção, o local onde iremos atuar e quais os recursos disponíveis nesse local.

“Para hierarquizar os problemas de saúde detectados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65). A escolha e a ponderação destes critérios são importantes de definir porque é daqui que resultará a lista final de prioridades.

Os critérios de seleção utilizados para hierarquizar os problemas baseiam-se na:

Magnitude - importância ou tamanho – na magnitude caracteriza-se o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total;

Transcendência – corresponde a uma ponderação por grupos etários;

Vulnerabilidade – possibilidade de evitar uma doença utilizando os meios disponíveis na área onde se irá atuar.

Evolução – consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente;

Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências.

Conformidade legal – facilidades na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;

Aceitabilidade do projeto – prende-se com a atitude da população face a um problema;

Disponibilidade de recursos – financeiros, materiais, humanos e temporais;

Exequibilidade – tecnológica, deontológica ou económica.

Os critérios de seleção são aplicáveis a todas as prioridades. As últimas prioridades apresentadas são baseadas no feedback, experiência pessoal e necessidades identificadas pela direção da Escola Secundária de S. Lourenço.

Após a análise das principais conclusões do diagnóstico desenvolvido e após reunião com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço onde foram apresentadas de forma genérica as conclusões do diagnóstico, decidimos contribuir, através deste Projeto de estágio, para o desenvolvimento da Educação Sexual em Meio Escolar, integrada num projeto global de Educação para a Saúde.

Após o diagnóstico da situação e análise dos resultados, foi consensual definir as seguintes áreas prioritárias de atuação:

1. **Fontes de Informação:** a maior parte dos jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade e a internet é também um recurso muito utilizado. Cabe-nos sensibilizar os jovens para a importância de recorrer aos pais, profissionais de saúde e professores de forma a obterem informação mais fidedigna.

2. **SIDA:** do nosso estudo, 15% dos inquiridos refere que não estão preocupados com a problemática SIDA. Como profissionais de saúde, é da nossa competência alertar e informar os jovens para as consequências de terem comportamentos de risco na área da sexualidade.

3. **Métodos contraceptivos:** em relação à questão de qual o método contraceptivo que os inquiridos escolhem na sua vida sexual, a maioria refere não utilizar nenhum, o que nos remete para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz as matérias relativas à contraceção.

4. **Identidade e sexualidade:** prioridade em concordância com a direção da Escola Secundária de S. Lourenço, tendo em consideração a importância dos afetos, sentimentos, gostos e decisões.

Neste sentido, procurámos organizar os problemas e necessidades identificados no diagnóstico de saúde em duas grandes áreas temáticas, com vista à definição de prioridades que possibilite a nossa intervenção. Para tal, foi também considerada a opinião da Escola Secundária de São Lourenço, no sentido de evitarmos temas muito específicos e técnicos, e que já têm vindo a ser bastante trabalhados, nomeadamente Infeções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos.

Uma vez que as linhas orientadoras da educação sexual em contexto escolar estabelecem temas próprios para serem abordados em cada idade, e em função das necessidades sinalizadas, foi feita uma abordagem de temas diferentes para os diferentes anos de escolaridade e, neste sentido, as áreas temáticas são as seguintes:

Ano de Escolaridade	Área Temática	Temas a Abordar
8º ano	Identidade e Sexualidade	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima• Género• Sentimentos, gostos e decisões
11º ano	Expressões da Sexualidade	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Orientação sexual• Comportamentos sexuais• Relações com pares, com a família, com os outros

2.4 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 77), “Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.”

Esta etapa reveste-se de particular importância pois é necessário perceber o que é necessário alcançar.

Para o projeto de intervenção foi delineado como objetivo geral:

-Promover a saúde sexual dos adolescentes da Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Como objetivos específicos pretendo:

1. Contribuir para que os adolescentes sejam capazes de estabelecer uma comunicação afectiva/ efetiva com os pais e professores relativamente à temática da sexualidade;
2. Contribuir para que os jovens fiquem informados sobre os comportamentos sexuais de risco e doenças sexualmente transmissíveis;
3. Sensibilizar os jovens para o respeito e tolerância pelas identidades sexuais;
4. sensibilizar os jovens para os riscos e consequências da gravidez na adolescência;

5. Capacitar os jovens para a auto-determinação nas tomadas de decisão relativamente à sexualidade;
6. Definir afetos, sentimentos, gostos, decisões e afetividade na adolescência;
7. Contribuir para que os jovens compreendam o significado de adolescência e sexualidade;
8. Ajudar os adolescentes a compreenderem a mudanças físicas, psicológicas e sociais durante a puberdade/ adolescência;

Para medir estes objectivos serão definidos os seguintes **indicadores de actividade**:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com a Equipa Coordenadora do Mestrado em Enfermagem;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Diretora da Escola Secundária de São Lourenço, e com os diretores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por cada turma dos oitavos e décimos-primeiros anos.

Como **indicadores de resultado da actividade** foram definidos:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de atividades;
- 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

2.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

“A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.” (Imperatori & Giraldes, 1993:87).

Quando se definem estratégias pretende-se apresentar novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e perceber a tendência da evolução natural dos problemas de saúde.

“Pode definir-se estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 87).

Nesta área da educação sexual em contexto escolar, e porque falamos de um processo de ensino-aprendizagem, é bastante importante ter por base um modelo teórico que suporte e ajude a definir as melhores estratégias a utilizar de forma a maximizar resultados.

Das teorias de aprendizagem existentes, penso que a que mais se pode adaptar, é a teoria da aprendizagem cognitiva-social de Bandura.

Cruz (1997) citado por Vasconcelos et al (2003:13) refere que “A teoria sócio-cognitiva de Bandura (1977) preocupa-se com a aprendizagem que tem lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o sujeito aprende resulta da imitação, modelagem ou aprendizagem observacional.”

Tendo em conta que os adolescentes aprendem segundo o que observam, todo o processo de educação sexual deverá estar intimamente relacionado com a exploração das vivências incentivando os adolescentes a falarem dos seus sentimentos.

De uma forma mais concreta, em termos de estratégia, a mais aceite centra-se em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Neste tipo de estratégia, “o dinamizador educativo deve promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo” (Ferreira *et al*, 2004:136).

As atividades podem decorrer em grupos pequenos ou grandes, usando-se com bom senso e convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas como brainstorming, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal. Este tipo de técnicas implica experiência, havendo a necessidade de aprendizagem e treino específico para a sua aplicação uma vez que são meios elucidativos e poderosos, utilizados em contextos terapêuticos, de modo a maximizar os objetivos pretendidos (Ferreira *et al*, 2004).

Para Frade *et al* (1992), as pequenas exposições sobre uma ou outra questão não são de excluir, mas as longas dissertações para um grande público não são o melhor caminho pedagógico a seguir em educação sexual.

Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um ambiente de confiança e de respeito, que perpassa na relação educador/ educando, indispensável ao sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno, de modo a impedir constrangimentos causado por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos participantes se sintam seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade (Ferreira *et al*, 2004).

Com base nas características atrás descritas nas sessões de educação, deve-se partir de conhecimentos individuais e de grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor, a criatividade e o jogo

ou trabalhar em pequenos grupos, são as metodologias mais eficazes nesta área (Frade *et al*,1992).

Mais uma vez a teoria de Bandura está patente neste tipo de atividades.

Será utilizada uma metodologia expositiva para servir de linha orientadora, mas estimulando os jovens a falar sobre o tema e sobre as suas vivências, reforçando a ideia de que não há “certos” nem “errados” quando falamos de sentimentos.

2.6 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Segundo Imperatori e Giraldes 1993:129), um programa é “o conjunto de actividades 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.”

Por outro lado, os mesmos autores definem um projeto como uma actividade que se desenvolve durante um período de tempo bem delimitado e que permite obter determinados resultados. Um projeto é sempre uma parte de um programa contribuindo para a prossecução do mesmo.

Este projeto pretende dar resposta às necessidades de educação sexual segundo as necessidades percebidas com base no diagnóstico da situação.

De forma a operacionalizar todo o projeto numa linha de tempo bem definida, foi estabelecido um cronograma de actividades nas diferentes fases do planeamento ao longo de todo o tempo de estágio. (Ver apêndice I)

2.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Nesta fase deverá ficar definido de uma forma concreta quais os temas e quem os irá abordar.

“A especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das actividades do projeto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto” (Imperatori e Giraldes, 1993:149)

As ações a desenvolver na preparação do projeto de intervenção e na sua implementação consistem em:

- 1 – Reuniões preparatórias;
- 2 – Organização de uma sessão de formação direcionada para os 8^{os} anos e respetivo plano de aula; (ver apêndice II)
- 3 – Organização de uma sessão de formação direcionada para os 11^{os} anos e respetivo plano de aula; (ver apêndice III)
- 4 – Avaliação das ações de formação desenvolvidas;
- 5 – Elaboração de um Relatório de Atividades;

Este projeto será implementado na Escola Secundária de São Lourenço de 13 a 17 de Janeiro de 2014, inserido em tempos letivos de diversas disciplinas, mas sendo contabilizadas como horas de educação sexual, estando em preparação as datas em que serão realizadas.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 131), “Logo que se tenham definido os objectivos (...), haverá que calcular os recursos necessários (...).”

Após a definição de estratégias os recursos humanos, físicos e materiais, necessários são:

- Uma sala;
- Um computador portátil e um projetor multimédia;
- os formadores
- os formandos

Todos estes recursos são gratuitos e acessíveis, bastando apenas uma boa coordenação de salas e de tempos lectivos de forma a operacionalizar o projeto.

2.8 - AVALIAÇÃO

Para saber se estamos no caminho certo e as metodologias serão as mais corretas, é sempre necessário avaliar as ações desenvolvidas.

Ao avaliar o grupo/ turma, estamos a posicionar o nosso projeto e as ações desenvolvidas, entre a situação inicial e os objetivos a que nos propusemos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:173), “ avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.”

Após cada sessão de educação sexual, a distribuição e o preenchimento de um instrumento de recolha de dados que permita avaliar as ações desenvolvidas tem particular

importância de forma a garantir a melhoria das ações posteriores e a fundamentar o relatório de estágio que faremos posteriormente.

Segundo Frade *et al* (2009:29) em relação ao processo de avaliação: “Trata-se de, por um lado, tentar avaliar a eficácia da ação em termos das mudanças desejadas e ocorridas e, por outro, avaliar a aceitação das várias componentes da atividade: desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação em relação à informação apresentada, à forma como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (ou os grupos).”

Os mesmos autores alertam para o fato de ser difícil “medir as consequências e o impacto que as ações de Educação Sexual tiveram no desenvolvimento posterior dos rapazes e raparigas abrangidos pela ação.”

No entanto Frade *et al* (2009:30) completam que “É, no entanto, possível avaliar o grau de satisfação imediato que a atividade teve para uma turma ou grupo determinado, assim como o grau de prossecução das expectativas iniciais dos participantes.”

A avaliação das ações de formação é essencial para manter o projeto de intervenção com as suas características iniciais, ou modifica-lo de forma a otimizar recursos.

É nesse sentido que no final de cada sessão de formação, será preenchido por cada aluno (realçando o facto de ser anónimo de forma a garantir fiabilidade), um breve questionário que nos permitirá avaliar as atividades desenvolvidas. (ver apêndice IV)

CONCLUSÃO

As sucessivas Conferências internacionais sobre promoção da saúde tem trazido importantes desenvolvimentos na forma como a saúde deve ser observada.

Meireles (2008) citando a Carta de Otawa refere que “Quanto aos Serviços de saúde, estes deverão ser reorientados. Assim, para além da prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, estes deverão remodelar-se e realizar cada vez mais acções de promoção da saúde. Deverão ainda investir na investigação e na educação e formação dos seus profissionais.”

A educação sexual nas escolas preenche totalmente estas indicações. A escola é um tempo e espaço privilegiado para realizar com os adolescentes acções de promoção da saúde com vista à sua capacitação como cidadãos de uma comunidade.

No entanto com vista a uma eficácia de recursos e obtenção de ganhos em saúde, torna-se bastante importante seguir uma metodologia científica – a metodologia do planeamento em saúde.

Se numa primeira fase foi elaborado um diagnóstico da situação, este projeto de estágio visa dar resposta às restantes fases do processo de planeamento. Com a sua aprovação, este projeto será implementado na Escola Secundária de São Lourenço, de forma a atingir os objectivos propostos.

Formar jovens e adolescentes é semear no presente para colher no futuro, construindo uma sociedade capacidade para gerir a saúde como um recurso para a vida recorrendo (porque já sabe como), a estilos de vida saudáveis.

BIBLIOGRAFIA

- 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-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 1 de Dezembro de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C-CsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaSUFLoMqLY7AbullG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras Avulsas.
- Meireles, A. (2008). Alma-Ata e Ottawa: As conferências de entre as conferências... In *Portal da Saúde Pública*. Acedido a 2 de Dezembro de 2013 em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma da Intervenção

CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO							
	2013					2014	
ATIVIDADES	Junho	Julho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Diagnóstico da Situação							
Elaboração do Projeto de Intervenção							
Reuniões com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço							
Organização das Sessões							
Entrega do Projeto de Intervenção							
Sessões de Educação para a Saúde							
Elaboração do Relatório Final							

Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 8º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 8º ano: turma A, B e C)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o conceito de autoestima• Conhecer aspetos que contribuem para o desenvolvimento saudável da autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima como processo gradual de autovalorização• Características importantes para melhorar a autoestima: apreciar a si mesmo, aceitar os limites e os insucessos, prestar atenção às suas próprias necessidades, etc.	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questionári o
<ul style="list-style-type: none">• Compreender a diferença entre a identidade sexual e a identidade de género• Conhecer as dimensões que constituem a identidade sexual• Contribuir para a tomada de decisões e aceitação das decisões dos outros relativamente à identidade sexual• Combater os estereótipos que promovem a desigualdade entre os sexos	<ul style="list-style-type: none">• Distinção entre identidade sexual e de género• Dimensões que constituem a identidade sexual: identidade de género, papéis sexuais e orientação sexual• Possibilidade de conflitos decorrentes do processo de formação da identidade sexual			

<ul style="list-style-type: none">• Compreender as mudanças emocionais da puberdade• Perceber a especificidade do desejo sexual que ocorre na puberdade• Refletir sobre comportamentos relacionados com contato físico	<ul style="list-style-type: none">• As mudanças emocionais da puberdade• O desejo sexual e os estímulos com valor erótico• Os comportamentos relacionados com contato físico			
--	--	--	--	--

Apêndice III – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 11º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 11º ano: turma A, C, E, F, H, I)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a sexualidade como uma expressão fundamental da vida• Reconhecer as diferentes dimensões da sexualidade• Descrever as diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação• Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Dimensões da sexualidade• Mitos sobre a sexualidade	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questioná rio
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as várias orientações da sexualidade• Respeitar a orientação sexual de cada individuo• Compreender que a orientação sexual é uma questão íntima de cada individuo e não pode originar discriminação deste	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de orientação sexual• Diferenças entre identidade sexual (de género) e orientação sexual• Tipos de orientação sexual• Mitos sobre a orientação sexual			
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os diferentes comportamentos associados à sexualidade: caricias, beijos, masturbação, etc.• Reconhecer o direito de dizer sim ou dizer não em relação às práticas sexuais	<ul style="list-style-type: none">• Manifestações dos comportamentos sexuais• Comportamentos sexuais na adolescência			

<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer o direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável• Aceitar que as diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos	<ul style="list-style-type: none">• Atividade sexual livre e responsável			
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer o significado e a importância da comunicação• Saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões• Compreender que na sociedade existem regras de comportamento sexual• Reconhecer a importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas	<ul style="list-style-type: none">• Importância da comunicação• Relações com pares• Relações pais e filhos			

Apêndice IV – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de
Educação para a Saúde

**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

Caro (a) Estudante,

A tua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde em que acabaste de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida correspondemos às tuas expectativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões:

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Ano de Escolaridade:** _____

1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Pouco Satisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito

Questões		Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1	Como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos formadores					
3	Competência e profissionalismo dos formadores					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado pela tua colaboração.

Apêndice V – Plano de aula – sessão de educação 8º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 8º ano: turma A, B e C)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o conceito de autoestima• Conhecer aspetos que contribuem para o desenvolvimento saudável da autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima como processo gradual de autovalorização• Características importantes para melhorar a autoestima: apreciar a si mesmo, aceitar os limites e os insucessos, prestar atenção às suas próprias necessidades, etc.	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questionári o

<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a diferença entre a identidade sexual e a identidade de género • Conhecer as dimensões que constituem a identidade sexual • Contribuir para a tomada de decisões e aceitação das decisões dos outros relativamente à identidade sexual • Combater os estereótipos que promovem a desigualdade entre os sexos 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinção entre identidade sexual e de género • Dimensões que constituem a identidade sexual: identidade de género, papéis sexuais e orientação sexual • Possibilidade de conflitos decorrentes do processo de formação da identidade sexual 			
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as mudanças emocionais da puberdade • Perceber a especificidade do desejo sexual que ocorre na puberdade • Refletir sobre comportamentos relacionados com contato físico 	<ul style="list-style-type: none"> • As mudanças emocionais da puberdade • O desejo sexual e os estímulos com valor erótico • Os comportamentos relacionados com contato físico 			

Apêndice VI – Plano de aula – sessão de educação 11º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 11º ano: turma A, C, E, F, H, I)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a sexualidade como uma expressão fundamental da vida• Reconhecer as diferentes dimensões da sexualidade• Descrever as diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação• Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Dimensões da sexualidade• Mitos sobre a sexualidade	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questioná rio
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as várias orientações da sexualidade• Respeitar a orientação sexual de cada individuo• Compreender que a orientação sexual é uma questão íntima de cada individuo e não pode originar discriminação deste	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de orientação sexual• Diferenças entre identidade sexual (de género) e orientação sexual• Tipos de orientação sexual• Mitos sobre a orientação sexual			
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os diferentes comportamentos associados à sexualidade: caricias, beijos, masturbação, etc.• Reconhecer o direito de dizer sim ou dizer não em relação às práticas sexuais	<ul style="list-style-type: none">• Manifestações dos comportamentos sexuais• Comportamentos sexuais na adolescência			

<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável • Aceitar que as diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade sexual livre e responsável 			
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o significado e a importância da comunicação • Saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões • Compreender que na sociedade existem regras de comportamento sexual • Reconhecer a importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da comunicação • Relações com pares • Relações pais e filhos 			

Apêndice VII – Apresentação PowerPoint para 8º ano

Apresentação PowerPoint para 11º ano

Apresentação PowerPoint para 8º ano

Apresentação PowerPoint para 11º ano

(Nota – Ver apresentações em ficheiros anexos ao Relatório de Estágio)

Apêndice VIII – **Aquisição de novas competências**

AQUISIÇÃO DE NOVAS COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

1.1 – Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

- Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.
- Integra variáveis sócio -económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.
- Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.
- Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.
- Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.
- Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.
- Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.
- Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.
- Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.
- Define o perfil de saúde da comunidade.

1.2 – Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade

- Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.
- Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.
- Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.

1.3 – Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

- Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.
- Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.
- Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais.
- Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.

1.4 – Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

- Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.
- Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos.
- Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção.
- Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.
- Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.
- Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.
- Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.

1.5 – Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

- Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.
- Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada

de decisão política.

- Procede à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida.
- Actualiza o perfil de saúde e utiliza -o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descritivo

2.1 – Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.

- Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.
- Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas.
- Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.
- Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.
- Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.
- Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.

2.2 – Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

- Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.
- Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da

prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.

- Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.

2.3 – Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

- Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde.
- Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades.
- Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.
- Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.
- Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária.
- Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.
- Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.
- Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.
- Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.
- Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.

3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

3.1 – Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

- Participa e compromete -se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde.
- Cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde.
- Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde.

- Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária.
- Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde.
- Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.
- Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde.
- Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde.
- Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes factores implicados na execução dos Programas de Saúde.

4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Descritivo

4.1 – Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde –doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

- Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica.
- Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica.
- Monitoriza os fenómenos de saúde -doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.
- Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica.
- Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas.
- Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas.
- Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.
- Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental.
- Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.