

*“A juventude não é um capítulo isolado da vida, nem o prefácio de um livro,
independente do que vem a seguir.
É a promessa de tudo o resto, é a semente da qual tudo cresce, o fundamento
sobre o qual deve erguer-se o edifício da vida.”*

Tiago Alberione

Agradecimentos

Este trabalho representa um incessante esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, tendo sido possível porque a pluralidade de outros esforços se conjugaram.

A todas as pessoas e instituições envolvidas em geral e a cada uma delas em particular, dirijo os mais sinceros agradecimentos pela conclusão deste trabalho.

Aos professores, Dr.^a. Maria Filomena Martins e Dr. Mário Martins, orientadores deste e de outros projetos por mim realizados ao longo do mestrado, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes etapas. Foram imprescindíveis as observações, sugestões e orientações que incentivaram o traçar de mais uma etapa da minha vida.

Pelas suas opiniões e providencial ajuda, disponibilidade e apoio científico, um sincero reconhecimento pelo estímulo e encorajamento, especialmente nos momentos de desalento e dúvida; a sugestão e a crítica pertinente permitiram vislumbrar novos e diferentes horizontes.

À direção da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, agradeço a disponibilidade e amabilidade com que nos receberam e permitiram a realização do diagnóstico de saúde, a aplicação dos questionários e a realização das sessões de educação para a saúde, junto dos alunos.

Ao Centro de Saúde de Avis que se disponibilizou para a impressão dos panfletos distribuídos aos alunos e pelos métodos contraceptivos que gentilmente forneceu para serem apresentados aos alunos, durante as sessões.

Um especial obrigado aos jovens que participaram neste projeto, pela sua disponibilidade no preenchimento dos questionários e na receptividade demonstrada durante as sessões realizadas.

A todos os colegas do mestrado pelo companheirismo e investimento conjunto presentes ao longo de todo o mestrado e desta etapa, em particular. Ao Leandro, colega e amigo, com quem tive a satisfação de elaborar e apresentar as sessões de informação, pelo imenso afeto, estímulos constantes e cuja cooperação foi preciosa.

À minha família, pelo imenso apoio e inestimável orgulho.

Um bem-haja a todos os que acreditaram em mim e que à sua maneira foram dando o seu contributo.

Resumo

A temática central deste relatório de estágio é a sexualidade na adolescência, área de grande interesse em Saúde Comunitária e contemplada no Plano Nacional de Saúde sendo, também, competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, o desenvolvimento de projetos em promoção da saúde. O principal objetivo deste relatório consiste em finalizar o ciclo formativo do II Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas em estágio.

No âmbito do Planeamento em Saúde foi efetuado um Diagnóstico de Situação que permitiu identificar as necessidades dos adolescentes numa escola da cidade de Portalegre, que serviram de base à realização de um estágio.

Definiu-se o objetivo de contribuir para a implementação de atividades no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar, intervindo sobre as áreas identificadas: Sexualidade e afetos; métodos contraceptivos; prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e mitos.

Identificadas as áreas prioritárias, foram selecionadas estratégias e planeadas e efetuadas sessões de educação para a saúde, em duas escolas da cidade. Estas foram realizadas em turmas, através de metodologia expositiva/interativa e distribuição de panfletos interativos.

As intervenções foram avaliadas através de um questionário final, cuja análise permitiu constatar a efetividade das mesmas.

Concluimos que a maioria dos adolescentes reconhece a importância de sessões de informação acerca da sexualidade, considerando-se mais informados nesta área, após as atividades desenvolvidas.

O estágio contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional da autora, enquanto prestadora de cuidados e como futura Enfermeira Comunitária.

Palavras-chave: Sexualidade, Adolescência, Planeamento em Saúde e Educação Sexual.

Abstract

The main theme of this internship's report is Sexuality in Adolescence, an area of great interest in community health and contemplated in the National Health Plan. It is also responsibility of the Community Health Nurse the development of projects in health promotion. The main purpose of this report is to finalize the Master of Specialization in Community Health Nursing, describing and analyzing the activities developed on the internship.

Using the process of Health Planning was made a diagnosis of situation which identified the needs of adolescents in a school in the city of Portalegre, which would be the basis of the internship.

The purpose of the internship was to contribute to the implementation of activities contemplated on the National School Health Plan, intervening on the identified areas: Sexuality and affections; contraceptive methods, prevention of sexually transmitted infections and myths about sexuality.

After identifying priority areas, strategies were selected. Sessions of health education were planned and performed, in two schools in the city. These were developed in classrooms, through exhibition / interactive methods and interactive distribution of pamphlets.

These activities were evaluated through a final questionnaire, whose analysis revealed the effectiveness of the same.

In conclusion, the majority of teenagers recognize the importance of informative sessions about sexuality, considering them more knowledgeable in this area, after the activities.

The training has contributed for the personal development of the author, while caregiver and nursing professional and as a future Community Health Nurse.

Key words: Sexuality, Adolescence, Health Planning, Sexual Education.

Siglas e Abreviaturas

APF - Associação para o Planeamento da Família

CD – Compact Disc

CEF - Curso de Educação e Formação

DIU - Dispositivo Intrauterino

Dr. - Doutor

Dr.^a - Doutora

EB - Escola Básica

Ed/eds. - editor/editores

f. - folha

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infeções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

Km² - Quilómetros-quadrados

N.^o - número

OEP - Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS - Organização Mundial de Saúde

org. - organizador

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PS – Planeamento em Saúde

pp. - páginas

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

S.A.S.E. - Serviços de Ação Social e Escolar

s.d. - sem data

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UNFPA - *United Nations Population Fund*

UNICEF - *United Nations Children's FuVIH* - Vírus da Imunodeficiência Humana

Vol. - Volume

%- por cento

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	12
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
1.1.1 – Teoria/Modelo de Promoção de Saúde	16
1.2 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	18
1.3 – SEXUALIDADE HUMANA.....	24
1.4 – ADOLESCÊNCIA.....	25
1.4.1 - Transformações Sentidas na Adolescência	27
1.5 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	30
1.5.1- Gravidez na Adolescência	32
1.5.2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis	35
1.5.3 - Adolescência e Contraceção	36
1.5.4 - Orientação Sexual	38
1.5.5 - Mitos sobre sexualidade	39
1.5.6 - Violência Sexual	40
1.5.7 - Interrupção Voluntária da Gravidez	40
1.6 – A SEXUALIDADE DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004-2010).....	42
1.7 – EDUCAÇÃO SEXUAL.....	43
1.7.1 - Fontes de Informação	47
1.8 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	51
2- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	53
2.1 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	53
2.2 – DESCRIÇÃO DAS ETAPAS ANTERIORES.....	55
2.3 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO.....	60
2.3.1 - Indicadores de Atividade e de Resultado da Atividade	61
2.4 – SELECÇÃO DE ESTRATEGIAS E ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	63
2.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO.....	64
2.6 – AVALIAÇÃO.....	66
2.6.1 - Análise dos Resultados Obtidos em Ambas as Escolas	66

2.6.1.1 - Resultado dos Indicadores de Atividade.....	68
2.6.1.2 - Resultado dos Indicadores de Resultado da Atividade.....	69
2.6.2 - Análise dos Resultados Obtidos nas Turmas Alvo da Intervenção.....	69
2.6.2.1- Resultado dos Indicadores de Atividade.....	71
2.6.2.2- Resultado dos Indicadores de Resultado de Atividade.....	72
3 – REFLEXÃO CRÍTICA.....	74
4 – CONCLUSÃO.....	79
5 – BIBLIOGRAFIA.....	81

APÊNDICES em CD (Compact Disc)

Apêndice I – **Diagnóstico de Situação**

Apêndice II – **Projeto de Intervenção**

Apêndice III – **Plano de Sessão**

Apêndice IV – **Cronograma de Atividades**

Apêndice V – **Apresentação das Sessões em Multimédia**

Apêndice VI – **Folheto Informativo**

Apêndice VII – **Questionário de Avaliação Final**

Apêndice VIII – **Apresentação dos dados Estatísticos**

Apêndice IX – **Relatório de Estágio em Suporte Digital**

Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Distribuição dos Inquiridos em Função da Idade.....	56
---	-----------

Índice de Quadros

Quadro nº 1 - Distribuição dos inquiridos em função do sexo	56
Quadro nº 2 - Indicadores de Atividade Estabelecidos	62
Quadro nº 3 - Indicadores de Resultado de Atividade Estabelecidos	63
Quadro nº 4 - Indicadores de Atividade de Ambas as Escolas	68
Quadro nº 5 - Indicadores de Resultado de Atividade de Ambas as Escolas	69
Quadro nº 6 - Indicadores de Atividade das Turmas onde se interveio	72
Quadro nº 7 - Indicadores de Resultado de Atividade das Turmas onde se interveio	73

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do II Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, sob orientação dos docentes, a Professora (Prof.^a) Doutora (Dra.) Maria Filomena Martins e o Professor (Prof.) Doutor (Dr.) Mário Martins, surge este relatório que permite descrever e analisar as atividades desenvolvidas em estágio durante o terceiro semestre, no âmbito da metodologia do Planeamento em Saúde (PS).

A temática central do estágio é a Sexualidade na Adolescência, área de grande interesse no âmbito da Saúde Comunitária e que está contemplada no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano que se encontrava ainda vigente à data de realização do estágio.

O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e depende de cada um, das suas características genéticas, interações ambientais, condições socioculturais e outras, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e no idoso. A adolescência pode ser considerada como a fase das dúvidas, das descobertas e é também a altura que os futuros adultos se deparam com os maiores problemas relativamente à descoberta da sua sexualidade. Apesar de ser considerado como um grupo maioritariamente saudável, são alvo de uma preocupação crescente a nível mundial, que resulta da vulnerabilidade que lhe é associada. Esta vulnerabilidade está relacionada com as características peculiares da adolescência, reconhecida como um período de grandes mudanças biológicas, psicológicas, afetivas, sociais e familiares. A mudança pressupõe um período de crise e de maior vulnerabilidade em que o adolescente está sujeito a maiores riscos, nomeadamente ao nível da integração social, da saúde física e mental.

As escolas, em parceria com o Ministério de Saúde, devem adotar estratégias de modo a promover a saúde e prevenir a doença através de ações que devem ocorrer durante o ano letivo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que até 2015 cerca de 95 por cento (%) dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

As escolas "(...) devem permitir (...) criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do Centro de Saúde e dos outros sectores da comunidade no desenvolvimento

dos princípios das escolas promotoras de saúde” [Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), 2004-2010:16].

O tema assume grande relevância social e científica. A sua escolha, bem como a eleição geográfica para o desenvolvimento das atividades baseadas na metodologia do PS foram opção dos mestrandos, com base na referência prévia dos professores da Escola Superior de Saúde, no sentido de dar continuidade ao trabalho iniciado por estes em anos anteriores. Por outro lado, o interesse e a curiosidade dos mestrandos relativamente a esta temática foram decisivos para as escolhas.

O estágio decorreu em duas escolas secundárias da cidade de Portalegre, a Escola Básica (E.B.) 2,3 Cristóvão Falcão e a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, sendo que a primeira demonstrou interesse relativamente a esta temática, preocupação manifestada através de um pedido feito à Escola Superior de Saúde de Portalegre para colaborar em atividades no âmbito do PNSE. A Escola Secundária Mouzinho da Silveira mostrou interesse em que se desse continuidade às intervenções levadas a cabo pelos alunos do I Mestrado.

Ao longo do segundo semestre foi feito um diagnóstico de saúde na Escola Cristóvão Falcão, que serviu de base à realização do estágio.

As atividades desenvolvidas basearam-se na Metodologia do Planeamento em Saúde e de acordo com os objetivos do estágio.

Pretende-se, com este relatório, finalizar o ciclo formativo na área da Saúde Comunitária, que permitirá aos mestrandos adquirir o grau académico de Mestre de Ciências de Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Compreender a Metodologia do Planeamento em Saúde;
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Contribuir nas atividades desenvolvidas pelas escolas no âmbito do PNSE;
- Refletir criticamente sobre o trabalho desenvolvido e seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro.

Ao longo de todo o percurso foram utilizadas diversas fontes de informação, como os livros disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Portalegre, bases de dados online indexadas, como a *SciELO* e a *Redalyc* e artigos científicos, uma vez que constituíram os recursos mais acessíveis aos mestrandos. As teses de doutoramento da Dr.^a Maria Filomena Martins e do Dr. Mário Martins, docentes da referida escola, foram a base para a estruturação e desenvolvimento de todo o processo. Os autores de referência relativamente à metodologia do Planeamento em Saúde foram Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes (1999).

Este relatório está estruturado e será apresentado da seguinte forma:

- Enquadramento teórico geral, no qual serão apresentados conceitos relativamente à temática em estudo e à metodologia utilizada;

- Descrição das atividades desenvolvidas em estágio, e prévias a este, nomeadamente o diagnóstico de situação, identificação de problemas e definição de prioridades, a fixação de objetivos, a elaboração do projeto de intervenção, a execução das intervenções e a avaliação. Ao longo desta descrição serão expostos os objetivos traçados para cada uma delas e as dificuldades sentidas durante o processo;

- Reflexão crítica e conclusão;

- Apresentação da bibliografia consultada;

- Apêndices em CD.

A composição deste relatório obedece às Normas para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e foi escrito segundo o novo acordo ortográfico.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de Promoção da Saúde tem sido sublinhado ao longo de importantes conferências sobre Promoção da Saúde. Nestas conferências foram destacados como aspetos-chave no sucesso da Promoção da Saúde: a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades no domínio social, psicológico e político, bem como a criação de condições que permitam aos indivíduos ter um maior controlo sobre as suas próprias vidas (Noronha, Cardoso, Moraes & Centa, 2009).

A Promoção da Saúde consiste num conjunto de intervenções que visa a eliminação das causas mais básicas da doença, evitando que esta se manifeste. Implica alterações ao ambiente físico, social, político, económico e cultural, na busca de melhores condições de saúde e alteração dos estilos de vida (Noronha et al, 2009). Envolve também uma mudança social significativa, em direção a uma sociedade independente do princípio da produção para o mercado e para o lucro em que a saúde se tem vindo a tornar, através de recentes modelos de gestão (Noronha et al, 2009).

A Promoção da Saúde não é da responsabilidade exclusiva do sector da saúde mas de todas as organizações da sociedade, de modo a estimular o indivíduo, grupos ou comunidades a adotarem estratégias para atingir o seu pleno bem-estar.

Assim, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP), através das competências do enfermeiro de cuidados gerais, preconiza que estes ajudem os indivíduos, a família e a comunidade a atingir níveis ótimos de saúde, através da educação para a saúde. Segundo Carvalho & Carvalho (2006) a educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, que produz mudanças no conhecimento e comportamento. Pode influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Segundo os autores, a educação para a saúde empodera os indivíduos, permitindo-lhes decidir de forma consciente e informada o seu projeto de saúde.

No contexto de Promoção da Saúde os enfermeiros devem ser capazes de saber identificar as necessidades dos indivíduos/comunidade, ajudando-os a encontrar soluções e

a tomar decisões. Para isso, o enfermeiro recorre ao PS, devendo fazer uso das suas habilidades inter-relacionais e comunicacionais, procurando estabelecer uma relação terapêutica.

1.1.1 - Teoria/Modelo de Promoção de Saúde

Uma teoria pretende compreender a natureza dos comportamentos, procurando identificar os procedimentos para posteriormente os alterar e caracterizar os efeitos das influências externas nesses eventos. Pode ser vista como um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que pretendem observar fatos e/ou eventos, onde são especificadas as relações entre as variáveis, visando a explicação e a previsão destes.

Por sua vez, os modelos baseiam-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um fato. As teorias pretendem predizer e explicar comportamentos, abstraindo-se da realidade e os modelos sugerem a forma como se devem alterar os comportamentos.

A “(...) capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões (...) é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática de enfermeiros comunitários (...) o processo de aprendizagem (...) uma mudança mensurável de comportamento, que persiste ao longo do tempo”. Para tal, é necessário recorrer à educação para a saúde, pois é uma “(...) base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Stanhope & Lancaster, 1999:266).

Das teorias pedagógicas que ajudam a compreender o que os indivíduos aprendem, considerou-se pertinente para a elaboração do projeto de intervenção, a Teoria da Aprendizagem Social, cujo foco de ação é mudar as expectativas e as crenças através do método de fornecimento de informação.

A Teoria da Aprendizagem Social parte do princípio que as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo e que os processos cognitivos não diretamente observáveis, como expectativas, pensamentos e crenças, influenciam o comportamento. Albert Bandura foi um dos seguidores das Teorias da Aprendizagem Social, desenvolvendo a Teoria Cognitivo-social.

Os princípios básicos desta teoria assentam na interação recíproca entre os fatores internos (intrínsecos ao indivíduo), fatores externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo, que se influenciam mutuamente. Outro princípio básico desta teoria é a distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Na aprendizagem por observação existem quatro elementos:

- Atenção: existe uma seleção naquilo a que se presta atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa seleção é feita em função das características do observador e da atividade em si;
- Retenção: a informação observada é codificada, traduzida e armazenada no cérebro, com uma organização em padrões com forma de imagens e construções verbais;
- Reprodução: consiste em traduzir as conceções simbólicas do comportamento armazenado na memória das ações correspondentes;
- Motivação e interesses: para que um comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado, o que pode ser alcançado através de incentivos.

Para Bandura as consequências condicionam o comportamento do indivíduo. As ações que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram consequências negativas tendem a desaparecer. As consequências informam o indivíduo relativamente à correção ou à conveniência da sua ação, gerando modelos que transmitem informação aos observadores acerca da efetividade das ações. Geram também motivação para realizar as ações que geram consequências positivas noutros indivíduos. No entanto, a observação de modelos não garante a aprendizagem dos comportamentos, pois nesta estão também envolvidas as características do observador e do modelo.

Relativamente ao ensino existem quatro aplicações a considerar na aprendizagem por observação:

- Ensino de novos comportamentos: quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir devem ser utilizadas mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo, deliberadamente;
- Desenvolvimento de emoções: através da aprendizagem por observação o indivíduo pode desenvolver reações emocionais a situações nunca experimentadas;
- Facilitar o comportamento: pode-se aprender comportamentos não pela motivação mas pela necessidade no contexto de determinadas situações sociais, através da observação de outros;
- Troca de inibições: quando se vê um modelo obter consequências negativas com um comportamento, tornando indesejável a sua imitação.

Como referem Stanhope & Lancaster (1999:268) “ (...) os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado ou, ainda, ambos” citando Padille e Bulcavage, (1991), Blair (1993) e Dembo (1994). Assim, os profissionais de saúde devem assumir uma responsabilidade social,

promovendo o conhecimento dos indivíduos acerca do risco, procurando compreender os comportamentos.

Nesta teoria, existe:

- Determinismo recíproco: ao incentivar-se o indivíduo a alterar o seu contexto está a alterar-se o meio envolvente;
- Capacidade comportamental: com a aquisição de conhecimento promove-se a capacitação dos indivíduos para mudarem os seus comportamentos;
- Expetativas: informar sobre os eventuais efeitos da ação, estabelecer objetivos credíveis e curtos;
- Auto-eficácia: confiança na aptidão de efetuar e dar continuidade à ação através do fornecimento de informação com o objetivo de induzir comportamentos;
- Aprendizagem observacional: aprender comportamentos saudáveis através do encorajamento.

Um projeto de intervenção deve basear-se num modelo de educação para a saúde pois, segundo Stanhope & Lancaster (1999:269) "(...) organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos (...), fornecem descrições significativas na orientação do pensamento, observação e prática dos educadores" citando Edwards (1990) e Driscoll (1994).

O modelo que serviu de base às intervenções foi o Modelo da Promoção da Saúde, que explica a probabilidade que os modelos de estilo de vida saudável e comportamentos de promoção da saúde têm de ocorrer. Este modelo é útil no sentido em que permite aos enfermeiros criar uma estrutura de avaliação dos utentes. Além disso, pressupõe que os indivíduos possam também alterar o seu comportamento para se sentirem melhor física, psicológica, social e espiritualmente.

1.2 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O PS é uma atitude face à realidade social e económica, sendo que esta realidade não é imutável ou determinada por fatores incontroláveis. É um processo de investigação sobre a realidade e as suas múltiplas vertentes, como a saúde (Manuela Silva In prefácio da Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes, 1982).

Para Tavares (1990), o PS permite ultrapassar uma das principais preocupações do economista da saúde: a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, permitindo criar estratégias de intervenção que favoreçam todo o tipo de população.

Quando se aborda PS, define-se "planear", como:

“(…)um processo 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 tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990:29).

O autor identifica algumas características do PS: é sempre voltado para o futuro; é um processo permanente, contínuo e dinâmico; racional na tomada de decisões; visa selecionar um percurso de ação; implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados; é sistémico, multidisciplinar e iterativo; é uma técnica de alocação de recursos; é um processo cíclico, além de ser uma técnica de mudança e inovação (Tavares,1990). O PS preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Existem diferentes tipos de PS, cujo interesse é fornecer ao planificador as bases teóricas que lhe permitam compreender o sistema social e institucional em que está inserido podendo, assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades que se lhe deparam (Tavares, 1990). O PNS é considerado um planeamento normativo, pois “(…) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, a (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local” (Tavares, 1990:31).

Para a elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita selecionar intervenções adequadas a uma determinada necessidade, numa determinada área.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) as principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação.

O **Diagnóstico da Situação** é o primeiro passo no processo de PS onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 43) “(…) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação”. Importa distinguir diagnóstico de situação de necessidades de saúde. O diagnóstico envolve uma noção de causalidade e evolução prognóstica, que não aparece necessariamente no conceito de necessidade. Embora as necessidades sejam parte fundamental do diagnóstico, não constituem a sua totalidade (Imperatori & Giraldes, 1993). É, portanto, necessário relacionar e compatibilizar as necessidades de saúde com a procura e a oferta dos serviços disponibilizados na área em estudo, pois este é um dos problemas mais básicos do PS. Assim, é importante caracterizar não só a população em estudo e suas necessidades em saúde, mas também os serviços disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo os autores, a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determina a pertinência do plano, do programa ou do projeto, esteja este vocacionado para a otimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados.

Segundo os mesmos autores, "(...) o diagnóstico de situação de saúde funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) o diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades" (1993: 44).

Tendo em conta as limitações que um diagnóstico de situação pode envolver, os autores recomendam que este não se deve ultrapassar os quatro a seis meses, dependendo da complexidade da situação, da área de implementação e dos recursos disponíveis.

Na perspetiva de Imperatori & Giraldes (1993), a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito e a área de programação. Constitui a primeira etapa do PS e relaciona-se diretamente com a seguinte, que é a escolha de prioridades e com a final, a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 63), "A definição, escolha ou **Seleção de Prioridades** é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde." Os problemas identificados na fase anterior serão hierarquizados utilizando critérios definidos. Definir prioridades significa selecionar os problemas mais importantes, numa dada altura.

Segundo 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." Trata-se de analisar o tempo que estamos a prever para a nossa intervenção, o local onde se vai atuar e os recursos disponíveis nesse local. "Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades." (Imperatori & Giraldes, 1993: 65).

Os três critérios clássicos, segundo os autores, são a magnitude (importância ou tamanho, dimensão), a transcendência (importância segundo os diferentes grupos etários) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção, ao conhecimento da relação entre o problemas e os fatores de risco). Outros possíveis critérios apontados pelos autores são: a evolução (possibilidade do problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente); irreversibilidade do dano (maior prioridade seria dada a situações que provocassem danos irreversíveis); conformidade legal (o problema torna-se prioritário se já existe legislação favorável à sua resolução); atitude da população (recetividade, satisfação, comprometimento ou grau de controle da população sobre um problema) e fatores económicos (os problemas que impliquem maior despesa, efeitos negativos na produtividade ou aumento de emprego são prioritários).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 77), “realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à **Fixação dos Objetivos** a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.” Como refere Tavares (1990:113) “(...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos”.

Imperatori & Giraldes (1993) mencionam que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem quatro aspetos a considerar quando se definem objetivos:

- “- A selecção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A definição dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (1993: 77) ”.

Esta etapa é importante pois, só através de uma correta e quantificada fixação de objetivos, se pode proceder a uma avaliação dos resultados obtidos.

Na perspetiva destes autores, o objetivo de um problema de saúde consiste no enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, cuja evolução natural é traduzida em termos de indicadores de resultado ou de impacto. 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 (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os autores defendem que a fixação dos objetivos tem em consideração a política subjacente aos planos nacionais de saúde, levando a fixar objetivos que podem ser mais ou menos específicos, consoante a importância atribuída aos problemas.

Imperatori e Giraldes (1993) acrescentam que convém ter presentes as dificuldades e limitações que se levantam na fixação de objetivos, uma vez que existem fatores que influenciam os indicadores e que intervêm simultaneamente com a atuação específica dos serviços de saúde. Assim, os indicadores de resultado constituem um quadro de referência que permite aferir até que ponto se atingiu, ou não, uma variação nos valores dos indicadores considerada desejável.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), um indicador é a relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.

Distinguem-se dois tipos de indicadores: indicadores de resultado ou de impacto e indicadores de atividade ou execução. Segundo os autores supra citados, “(...) um indicador de resultado ou impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou

dimensão actual desse problema.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77). Por sua vez, “(...) um indicador de actividade ou de execução pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori e Giraldes, 1993: 78).

A etapa de **Seleção de Estratégias** “(...) é uma das etapas 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). Na seleção de estratégias pretende-se apresentar novas formas de atuar que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde. Esta etapa requer um estudo mais detalhado, por ser necessário proceder à revisão dos objetivos fixados ou por se evidenciar a falta de recursos humanos, financeiros, materiais e temporais.

Estratégia de saúde define-se “(...) 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). Consideram-se as seguintes fases na elaboração de estratégias de saúde:

- Estabelecer critérios de conceção de 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 objetivos (se necessário).

A fase seguinte consiste na **Elaboração de Programas e Projetos**. Para Imperatori & Giraldes (1993), um programa consiste num conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia que requer utilização de recursos humanos, financeiros e materiais. Podem ser formulados segundo diversos critérios e vários níveis.

Segundo os mesmos autores, um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um determinado resultado e contribui para a execução de um programa. A característica fundamental que distingue um programa de um projeto é que, enquanto o programa se desenvolve de forma continua ao longo do tempo, o projeto decorre num período de tempo bem delimitado (Imperatori & Giraldes, 1993).

A **Preparação da Execução** surge sobretudo com propósitos didáticos, não aparecendo identificada em muitos esquemas de PS. Pretende mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades; evitar sobreposições e excessiva acumulação de tarefas em

determinados períodos; visualizar entraves na execução; prever recursos e facilitar a realização das atividades. Imperatori & Giraldes (1993),

Imperatori & Giraldes (1993: 173), referem que “ (...) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. A **Avaliação** visa especificar o objetivo e o objeto da avaliação. Relativamente ao objetivo, considera-se a tomada de medidas de melhoria. Do ponto de vista do objeto, considera-se a natureza do problema a avaliar. Segundo os autores, os valores de referência na fase de avaliação no PS podem ser o diagnóstico da situação inicial e os objetivos ou metas fixados.

A avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificá-la mais eficazmente. Para isto torna-se necessário determinar o valor das intervenções realizadas. Necessita da determinação cuidadosa de situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter.

Segundo os mesmos autores, uma das principais dificuldades na fase de avaliação consiste na falta ou insuficiência de informação. A “Lei de Finagle” ilustra a disponibilidade, pertinência e fiabilidade da informação no PS, nomeadamente durante as fases do diagnóstico e avaliação: os dados que desejamos não correspondem aos que nos dão; os dados que pedimos não correspondem aos que necessitamos; os dados que necessitamos são impossíveis de obter (Imperatori & Giraldes, 1993).

Se a precisão de uma avaliação está condicionada às informações existentes, deverá ser procurado o equilíbrio útil entre a precisão e as possibilidades de intervenção futura. De nada vale conseguir graus de precisão nas avaliações que na prática não serão utilizadas na melhoria das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Donabedian (1980), citado por Imperatori & Giraldes (1993: 173), classifica as avaliações da seguinte forma: de estrutura, de processo e de resultados. As avaliações de estrutura referem-se aos equipamentos e instalações, à organização e pessoal (número e tipo) e fatores geográficos condicionantes, aquando da realização das intervenções. A avaliação de processo analisa a deteção de casos, métodos utilizados no diagnóstico, coordenação e continuidade de cuidados. Por fim, a avaliação de resultados centra-se na satisfação dos utentes e consequências das ações na saúde dos mesmos.

Ao aplicar o PS, o enfermeiro está a contribuir para a Investigação e a afirmação da Enfermagem. É através da Investigação que se produz a base científica para assegurar a credibilidade e evolução das profissões. A Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, procura dar o seu contributo na Investigação. Todos os enfermeiros têm a “(...) responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática” (Fortin *et al*,1999:29), pois “o domínio de Investigação em ciências de

enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles” citando Fawcett (1984).

A Investigação pode dar um contributo muito importante quando se pretende fazer PS, permitindo dar continuidade a todo o processo e intervir junto da comunidade.

1.3 – SEXUALIDADE HUMANA

A sexualidade é algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte. Os adolescentes, os adultos e os idosos têm interesses sexuais que expressam através de diferentes comportamentos.

Segundo Vilar (2002) citado por M. Martins (2007:38), a sexualidade é “(...) una dimensión del cuerpo, de la vida, de las relaciones interpersonales y de las dinámicas sociales, potencialmente generadora de bien estar de desarrollo y autorrealización y sigue siendo, sin embargo, fuente de conflictos, y sufrimiento”.

De acordo com Sprinthall & Collins (2008) 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”. Como refere Galvão citado por Fernandes [sem data (s.d.)], a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos indivíduos.

A OMS (1975) define sexualidade 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” citado por Almeida, Marinho & Tavares (2010).

Cada indivíduo vive a sua sexualidade de forma diferente e de acordo com a educação recebida pela família, pelos amigos, pela escola, pelo local onde vive, pelos meios de comunicação.

A sexualidade deve ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, bem como do processo educativo, já que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico, mas também no psicológico e espiritual, marcando toda a sua inerente expressão (Bastos 2003).

1.4 - ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência deriva do latim: “*adolescere*” significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006 citando Muuss, 1976). A adolescência é conceptualizada entre a infância e a vida adulta, iniciando-se com as primeiras alterações físicas da maturidade sexual e termina com a realização social do indivíduo adulto e independente, consistindo num período de importantes mudanças. Segundo Aberastury (1983) citado por Neto (2004) o adolescente passa por uma fase difícil na busca duma identidade, processo longo de construção da própria personalidade. Neste sentido, M. Martins refere (2007:19-20)

“(…) es algo mucho más complejo y dinámico de lo que simplemente es una edad, o un tiempo en la vida, con fechas claras de inicio y fin. (...) La adolescencia no mira atrás, porque no le interesa, y porque poco ha que mirar atrás, mejor se colca de cara al futuro: quiero ser, seré, tendré, llegaré”.

Torna-se vantajoso comparar o passado e o presente para compreender a evolução das alterações que ocorrem nesta fase do ciclo vital do indivíduo, impostas pelas diferenças entre sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais, de sociedade para sociedade.

Durante séculos, a passagem da infância à idade adulta era quase imediata. Nas sociedades primitivas esta passagem era assinalada por um conjunto de rituais associados às transformações físicas da puberdade. Nas raparigas, como refere Cordeiro (2009:33) “(...) a transição era determinada pelo aparecimento da menstruação e assinalada por rituais predominantemente caseiros”, enquanto que nos rapazes “(...) a passagem para a idade adulta implicava uma choque tremendo e a obrigatoriedade de passar por provas demonstrativas de virilidade e de aditícia” (Cordeiro, 2009:33).

As crianças familiarizavam-se com as vivências e práticas dos adultos, sendo submetidas a rituais de iniciação e instruídas sobre os papéis de géneros. A adolescência não era um conceito nem era reconhecida como um estágio do desenvolvimento humano. Contudo, a iniciação da puberdade era o acontecimento mais relevante da educação, revestindo-se quase sempre de um sentido religioso e de um carácter de formação intelectual e moral. Como referem Ferreira & Nelas (2006:142) “(...) a iniciação representava a recepção solene dos adolescentes na comunidade dos adultos” citando Santos (1966).

A partir do Renascimento a adolescência perde progressivamente prestígio social. Nos séculos XVIII e XIX, na sociedade ocidental, a adolescência foi caracterizada como um período no qual os indivíduos formavam um grupo social autónomo, com especificidade própria. Após a Revolução Industrial começou a atribuir-se maior importância à aquisição de competências e formação individual, sendo a adolescência encarada como uma etapa

distinta do desenvolvimento. Apesar de nas famílias mais desfavorecidas se continuar a incentivar a entrada dos jovens cada vez mais cedo no mercado de trabalho, nas classes média e alta os filhos começaram a permanecer mais tempo em ambiente escolar. A adolescência começa a ser considerada como um período importante no processo de desenvolvimento do indivíduo e o controlo da família sobre os adolescentes foi-se prolongando até à altura em que se casavam.

Posteriormente, no século XX foi introduzido em alguns países ocidentais o conceito de escolaridade obrigatória, em que a grande maioria dos adolescentes continuava na dependência dos pais até muito mais tarde, seja pela continuidade dos estudos ou pela dificuldade de entrada no mercado de trabalho. Em meados da década de setenta do século XX, a OMS delimitou a adolescência, por conveniência estatística, ao período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade e definindo-se como:

“(...) período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. É um período em que ocorrem grandes modificações físicas, psicológicas e sociais que afetam o indivíduo. É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade” citada por Ferreira & Nelas (2006:145).

No século XXI a passagem da criança a adolescente é, como refere Cordeiro (2009:33-34)

“(...) marcada, (...) por significados simbólicos de «ser adulto», mas nos desempenhos que marcam a adultícia de uma forma menos boa: arriscar a vida, fumar, beber exageradamente, entre outros. Mais do que dizer: «sou adolescente», parece querer-se dizer «não sou criança», logo «sou um adulto»”.

A adolescência não é vivida da mesma forma por todos os indivíduos, ainda que pertencentes à mesma cultura. Se para uns a adolescência pode ser descrita como um verdadeiro tormento, para outros apresenta-se bastante mais fácil, mesmo na presença de alguns problemas. De fato, não é uma fase universal, tornando-se mais longa e conflituosa quanto mais complexa é a sociedade (Costa, 2008). O mesmo autor acrescenta que as relações entre adolescentes e adultos, os seus comportamentos, a sua duração e os processos para a socialização dos indivíduos, variam de sociedade para sociedade e de cultura para cultura. Neste sentido, o adolescente contemporâneo pode ser encarado como um ser de paradoxos, pois se por um lado, quer ser totalmente autónomo, por outro lado, solicita a ajuda dos pais para todos os atos banais do quotidiano, enunciando verdades absolutas e ao mesmo tempo, dúvida de si próprio, “(...) ele é extraordinariamente altruísta e, simultaneamente fantásticamente egoísta” (Ferreira & Nelas, 2006:145).

Para Ferreira & Nelas (2006:145), a adolescência é “(...) como um período de espera (moratória) concedido ao adolescente, enquanto não se encontra com aptidão para satisfazer os compromissos adultos” citando Amaral Dias e Nunes Vicente (1981).

“(...) a adolescência será sempre um «local» cada vez mais vasto (porque de início mais precoce e de conclusão mais tardia), sem que, paralelamente a um sentimento de consagração, de vitória, de obtenção de algo tão desejado – por pais e filhos -, existe alguma nostalgia pelo que ficou para trás, receios dos riscos que aumentam e de outros que surgem, de maior autonomia emocional, transformação do corpo, relações com os outros e vivências afetivas” (Cordeiro, 2009:28-29).

Em Portugal, os jovens já adquiriram o que se denomina de “*modus vivendi*” das cidades, independentemente do seu local de residência. Ao contrário do que acontecia anteriormente, onde era mais fácil identificar os jovens do meio rural e urbano. Esta situação é devida à televisão e à escolaridade (Cordeiro, 2009).

1.4.1 - Transformações Sentidas na Adolescência

Segundo Ferreira & Nelas (2006:145) citando Costa (1998), a adolescência inicia-se com as transformações fisiológicas da puberdade e é condicionada por fatores de ordem social e cultural em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional, o que permite ao indivíduo a sua integração no mundo adulto. Na perspetiva dos autores, esta termina quando o jovem adquire a maturação física e social; a experiência; a habilidade; a vontade; a independência profissional e económica e as características necessárias para assumir o papel do adulto, de acordo com os padrões culturais do meio onde vive.

É na puberdade que ocorrem transformações físicas tais como: nas raparigas, o desenvolvimento mamário (telarca), o aparecimento de pelos púbicos (pubarca) e o aparecimento da primeira menstruação (menarca). Já nos rapazes existe um aumento testicular (dos 9 aos 14 anos), aumento do tamanho do pénis e aparecimento de pelos púbicos e axilares (Cordeiro, 2009 e López & Fuertes, 1999). Sendo um processo evolutivo, termina quando a rapariga ou rapaz adquirem corpo de adulto ou seja “(...) param de crescer e já têm funções reprodutivas” (Cordeiro, 2009:50).

É durante a adolescência que existe um desenvolvimento intelectual onde se criam os conceitos e se cria a consciência social, o conhecimento da ciência e da arte (Facci, 2004).

Na adolescência inicia-se a construção dos valores sociais, levando a que os adolescentes se sintam muitas vezes revoltados porque os valores que defendem não se assemelham aos que a sociedade sustenta (Sousa, 2006). Sendo que os adolescentes ao sentirem a

“(…) obrigação de deixar o mundo fechado e protegido da infância para se inserir numa sociedade que descobrem, os adolescentes vão reagir e comportar-se em função do seu temperamento, da sua história pessoal, do seu meio familiar, da sociedade e da atitude desta a seu respeito” (Reymond-Rivier, 1983 citado por Vilelas, 2009:22).

Piaget (1973) defende que o adolescente, ao entrar no estágio das operações formais, é capaz de construir os seus próprios raciocínios de forma autónoma (Sousa, 2006), tendo uma grande capacidade de abstração (Sprinthall & Collins, 2008). É durante a adolescência que ocorrem as modificações no domínio moral e surge um interesse pelos problemas ideológicos (Sousa, 2006).

Erikson considera que durante a adolescência é importante a resolução da crise de identidade pessoal, pois a forma como nos vemos e somos vistos pelos outros é importante para a construção da personalidade da vida adulta (Sprinthall & Collins, 2008). O afastamento entre pais e adolescente pode ocorrer e gerar comportamentos de rebeldia. Assim, existe uma aproximação ao grupo de iguais, de grande importância a nível afetivo, bem como de partilha de ideias e vivências importantes para o seu desenvolvimento (Nunes, 2011).

É a partir da perceção da sociedade, que o indivíduo se relaciona com os afetos (positivos ou negativos) e desenvolve uma predisposição para poder agir (favorável ou desfavoravelmente) em relação a indivíduos e objetos. No campo da sexualidade, a atração e o interesse sexual podem gerar afetos positivos, como a ternura, o carinho e o enamoramento. As informações com forte componente afetiva, que predispõem o indivíduo para uma determinada ação (comportamento), denominam-se de atitudes (Bock, Furtado & Teixeira, 1999). As atitudes apresentam três componentes: cognitiva (opiniões e crenças), afetiva (sentimentos concomitantes) e comportamental (tendência para atuar de forma determinada). As três reforçam-se mutuamente, formando uma estrutura de conjunto, que tende a permanecer estável. No entanto, as atitudes expressas podem ser modificadas a partir de novas informações, afetos ou situações.

Para Andrade (1995:12) os afetos são

“(…) um movimento que impele alunos e professores a seguir um caminho inundado de sensações e sentimentos, onde se encontram à mistura, valores como tolerância, aceitação, abandono, mas também confiança, estímulo, surpresa, admiração, descoberta. Para o percorrer, é necessário ultrapassar os medos, abandonar os preconceitos, defrontar-se com o inesperado ou, muito simplesmente, entrar no ciclo de vida”.

Segundo Bock *et al* (1999:251)

“(…) afectos podem ser produzidos fora do indivíduo, isto é, a partir de um estímulo externo - do meio físico ou social - ao qual se atribui um significado com tonalidade afectiva: agradável ou desagradável, por exemplo. A origem dos afectos pode também nascer, surgir do interior do indivíduo”.

Os afetos ajudam o indivíduo a avaliar situações, preparar ações e planear as reações ao meio, processo que, Bock *et al* (1999), definem como “função adaptativa”.

Existem obstáculos à abordagem aos afetos, como medos, dúvidas e sentimentos de culpa. Os afetos passam a transcendência do contato e desejo físico, envolvendo sensações e emoções associadas aos sentidos, onde a linguagem corporal assume especial importância (Andrade, 1995).

As emoções são “(...) expressões afectivas acompanhadas de reacções intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado (fantasiado)” Bock *et al* (1999:255). Contudo, o “universo dos afetos” é de difícil abordagem e avaliação, pois implica alterações nos indivíduos a vários níveis: fisiológicas (hormonais, circulatórias...); expressivas (postura, expressão facial, ...); subjetivas (percepção e interpretação dos sentimentos); e sociais (interpretação social das mudanças). López & Fuertes (1999) procuram classificar os afetos em dois grupos no campo da sexualidade: o grupo dos sexo-afetivos e o grupo dos sócio afetivos. No primeiro grupo pode encontrar-se o desejo-prazer, a atração, o enamoramento, a experiência amorosa, a inibição, a rejeição, a dor, a culpa, entre outros. No segundo grupo, os autores contemplam a empatia, o apego, a amizade, a hostilidade, a ira, entre outros.

Relativamente à atração, López & Fuertes (1999:182), referem que

“(...) implica um determinado estado interno do indivíduo (o desejo) e um objecto claramente definido (o objecto de atracção). A atracção acontece porque um determinado objecto é percebido como excitante, com valor erótico, provocando uma tendência para a aproximação, conquista ou relação, a menos que actuem outros processos inibidores. (...) Processos inibidores fazem com que as pessoas controlem os sentimentos de atracção por razões morais, sociais ou interpessoais”.

A atração é influenciada por vários fatores, como as alterações hormonais; o consumo de substâncias, como álcool e drogas; e psicossociais (orientação do desejo do indivíduo, ideais de beleza, ...).

O enamoramento implica desejo e atração, compreendendo uma série de componentes cognitivas (idealização do outro, da relação, desejo de conhecer e ser conhecido); emocionais (desejo de ter uma união completa e permanente, terror face à ausência) e comportamentais (ações dirigidas a manter a proximidade com o outro, afastamento de tudo aquilo que não se relaciona com a pessoa amada).

Amor e ódio são afetos que constituem a vida de cada indivíduo. Estão sempre associados ao pensamento, à fantasia, ao sonho e expressam-se individualmente. Entre eles “(...) encontram-se inúmeras tonalidades, intensidades de afectos, que podem ser vagos, difíceis de nomear ou discriminados” Bock *et al* (1999:252).

A experiência/relação amorosa comporta todos os tipos de afeto, como a empatia, a rejeição, a hostilidade e a ira, sendo multidimensional. A relação amorosa e o amor são

difíceis de definir, pois o “amor é um fenómeno tão complexo, com tal variedade de sentimentos, comportamentos e atitudes, que pode assumir múltiplas formas” (López & Fuertes, 1999:190).

O amor é composto por três componentes, segundo López & Fuertes (1999) recorrendo a Sternberg: a intimidade, a paixão, e a decisão/compromisso. A intimidade é a componente mais emocional, pois inclui a necessidade de estar próximo, a confiança no parceiro e a proteção, o “(...) desejo de promover o bem-estar do outro, (...) compreensão mútua (...) receber apoio emocional e dar apoio emocional à pessoa amada” (López & Fuertes, 1999:193).

A paixão envolve o romance, a atração física e a sexualidade. Como refere Cordeiro (2009:306) “(...) tem sido descrita como um estado eminentemente patológico, obsessivo, fora do mundo, solitário e íntimo, não compreendido por quem não a viva”.

A decisão/compromisso é o momento em que o indivíduo aceita continuar com o outro, a curto ou a longo prazo.

Saavedra, Nogueira & Magalhães (2010), com base num estudo realizado em adolescentes na região Norte de Portugal, concluíram que existe uma relação entre afetividade e sexualidade. As relações sexuais são consideradas mais satisfatórias quando integradas numa relação afetiva. No entanto, alguns adolescentes podem estar apaixonados sem ter desejos sexuais, o que sucede mais frequentemente nas raparigas, enquanto os rapazes podem sentir desejos sexuais sem qualquer relação afetiva.

As primeiras relações amorosas são vividas intensamente, sendo raros os casos em que terminam em casamento. No entanto, são importantes no desenvolvimento afetivo do adolescente, pelo reforço de identificação feminina ou masculina, pela maior segurança que o adolescente obtém por se sentir amado, pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer. Naturalmente, também a rutura do namoro, pode trazer sofrimento, por perda da relação afetiva, por sentimentos de inferioridade ou culpa, pela dificuldade em desenvolver futuras relações de namoro, por medo de desilusão e sofrimento. O adolescente deverá, então, fazer o luto da relação de forma saudável (Cordeiro, 2009).

1.5 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Segundo Sprinthall & Collins (2008:405) a sexualidade “(...) engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas, não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”.

A fase da adolescência marca, em definitivo, a afirmação de si mesmo e abertura aos outros (Braconnier & Marcelli, 2000 e Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2003). Os adolescentes encaram as experiências e os comportamentos inerentes à sexualidade “(...) de uma forma frequentemente não programada, acompanhados por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas não vivenciadas e desejadas” (Frade *et al*, 2003 citado por Fernandes, s.d.:46).

Um desses comportamentos é a masturbação, acontecimento que permitirá ao adolescente consolidar os sentimentos, as atitudes e os valores pessoais face à sua sexualidade. Progressivamente, este vai alcançar a maturidade na escolha do parceiro sexual estável, dirigindo a sua atenção primeiro para o seu próprio corpo e depois para o corpo do outro (Nueva, 2001).

Ao longo do seu crescimento, o adolescente vai descobrindo a sexualidade adulta e completa. Spitz (1996) citado por Fernandes (s.d:29) afirma que

“(...) ela cria laços fortíssimos que nos transformam e que nos permitem aceder a uma sexualidade global: corporal e sentimental. O que descobrimos causa sensações que vão muito além das descrições que possamos fazer. Mas o despertar necessita desse amadurecimento, dessa lenta e progressiva descoberta de si próprio e do outro. Sem ela, a relação sexual não passa de uma relação física, incompleta, enganosa e fonte de insatisfações.”

No desenvolvimento da sexualidade destaca-se a busca por autonomia e a urgência por assimilar as características dos adolescentes. As trajetórias de vida são marcadas por exigências quanto ao desempenho e as afirmações sobre o “eu” no mundo, caracterizando-se por ténues fronteiras entre a intimidade, formas de ser, padrões e normas socioculturais (Oliveira, Pontes, Gomes & Salgado, 2009).

A partir das investigações de Reiss (1960) surge o conceito de duplo padrão sexual, como um conjunto de normas sociais que determinam a prática de comportamentos sexuais diferenciados segundo o sexo. Foram identificados quatro padrões sexuais: abstinência; duplo padrão sexual; permissividade sem afeto e permissividade com afeto. Apenas ao duplo padrão sexual se atribui um comportamento diferenciado para homens e mulheres, atribuindo-se aos restantes a designação de padrões sexuais singulares (Saavedra *et al*, 2010). Os conceitos de duplo padrão sexual e de padrão sexual singular podem inserir-se nas teorias dos *scripts* sexuais (Gagnon, 1977; Simon & Gagnon, 1986 citados por Saavedra *et al*, 2010). Nesta teoria explica-se como o comportamento sexual se transforma em conduta sexual através dos três níveis que os *scripts* assumem: cenários culturais, *scripts* intrapsíquicos e interpessoais (Saavedra *et al*, 2010).

Os jovens portugueses iniciam a sua atividade sexual cada vez mais cedo. Por um lado, as raparigas dizem-se virgens até mais tarde, por outro os rapazes afirmam iniciar a sua vida sexual no começo da adolescência e ter mais parceiras (Alferes, 1997; Vasconcelos,

1998; Matos & Gaspar, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010). Os rapazes têm maior número de relações (média de três parceiros sexuais) do que as adolescentes da mesma faixa etária (média de um parceiro) (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010). Existe assimetria entre os sexos quanto à atividade sexual, sendo o país onde esta mais se verifica (Ross, Godeau & Dias, 2004 citados por Saavedra *et al*, 2010). Existe uma desigualdade na sociedade portuguesa, valorizando-se o aspeto romântico e de envolvimento amoroso por parte das raparigas e uma maior liberdade para os rapazes.

Num estudo efetuado por Saavedra *et al* (2010) aplicado a uma população de 90 adolescentes do norte de Portugal, foram analisados os discursos de subgrupos de rapazes e raparigas. Segundo essa análise, a sexualidade masculina é essencialmente construída em torno da experiência e do prazer físico, a ideia de que um rapaz só se torna homem quando perde a virgindade, sente pressão social para ser sexualmente experiente e deve fazer “alarde” dessa experiência. A vida amorosa dos rapazes aparece exclusivamente dirigida (e reduzida) à sexualidade vivenciada em torno do prazer físico e, como consequência, à exclusão dos sentimentos. Como a construção da sexualidade masculina se centra na potência e performance sexual, acarreta consigo a dimensão oposta, ou seja, o medo da impotência sexual e de ser mal avaliado pelas raparigas (Saavedra *et al*, 2010).

Em relação às adolescentes, é possível identificar que a sexualidade feminina é ainda algo que provoca vergonha e receio. As raparigas sentem dificuldade em abordar a sexualidade perante as colegas, o que gera algum mal-estar. Elas procuram adquirir mais conhecimentos e informações mais detalhadas, apesar do interesse na temática ser considerado socialmente desadequado. É desejável e esperado que a rapariga não tenha experiência e seja virgem até o mais tarde possível. Nesse sentido, para a mulher, o sexo é visto no âmbito de um discurso romântico, ou seja, não como um fim em si mesmo, mas como um meio para alcançar um fim (Saavedra *et al*, 2010).

A presença social do duplo padrão sexual é controversa. Há quem considere a emergência de um novo *script* sexual, em que a mulher tende a assemelhar-se ao que é ou era o estereótipo masculino e o homem afasta-se progressivamente do estereótipo designado de “machão”, indicando uma tendência para o padrão sexual singular (Saavedra *et al*, 2010).

1.5.1- Gravidez na Adolescência

O Alentejo apresenta uma taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo Portalegre um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães

dos 15 aos 19 anos (Isabel, s.d.). Para dar resposta às necessidades dos estudantes e tendo em conta a legislação em vigor, foi publicado o PNSE em 2006, programa que deve ser usado em complementaridade com o PNS. O PNS de 2004-2010 refere que a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos) tem vindo a decrescer em Portugal Continental. Em 2001 era de 5,9/1000 nados vivos e, para 2010, a meta deveria ser inferior a 5/1000 nados vivos (PNS 2004-2010:54).

Em 2009, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 4350 crianças (4,36%), de mães adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. Segundo a mesma fonte, no ano anterior nasceram 4551 crianças (4,35%) pelo que podemos verificar que os valores são similares relativamente ao número de crianças nascidas de mães adolescentes entre 2008 e 2009.

Uma das informações veiculadas pela educação sexual é a da explicitação dos métodos contraceptivos e formas de os usar. Este tipo de informação tem progressivamente aumentado, embora não seja totalmente eficaz na prevenção da gravidez. Para Canavarro & Pereira (2001), existem várias explicações possíveis para tal fato. Uma delas consiste na falta de informação ou informação mal prestada sobre contraceção e fisiologia reprodutiva. É comum encontrar jovens com a crença de que não se pode engravidar na primeira relação sexual.

Analisando a adolescência de acordo com os fatores de desenvolvimento cognitivos e psicossociais, esta caracteriza-se pela existência de impulsividade; pensamento mágico (“isto não me pode acontecer a mim”); a necessidade de agradar; a dificuldade em pensar a longo prazo e ponderar as consequências de determinado comportamento; a ambivalência em relação ao seu comportamento sexual, pode levar os jovens adolescentes, corretamente informados, a terem relações sexuais não protegidas (Coley e Chase-Lansdale, 1998; Franco *et al*, 1998; Harris, 1998; Lourenço, 1996; Tobias & Rice, 1998 citados por Canavarro & Pereira, 2001).

Existem vários fatores que concorrem para a ocorrência de gravidez na adolescência e podem ser enquadrados em fatores individuais, familiares e relacionais. Para Canavarro & Pereira (2001) como fator individual, a pobreza impossibilita um ambiente familiar de harmonia e recursos suficientes à sustentação de cuidados parentais adequados. Verificam-se escassas oportunidades culturais, a escola é desvalorizada, havendo pressão para o início precoce de uma carreira profissional. Dull e Blythe, 1998; Harris, 1998; Males, 1993 citados por Canavarro & Pereira, 2001) referem a pobreza como o maior preditor de gravidez na adolescência. Como fatores familiares, para Canavarro & Pereira (2001), as adolescentes grávidas pertencem, frequentemente, a famílias disfuncionais, numerosas e com problemas socioeconómicos. No que respeita a fatores relacionais o relacionamento

com o sexo oposto, particularmente a escolha do parceiro, são fatores importantes para a ocorrência de gravidez na adolescência.

A gravidez e posterior maternidade na adolescência apresentam naturalmente consequências para o desenvolvimento das adolescentes e responsabilidades futuras. Comporta uma dupla crise de desenvolvimento, pois segundo Ravert & Martin (1997) citados por Canavarro & Pereira (2001:339), verifica-se uma “(...) superimposição da crise situacional da gravidez e parentalidade na crise maturacional da adolescência”. Ainda, segundo Lourenço (1996) citado por Canavarro & Pereira (2001), existirá uma perda prematura da condição de adolescente. A gravidez precoce irá condicionar o processo de transformações complexas que é a adolescência. As alterações orgânicas próprias da gravidez vão colidir com as que acontecem na adolescência, levando a um compromisso do equilíbrio físico e psíquico (Gomes & Sousa, 2005).

Alguns estudos sobre este tema revelam que mães adolescentes e grávidas apresentam maiores níveis de *stress* e isolamento social; maiores níveis de tristeza, tensão e riscos acrescidos de suicídio; maiores níveis de psicopatologia em geral e menos aptidões de resolução de problemas. A maternidade na adolescência é concebida como um fenómeno não-normativo que vai exigir ajustamentos psicológicos e familiares difíceis de serem elaborados e aceites (Canavarro & Pereira, 2001).

Sampaio citado por Gomes & Sousa (2005) refere que o adolescente caminha para a autonomia em relação aos pais, mas a adolescente grávida, ver-se-á inevitavelmente dependente destes, contrariando a tendência da etapa de desenvolvimento em que se encontra. Na maior parte dos casos, os avós do bebé assumem o papel de pais, suportando todos os custos e responsabilidades. O companheiro da adolescente nega a paternidade e é protegido pela família e pela sociedade; pelo contrário, a adolescente é apontada e censurada pelos colegas da comunidade escolar, vizinhos e família, o que vai desencadear um sentimento de angústia e vergonha conduzindo ao abandono escolar, isolamento e sérias dificuldades em desempenhar o papel de mãe (Gomes & Sousa, 2005).

Figueiredo, Pacheco & Magrinho (2005:98) referem que a gravidez na adolescência é uma situação de risco, “(...) dado que determina um vasto conjunto de consequências adversas quer para a mãe, quer para o bebé”, podendo ocorrer problemas obstétricos, sociais, relacionais (monoparentalidade) e psicológicos. Podem também surgir problemas a nível escolar, profissional (emprego, desemprego) e baixo rendimento económico.

Figueiredo (2000) refere que a falta de preparação das adolescentes para a maternidade pode dificultar os cuidados prestados ao bebé. Alguns estudos demonstraram que as adolescentes que foram mães têm dificuldade em estabelecer interações com a criança o que pode levar a atrasos de desenvolvimento das crianças.

O papel do enfermeiro é fundamental na prevenção da gravidez, particularmente na transmissão de informação relativamente a estilos de vida saudáveis. Os enfermeiros têm promovido sessões de informação no âmbito da saúde escolar, no entanto, para Gomes & Sousa (2005), é necessário que estes sejam inseridos nos programas curriculares, permanecendo junto da comunidade escolar como educadores para a saúde e agentes promotores de estilos de vida saudáveis, nos quais se insere a prevenção da gravidez na adolescência.

1.5.2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis

Os adolescentes adotam comportamentos de risco cada vez mais cedo e na escolha de estilos de vida, o fracasso de negociação dos obstáculos próprios desta fase do desenvolvimento, podem trazer consequências sérias para a saúde infeções sexualmente transmissíveis, entres outras (Sousa, 2000).

As IST's são um problema evitável, gerador de angústia nos jovens. A OMS afirma que, para além da violência, do uso de drogas e de acidentes, a propagação do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e outras infeções de transmissão sexual são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos (Sousa, 2000).

A OMS alerta também para a existência de uma enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados, não apenas em relação ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mas também a outras doenças. A falta de informação sobre medidas preventivas e locais de apoio à sexualidade na adolescência dificulta uma prevenção eficaz (Sousa, 2000). A adoção de comportamentos de risco face à sexualidade assenta em fatores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, crenças e atitudes sobre sexualidade, influência dos pares, características biológicas e na relação com a escola (Magalhães, 2009).

A prevalência e incidência de IST na adolescência está a aumentar (Ferreira, 2008). A United United Nations Children's Fund (UNICEF) afirma que todos os anos ocorrem cerca de 100 milhões novos casos de IST em jovens abaixo dos 25 anos, excluindo o VIH. A OMS refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (Ferreira, 2008).

As consequências das IST variam com o tipo de infeção, podendo causar morte prematura, infertilidade, cancro cervical, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e aumento de pobreza (United Nations Population Fund - UNFPA, 2003 citada por Ferreira, 2008).

Relações sexuais, vaginais, anais ou orais, sem utilização de preservativo, aumentam o risco só de contrair SIDA e outras IST's (Bersamin *et al*, 2008 citados por Ferreira, 2008). O uso do preservativo de forma consistente representa a forma de prevenção mais eficaz. Para os que não o usam, o risco de contrair IST é cerca duas vezes superior (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008).

O início precoce da atividade sexual, o número de parceiros, o ter um parceiro que já tenha tido ou tenha múltiplos parceiros sexuais, a não utilização ou utilização incorreta do preservativo (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008) são algumas das causas de IST na adolescência. As IST também estão associadas a outros comportamentos de risco como o consumo de álcool e outras drogas (Ferreira, 2008).

A prevalência de VIH/SIDA constitui um problema que não se pode separar da vida sexual ativa e da adolescência. O número de casos é cada vez maior e em idades cada vez mais precoces. Em todo o mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infetam ou são infetados diariamente, representando metade das novas infeções pelo VIH (Magalhães, 2009).

Estão identificadas várias IST's. Diferem quanto à origem do agente etiológico, podendo ser provocadas por vírus, bactérias, fungos ou parasitas. Parte destas doenças é passível de tratamento e eventual cura, outras tendem para a cronicidade, existindo terapêutica para controlo de sintomas.

As principais IST's são: Hepatite A, B e C; HIV/SIDA; Papilomavirose; Cancroide; Sífilis; Clamídia; Herpes Genital; Condiloma Acuminado; Candidíase; Gonorreia e a Donovanose.

1.5.3 - Adolescência e Contraceção

Os direitos em matéria de reprodução estão já consagrados na lei, bem como os programas de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva (DGS, 2009).

As atividades de Planeamento Familiar visam cuidados na área de Saúde Reprodutiva e Promoção da Saúde, tais como: informação; aconselhamento sexual; prevenção, diagnóstico precoce de IST e doenças ginecológicas; transmissão de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia reprodutivas; fecundidade; fertilidade; gravidez e métodos contraceptivos. Nestas consultas são fornecidos métodos contraceptivos e faz-se acompanhamento clínico, independentemente do método escolhido.

As atividades no âmbito do Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva são inseridas nos Cuidados de Saúde Primários e no âmbito da Medicina Geral e Familiar, devendo organizar-se nas Unidades de Saúde, de forma a responder às necessidades da população por si abrangida. O capítulo II do Decreto-Lei número (n.º) 259/2000 de 17 de Outubro

considera os adolescentes como alvo da intervenção e, nesse sentido, devem ser adotadas estratégias para apelar à sua adesão a estas consultas, como horários flexíveis, simplificação da burocracia e sem restrição de áreas de influência. Outra alínea importante refere-se à otimização de condições que favoreçam a adesão do género masculino a estas consultas, especialmente os elementos mais jovens.

Os métodos contraceptivos visam evitar uma gravidez não desejada e o preservativo ajuda a prevenir IST's. Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), 85,4% da população feminina em idade fértil usa um método de contraceção e, desta percentagem, 23% não faz vigilância em consulta de Planeamento Familiar. Os métodos contraceptivos mais utilizados, de acordo com o mesmo inquérito, são a pílula, o preservativo e o DIU (Dispositivo Intrauterino).

O adolescente tem direito à privacidade no atendimento, independentemente da idade, sendo reconhecida a sua autonomia e individualidade. A confidencialidade é direito de todos os utentes, contemplado no código de ética e deontologia dos profissionais de saúde. Favorecem a abordagem preventiva e promovem a adesão dos jovens a um método contraceptivo de forma consistente. “O uso de contraceptivos mostra uma atitude positiva (...) um grau de maturidade e autoestima próprios de quem projeta o futuro negociando com o presente as suas decisões” (Ramos, 2001 citado por Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006).

A baixa utilização de métodos contraceptivos deve-se a crenças erróneas relativas à conceção e à contraceção, à falta de envolvimento familiar na escolha do método, baixa efetividade dos serviços de atendimento e dificuldade em obter métodos contraceptivos (Almeida et al, 2003). Existem outros obstáculos à utilização consistente de um método, especialmente pelo género feminino, pela pressão social e papéis de género (Cabral, 2003). Para Cabral (2003), quanto mais precoce é o início da atividade sexual, menor é a utilização de métodos contraceptivos e estabelece uma relação direta entre o grau de escolaridade, o nível socioeconómico e a utilização de um método contraceptivo, quer na primeira relação, quer nas subsequentes.

Tendo em consideração as características e a singularidade da adolescência, é evidente que a contraceção de emergência vai de encontro ao seu imediatismo, constituindo, assim, opção relevante de prevenção (Saíto & Leal, 2005).

O enfermeiro tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha e incorporando a contraceção de emergência nas políticas públicas de saúde para os adolescentes.

De acordo com as recomendações da OMS, a escolha do método contraceptivo deve obedecer a critérios clínicos, sociais, de comportamento e preferência individual. As

Orientações da Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008) e o Documento Oficial da Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção (2011), fazem algumas recomendações relativamente aos métodos contraceptivos mais adequados a este grupo etário:

- A contraceção hormonal oral apresenta benefícios para a adolescente, não só pelo efeito contraceptivo, mas também na regulação dos ciclos, melhoria da acne, prevenção de quistos funcionais do ovário e diminuição da dismenorrea;

- A contraceção hormonal injetável não está recomendada antes dos 18 anos pela diminuição da densidade óssea associada, ao contrário do implante hormonal;

- O DIU pode ser uma alternativa, especialmente para mães adolescentes;

- Os métodos naturais não estão indicados na adolescência pela sua baixa eficácia agravada pelas irregularidades do ciclo nesta fase;

- O preservativo é o método de eleição, bem como a “dupla proteção”, associando este a um método contraceptivo eficaz, de forma a prevenir simultaneamente a gravidez e as IST’s.

A idade por si só não é uma contraindicação da utilização dos métodos, podendo indicar-se a maioria deles.

1.5.4 - Orientação Sexual

A orientação sexual do indivíduo relaciona-se com fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Muitos autores consideram três tipos: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade. As três são normais, naturais e imutáveis. Considera-se heterossexual o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do género oposto; homossexual é o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do mesmo género; e bissexual é considerado o indivíduo que se sente atraído por pessoas de ambos os géneros (Cordeiro, 2009).

A sexualidade humana é um fenómeno complexo, existindo uma infinidade de sensações sexuais e emocionais: o desejo, a excitação ou mesmo a frieza em qualquer relacionamento humano depende dos próprios indivíduos e não em quaisquer das especificações arbitrárias que poderiam ser impostas através de sociedade, que tentam definir se o indivíduo é heterossexual ou homossexual. Todo o ser humano tem direito à autodeterminação sem qualquer imposição social.

A homossexualidade era considerada uma doença mental e só em Janeiro de 1993, a OMS retirou a homossexualidade de sua lista de doenças mentais. A homossexualidade não é uma questão de opção, embora se encontre por definir o mecanismo dessa orientação,

sabe-se, no entanto, que pode ser geneticamente determinada. No caso concreto da adolescência, considera Cordeiro (2009:331)

“(...) as experiências homossexuais, masculinas e femininas, (...), não são, para a larga maioria dos jovens, um factor predictivo da sua orientação futura, mas apenas uma forma de melhor conhecer o corpo e integrado nas condutas de experimentação ou de ensaio”.

Os problemas que os jovens homossexuais atravessam prendem-se com o meio social, entre amigos e familiares, e passam pela marginalização e hostilidade, levando ao isolamento, ao clima de secretismo, a estilos de vida menos saudáveis e seguros e menor realização profissional e pessoal.

O bem-estar sexual é um equilíbrio entre fatores físicos, emocionais e sociológicos. É uma parte fundamental da saúde humana, daí a importância da aceitação e respeito pelas diferenças individuais. O enfermeiro deve, enquanto promotor de saúde e educador, desmistificar questões relacionadas com a orientação sexual, contribuindo, assim, para o bem-estar dos indivíduos e comunidades.

1.5.5 - Mitos sobre sexualidade

A sociedade continua a ser marcada por mitos e crenças relacionados com a sexualidade, apesar dos muitos estudos realizados mostrarem que não passam de opiniões e conceitos erróneos, que podem ter repercussões graves na vivência e no desenvolvimento dos indivíduos. Eles são o reflexo de uma tradição social que os tornou em verdades indiscutíveis (Leitão & Ramoa, 2011). Os mitos mais comuns sobre sexualidade referem-se ao papel destinado ao homem e à mulher; à menstruação; perda da virgindade; à gravidez e à orientação sexual.

Após os anos sessenta, a sexualidade começou a ser abordada por vários meios de comunicação e a sociedade passou a familiarizar-se com atitudes que antes não eram aceites, tais como: mães solteiras, pais que criam filhos sozinhos, homossexualidade, etc. A sociedade começou progressivamente a abrir-se a novas formas de vivenciar a sexualidade (Leitão & Ramoa, 2011).

A ignorância em relação a assuntos relacionados com a sexualidade humana contribui para perpetuar mitos e crenças erróneas, herdadas das gerações anteriores. Fornecer informação adequada e desconstruir essas ideias infundadas é tarefa de qualquer educador. Uma educação sexual assente nestes princípios contribuirá para que os jovens possam atuar de um modo crítico e responsável e vivenciar a sua sexualidade de forma mais saudável e gratificante. O Enfermeiro, enquanto educador, tem o papel de desmistificar e esclarecer.

1.5.6 - Violência Sexual

A violência sexual é crime, segundo o Código Penal Português. Consiste em obrigar por qualquer meio, um indivíduo a submeter-se a qualquer forma de exposição sexual, desde o toque, a manipulação ao ato sexual sem consentimento do indivíduo. Pode apresentar-se sob várias formas desde a violação, até formas mais subtis como a pornografia, prostituição ou outras formas de exploração sexual ou exibicionismo.

Apesar de em Portugal se desconhecer a sua verdadeira dimensão, crê-se que se trata de um problema frequente. Cerca de 90% dos abusos acontecem em meio familiar e nos restantes 10% a família conhece o agressor e só em 1-2% dos casos o agressor é um desconhecido (Cordeiro, 2009).

As consequências do abuso sexual são graves e ficam gravadas na memória para toda a vida. Para além dos efeitos físicos e psicológicos, existe risco acrescido de IST, gravidez, consumos nocivos, entre outros. A prevenção primária, secundária e terciária com especial atenção para a deteção precoce dos casos são, sem dúvida, o investimento fundamental a par do encaminhamento e apoio às vítimas.

Embora os abusos sejam muito mais frequentes no sexo feminino tem-se vindo a observar um crescente número de casos envolvendo vítimas do sexo masculino, em situação de vulnerabilidade por ausências prolongadas dos adultos, condições de isolamento e por imaturidade. O abuso sexual é um problema grave e intolerável nas sociedades que reclamam o humanismo e que juram defender os direitos do ser humano. O problema é muito complexo, com contornos muitas vezes mal definidos e gerador de uma teia de cumplicidades, influências, silêncios e tabus que dificultam a sua abordagem. A atenção, quer dos pais, quer dos educadores, é fundamental na deteção dos casos, sendo para isso necessário estar atento e conhecer os sinais e sintomas específicos de maus-tratos, tomando as medidas necessárias para denunciar estas situações.

1.5.7 - Interrupção Voluntária da Gravidez

A OMS (1983) define IVG como morte fetal antes da expulsão do produto completo da gestação, independentemente da duração desta. Considera-se precoce se realizada até às 16 semanas de gravidez, intermédia entre 17 a 24 semanas e tardia depois das 25 semanas (Ribeiro & Araújo, 1998).

A IVG tem importantes implicações e significados emocionais, dependendo da personalidade e experiência prévia da mulher, as suas relações interpessoais, crenças

religiosas e o ambiente social, cultural e legal circundante (Stotland, 2000 citado por Sereno, Leal & Moroco, 2009).

A IVG pressupõe que o término da gravidez é desejado pela mulher, sem que existam problemas de saúde desta ou do embrião/feto que comprometam o normal decurso da gestação. Inclui-se também neste critério a interrupção da gravidez por relação sexual não consentida (Canário, 2009).

Em 2007 é decretada a despenalização da IVG, em Assembleia da Republica a lei número 16/2007 de 17 de Abril com a "(...) exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez" decreta no artigo 142.º do código penal que:

- Não é punível a IVG efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até às dez semanas de gravidez, e se houver motivo para prever que o bebé irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável até as 24 semanas;

- O consentimento é entregue pela mulher, quando em caso de a mulher grávida ser menor de dezasseis anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é prestado pelo representante legal sempre que possível;

- Os estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas (Assembleia da Republica, Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, "exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez").

Segundo dados do INE, em 2010 foram realizadas 17261 IVG legais nos hospitais portugueses. A elevada taxa de gravidezes indesejadas é apontada pela OMS como causa principal. Existem outras causas do recurso à IVG, como as normas sociais, as condições económicas e fatores sistémicos, como o estatuto legal da IVG, que podem levar à IVG de forma legal ou clandestina (Canário, 2009). As razões mais apontadas pelas adolescentes que abortaram são: não ter maturidade suficiente para ter filhos e problemas financeiros e a mudança radical na sua vida (Marreiros 2002). Nas adolescentes verifica-se uma elevada taxa de complicações físicas e psicológicas devidas à IVG, quer pelo acontecimento fisiológico, idade da gestante, condições em que o aborto é realizado ou falta de apoio familiar (Marreiros, 2002).

A IVG é um tema controverso nas sociedades desenvolvidas, abrangendo valores humanos, éticos, sociais psicológicos e políticos; aspetos técnicos, económicos e sociais (Ribeiro & Araújo, 1998).

1.6 – A SEXUALIDADE DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004-2010)

A sexualidade é uma das áreas contempladas no PNS para os anos 2004-2010. O elevado número de casos de gravidez adolescente e de infeções pelo HV/SIDA constituem uma preocupação um pouco por todo o mundo. Portugal não tem fugido a esse movimento internacional, tendo legislado e promovido a educação sexual nas escolas (Saavedra et al, 2010).

O PNS preconiza que as escolas, em parceria com o Ministério de Saúde, devem adotar estratégias de Promoção da Saúde e prevenção da doença durante o ano letivo. A OMS acredita que, até 2015, cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde. O Ministério da Saúde definiu como metas: “(...) uma juventude à procura de um futuro saudável”; redução da taxa de mortalidade; redução da gravidez na adolescência; valorização da autoapreciação do estado de saúde e incutir hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade). O Ministério da Saúde (2004:31) afirma que os “(...) adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST”, definindo estratégias e intervenções através de parcerias com o Ministério da Educação.

A 24 de Março de 1984 com a publicação da Lei n.º 3/84 (1984:981), o estado português reconhece a necessidade da Educação Sexual nas escolas, referindo no artigo 1.º que “(...) o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”. Em 1999, com a publicação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, nas disposições gerais no artigo, é referido que deve existir uma:

“(...) maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C.” (Lei n.º 120/99, 1999:5232).

O Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro afirma que deve existir apoio aos alunos relativamente à educação para a saúde e também sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva sendo que, no artigo 9.º:

“1 — Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

2 — Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.” (Decreto-Lei n.º 259/2000, 2000:5786).

O Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde tem publicado legislação que visa a promoção e a educação para a saúde. Da análise da legislação no

despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro, o Ministério da Educação define as temáticas a serem abordadas referindo

“(…) que o currículo nacional do ensino básico integra a educação para a cidadania, a formação cívica, o aprender a viver em conjunto, a educação para a sexualidade e para os afetos, numa dinâmica curricular que visa a promoção da saúde física, psicológica e social;”

Menciona ainda que às escolas “(…) não cabe apenas a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, mas que entre as suas múltiplas responsabilidades estão o desenvolvimento de competências capazes de sustentar a aprendizagem ao longo da vida” (despacho n.º 25 995/2005, 2005:17 515).

Com a publicação da Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, estabelece-se o regime da aplicação da educação sexual nas escolas, definindo uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino. Acrescenta que os encarregados de educação devem ter um papel ativo e que a educação sexual deve ser realizada de forma conjunta entre várias entidades (escola, família e profissionais de saúde).

O PNSE foi publicado pelo despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho destacando que Escolas Promotoras de Saúde incluem educação para a saúde no currículo e possuem atividades de saúde escolar, visando a obtenção de ganhos em saúde para a população portuguesa.

1.7 – EDUCAÇÃO SEXUAL

A educação sexual permite uma preparação dos jovens para a vida em sociedade com melhor qualidade de vida e contribui para o desenvolvimento da personalidade (Gonçalo, 2002). Permite a transmissão e criação de uma base de conhecimentos passível de promover a saúde dos adolescentes, bem como a partilha de afetos, sentimentos e emoções, ajudando-os a conhecerem-se melhor e a tomar decisões conscientes e informadas (Mendes, 2006).

A educação sexual aborda temas como as “ (...) explicações sobre os aspetos corporais, os afetos, os comportamentos, o papel do homem e da mulher, as doenças sexualmente transmissíveis, a contraceção, a homossexualidade e a gravidez” (Vilar citado por Gonçalo, 2002:12). Esta educação não se pode afastar do desejo dos jovens em estabelecer um compromisso amoroso; de apoiar a sua preparação para a vivência do amor; para a constituição de famílias coesas; para uma maternidade e paternidade responsáveis e para uma saudável abertura aos outros (Ferreira, Carvalho, Pacheco & Teixeira, 2004). Como refere Gonçalo (2002:12) “(…) não é ensinar a ter uma relação sexual, mas sim educar o adolescente e responsabilizá-lo pelos seus atos”. A educação

sexual deve incluir valores como respeito pela individualidade, valores pessoais, familiares e culturais, desde que não colidam entre si (Marques, Prazeres, Vilar, Forreta, Cadete, & Meneses, 2000).

A necessidade de educação sexual torna-se premente dado que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de casos de gravidez na adolescência (Conselho de Enfermagem, 2009). Mesmo estando a educação sexual operacionalizada comprovou-se, num estudo realizado em parceria entre a Associação para o Planeamento da Família (APF) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, que os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimento em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte e a toma da pílula, o interesse dos adolescentes em atividades sexuais e as IST (Vilar & Ferreira, 2008).

Em Portugal só recentemente foi instituída a educação sexual no sistema educativo. Para Mendes (2006), a escola pode contribuir para que o caminho dos jovens seja percorrido de forma mais positiva e gratificante, pois é na escola que a maioria dos jovens passa grande parte do seu tempo. Na escola, os adolescentes têm maior contato com os pares, contribuindo para o desenvolvimento de sentimentos de identidade e autonomia (Kuntsche & Jordan, 2006 citados por Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2007). A operacionalização da educação sexual nas escolas deve constar do projeto educativo da própria instituição escolar, enquadrada na legislação vigente, cabendo a cada escola encontrar o seu caminho e ritmo próprios.

É importante realçar e promover a articulação entre os vários agentes educativos, nomeadamente, professores, técnicos de saúde, psicólogos e auxiliares de ação educativa. Importa, ainda, referir a contribuição da educação pelos pares, que tem vindo a ganhar destaque na educação para a saúde, em meios escolares e não escolares.

As famílias apresentam determinados receios ou dúvidas na abordagem deste tema, pois temem que a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as tentativas de experimentação sexual; que nas ações de educação sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, salientando que o mais importante em educação sexual deva ser a prevenção das IST e da gravidez (Marques *et al*, 2000). Deverá recorrer-se a um vasto número de estratégias para servir os interesses da escola e simultaneamente o das famílias. “Esta identificação de estratégias, como se prevê, deve ser objeto de grande criatividade e de adequação aos contextos precisos de cada local, de cada escola e até de cada turma” (Marques *et al*, 2000:54).

Para Sanders & Swiden, citados por Marques *et al* (2000) existem vários fatores que contribuem para o sucesso de ações de educação sexual: ser neutro; não atribuir “certos” e

“errados”; não fazer juízos de valor; identificar valores pessoais; partilhar o saber em vez de o impor; permitir escolhas; disponibilizar material de apoio; demonstrar disponibilidade e confiança; utilizar vocabulário adequado; aplicar conhecimentos cientificamente atualizados; abordar conteúdos adequados à faixa etária; e uma procura da coerência nas intervenções.

O enfermeiro tem o dever, e possui competências específicas para promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante ações de educação de forma a obter ganhos em saúde. No caso dos adolescentes, a intervenção por parte do enfermeiro tem importância acrescida. “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). É importante que o enfermeiro desempenhe ações 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).

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, mostrando-se neutro; respeito pelos valores do próximo; atitude de envolvimento relativamente aos pais e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitem de intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, entre outros.); e possuir formação em metodologias pedagógicas (Ferreira *et al*, 2004).

Nas sessões de educação sexual, o enfermeiro deve expor as hipóteses de escolha que se deparam ao adolescente, criando espaço para a análise e livre debate de ideias, vislumbrando-se as vantagens e desvantagens de atitudes e comportamentos assumidos, contribuindo para o amadurecimento interior de cada um.

De acordo com o Parecer n.º 109/2009 do Conselho de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, ficou estipulado que “O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante 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, 2009:5) Acrescenta também uma posição oficial acerca da operacionalização da educação sexual, com princípios genéricos acerca da sua aplicação:

“(…) a educação sexual escolar deve ser leccionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto lectivo, grupos focados no tema e individualmente. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009:5).

Num estudo sobre educação sexual foram definidos por Sampaio *et al* (2007) uma sequência de fases para este processo, a começar pela identificação dos problemas e diagnóstico da situação, seguidamente a seleção de objetivos, a determinação de estratégias, a elaboração do plano de ação e por fim a avaliação. São várias as metodologias empregues nas sessões, podendo aplicar-se metodologias ativas e participativas que têm como objetivos principais: a partilha de informação; clarificação e aquisição de valores e atitudes; treino de competências.

A estratégia 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, convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas como o *brainstorming*, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal (Ferreira *et al*, 2004).

Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um ambiente de confiança e de respeito transversal na relação educador/educando, indispensável ao sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno, de modo a impedir constrangimentos causados 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). 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, o jogo ou trabalhar em pequenos grupos, são as metodologias mais eficazes nesta área (Frade, Marques, Alverca & Vilar 1992).

Após as sessões de educação há que avaliar a sua eficácia no que respeita às mudanças desejadas e ocorridas, avaliando-se também os vários componentes da educação, como o desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação relativas à informação apresentada, ao modo como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (Frade *et al*, 1992).

A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objetivo nas sessões de educação. Na educação sexual, a reflexão é decisiva para a aprendizagem: os adolescentes consolidam o que aprenderam e desenvolvem uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes. Os enfermeiros poderão ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, deixar uma forma de contacto dos enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente (Ferreira *et al*, 2004).

1.7.1 - Fontes de Informação

São múltiplos os agentes de informação sobre sexualidade. A inserção dos jovens na sociedade pode complementar, reforçar, questionar e por vezes abalar as aprendizagens básicas e fundamentais do foro afetivo-sexual realizadas em contexto familiar (Marques et al, 2000).

O Grupo e pares

Pode considerar-se grupo um conjunto de indivíduos que se encontram reunidos e partilham características comuns ou, ainda, um conjunto de indivíduos que partilham a mesma consciência de filiação e interação. Para Lassiter (1999:472) "(...) é um conjunto de indivíduos que interagem e têm uma ou mais finalidades comuns. (...). Os elementos chave (...) são a interação entre membros e a finalidade do grupo.

Todos os grupos influenciam o comportamento dos indivíduos, mas os grupos de referência são um modelo de base. Existem ainda, grupos primários e secundários. Os primários são aqueles em que os indivíduos desenvolvem a sua personalidade, onde se conhecem intimamente os membros e há contatos sociais, íntimos e pessoais, como a família e amigos. Os grupos secundários envolvem contatos mais impessoais, como acontece na escola. Os sentimentos e laços emocionais centram-se nos grupos primários. Todavia, na sociedade portuguesa atual, alguns grupos secundários têm cada vez mais peso na formação da personalidade dos indivíduos (Horton & Hunt (1981).

A "(...) promoção do sentimento de pertença começa na família, continua na escola, passa pelas actividades extracurriculares e pela Comunidade Educativa, e não se extingue na idade adulta" (Cordeiro, 2009:42).

Os pares/amigos assumem um papel importante no processo de socialização, visto terem características semelhantes, favorecendo o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e afetivas nos adolescentes. Segundo Perkins (1991) citado por Stanhope & Lancaster (1999) o grupo de amigos tem influência na sexualidade dos adolescentes. Muitas vezes, os adolescentes tornam-se sexualmente ativos devido à pressão do grupo.

A Família

O ser humano é um elemento social pertencente a um agregado familiar e à comunidade. Como refere M. F. Martins (2007:34) "Todas las personas pertenecen a una

sociedad cuyas estructuras básicas y o instituciones tienen como finalidad garantizar la satisfacción de las necesidades humanas básicas”.

A família é determinante no processo de socialização, na interação com os outros, na transmissão de valores e crenças, na vivência das emoções e afetos. Sendo a família o grupo primário por excelência, “(...) a maior parte da população do mundo ainda vive em famílias e provavelmente viverá sempre” (Horton & Hunt, 1981:137).

O conceito de família é subjetivo, em constante evolução e depende do contexto em que está inserido: familiar, político, religioso e social. Engloba as pessoas significativas cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num destino comum, sendo “(...) a instituição social básica, a partir da qual outras se desenvolveram quando a maior complexidade cultural fez com que se tornassem necessárias” (Horton & Hunt, 1981:166). A sua inter-relação com as outras instituições pode sofrer e provocar mudanças mutuamente.

Para Stanhope (1999:492) Stanhope & Lancaster (1999:462)

“(...) It is within the family unit that members develop their concept of health and establish their health habits. The family as a social unit develops a system of values, beliefs, and attitudes about health and illness that are imparted to and demonstrated through the health-illness behaviors of the family members”

Stanhope (1999) refere que a família é um sistema social em que os seus membros têm papéis e funções específicas. Esta estrutura concetualizada apresenta os seguintes pressupostos: a família é um sistema com necessidades funcionais; configura as características dos pequenos grupos; desempenha funções tanto de utilidade do indivíduo como da sociedade e os seus membros procedem de acordo com os valores e normas aprendidos na família. Os indivíduos que constituem a família encontram-se ligados por laços afetivos, de interesse, de segurança e de partilha, não se limitando apenas a laços de sangue, casamento ou adoção.

A família, como refere M. Martins (2007:24) “(...) és la más influyente de todas das instituciones”.

Para Abreu (2009)

(...) “é a célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de fora determinante o seu ciclo de vida. Se bem que de fora diversa, o contexto familiar organiza-se para receber novos membros no seu seio e ajusta-se perante o envelhecimento e a perda de outros” (Abreu, 2009:6).

No caso concreto da realidade portuguesa, tal como escreve M. F. Martins (2007:38) “Según la Constitución Portuguesa, la familia és el elemento fundamental de la sociedad, lo que irremediavelmente há conducido a su democratización”.

Na relação do adolescente com a família, os pais assumem diversos papéis, como o de socializador, prestador de suporte familiar e de cuidados, um papel de “balança”. Mesmo

que as necessidades dos adolescentes sejam diferentes das da infância, existe dependência dos pais e são profundamente influenciados por eles. É nessa fase que o adolescente começa a perceber os seus pais como pessoas que também têm limitações, cometem falhas e aprendem com os filhos. A abordagem da relação dos pais com os filhos adolescentes poderá ser mais complexa em situação de famílias monoparentais ou de casamentos posteriores de cada um dos seus pais.

Para Gammer & Cabié (1999), uma das mais importantes tarefas dos pais é adaptar-se à emergência da sexualidade do adolescente que transforma e modifica a forma como é aceite pelos outros membros da família. É importante apresentar autoridade, mas também flexibilidade. É “(...) importante que os adultos respeitem os sentimentos, os valores, as atitudes e os comportamentos dos adolescentes, e que o façam sinceramente e com coerência” M. Martins (2007:31) citando Alarcão (2000:164). Outros membros a considerar na relação dos adolescentes, são os avós. Estes “(...) ensinam aos mais novos a vida e os truques da vida, tentando com isso facilitar o período de aprendizagem”. Os avós poderão ser educadores transmitindo aos adolescentes ideologias e valores, servindo como refúgio, pois normalmente têm “(...) tempo, paciência, disponibilidade, arte e técnica para ver como cresceram os netos e sentir as suas conquistas, a sua autonomia” (Cordeiro, 2009:224). Habitualmente na casa dos avós os adolescentes sentem-se seguros.

A relação com os irmãos pode ser complicada, pois o desejo de serem únicos e o narcisismo natural da adolescência pode gerar conflitos (Cordeiro, 2009).

A Escola

A escola assume um papel muito importante no processo de socialização e de formação dos indivíduos, devendo

“(...) descobrir talentos e competências, detectar fragilidades, tentar dar informação, conhecimentos e, sobretudo, transmitir sabedoria. (...) Cada adolescente tem áreas de competências e de talento (...) é aí que a Escola deve estar atenta, para poder identificar e, eventualmente, dinamizar, essas características da criança” (Cordeiro, 2009:477).

Durante anos, os professores portugueses não tinham formação diferenciada sobre a sexualidade, direcionando-se somente para os aspetos fisiológicos e preventivos. Atualmente a escola tem um papel de relevo na formação dos adolescentes, em articulação com as famílias e unidades de saúde.

A Religião

A sexualidade dentro da conceção católica encontra-se carregada de tabus que influenciam a forma de a encarar. O primeiro refere-se ao “pecado” de Adão e Eva estando o relacionamento sexual ligado a um sentimento “de vergonha”. Outro tabu faz menção a que os anjos são assexuados e portanto puros e a figura do diabo representa a sexualidade vivida como promiscuidade. A religião católica é a mais seguida e da qual foi herdada a cultura atual. Apresenta posições conservadoras acerca desta temática. Como refere M. Martins (2007) existe uma diferença muito grande de conceitos, comportamentos e atitudes defendidos pela igreja e pela sociedade em geral. A igreja condena oficialmente a IVG e o uso de contraceptivos, sendo uma influência para os jovens que a professam. A igreja defende que a sexualidade humana corretamente entendida tem uma ligação com o amor, sendo que qualquer outro tipo de perspetiva representa o pecado.

Os Meios de Comunicação Social

Os meios de comunicação social proporcionaram à sociedade uma forma de transmitir e partilhar informação, sem precedentes. Afirma-se que se vive numa “aldeia global”, acessível a todos. Mais do que a possibilidade de transmitir informações globalmente, os *media* criaram uma forma de “ser e pensar” (M. Martins, 2007). Podem ser responsáveis pelo aparecimento de novos padrões de relacionamento familiar, restando à família e escola, pouco controlo nesta matéria. Alguns jovens poderão sentir-se excluídos se não se enquadrarem nos perfis veiculados pelos *media*, relativamente a um conceito estereotipado do “jovem típico” (M. Martins, 2007).

Os meios de comunicação social poderão ter uma ação positiva se usados de forma responsável. Dentro dos *media*, a televisão é o que mais impacto tem sobre a sociedade e poderá ter um papel positivo como agente de educação, pois transmite informações, permite a reflexão e pode tornar os jovens mais interventivos (M. Martins, 2007). Para o autor, há que ter atenção à mensagem que os *media* difundem, pois os adolescentes têm tendência a imitar o modelo de conduta sexual que se transmite. Hoje em dia, muitas mensagens de conteúdo sexual são empregues com fins comerciais, o que pode transmitir uma mensagem errónea, baseada na violência e no sexo como recreação.

Segundo Vilar (2002), os progenitores assumem geralmente práticas de controlo – controlando os filhos com recomendações para não verem determinados programas ou mesmo impedindo-os.

A internet permitiu um novo tipo de relacionamento social, bastante acessível, proporcionando a comunicação, sobretudo entre jovens, sem haver contato físico. É um meio largamente utilizado para a obtenção de informações e esclarecimentos.

As revistas e os livros científicos podem ser outras fontes de informação a serem utilizadas pelos adolescentes quando procuram conhecimentos sobre a sexualidade.

Segundo M. Martins (2007), os livros apresentam a vantagem de garantirem confidencialidade, pois o adolescente toma a iniciativa de procurar e de efetivamente se informar, embora sem que tenha a noção do que é certo e errado.

1.8 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em contexto dos cuidados de Enfermagem, o PS apresenta-se como uma das suas ferramentas de eleição. Assim, torna-se necessário formar enfermeiros que se especializem nesta área e possam dar o seu contributo para atuar junto da população. O Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro define que um enfermeiro especialista deve ter:

“(…) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

No mesmo regulamento é referido que ao enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, inclui “(…) competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648), em que os domínios das suas competências comuns incluem “(…) responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649).

Por sua vez, e mais concretamente na área comunitária, o Regulamento n.º 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, referindo que este deve desenvolver a sua prática “(…) centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “(…) resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “(…) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e

empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção, segundo o Regulamento n.º 128/2011 (2011:8667).

A OEP define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, em que refere que ao enfermeiro especialista

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Assim, o enfermeiro ao planear cuidados apropriados que promovam estilos de vida saudáveis, tendo por base o PS, está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem.

2- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no terceiro semestre do mestrado, bem como as dificuldades sentidas e o contributo de cada etapa no desenvolvimento pessoal e profissional da autora. Seguidamente será feita a descrição do contexto de estágio e uma abordagem sumária às etapas prévias.

2.1 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O distrito de Portalegre pertence à região de Alto Alentejo. Apresenta-se limitado a norte pelo distrito de Castelo Branco, a sul pelo distrito de Évora, a leste por Espanha, e a oeste pelo distrito de Santarém., tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km².

A cidade de Portalegre fica situada próxima do Parque Natural da Serra de São Mamede com uma superfície de 446,2 Km². O município de Portalegre é constituído por 10 freguesias (urbanas e rurais):

- Urbanas: Sé e São Lourenço;
- Rurais: Alagoa, Alegrete, Carreiras, Fortios, Reguengo, Ribeira de Nisa, São Julião e Urra.

O distrito apresenta dezanove Escolas Básicas do 2.º e 3.º Ciclos, sendo que oito são escolas básicas integradas 1, 2 e 3; onze são escolas Básicas 2 e 3; sete são escolas secundárias, das quais duas são em Portalegre; onze escolas profissionais; quatro escolas superiores pertencentes ao Instituto Politécnico de Portalegre (três em Portalegre e uma em Elvas) e quatro universidades seniores (Campo Maior, Elvas, Ponte de Sôr e Portalegre).

Para além das escolas já referidas anteriormente, a cidade de Portalegre dispõe de algumas escolas privadas, entre as quais se destacam o Conservatório Regional de Música; duas escolas profissionais; o Centro de Formação Profissional e a Escola de Hotelaria e Turismo.

Com base na consulta dos Censos 2011, relativamente à caracterização demográfica do distrito de Portalegre, o concelho apresenta uma população de 24930 habitantes e o distrito apresenta um total de 118506 (INE, 2012).

A **Escola Básica E.B. 2,3 Cristóvão Falcão** em Portalegre pertence ao agrupamento n.º 2 da mesma cidade e possui um total de 593 alunos, divididos por várias turmas desde o 5.º ao 9º ano de escolaridade, possuindo ainda um curso de CEF (Curso de Educação e Formação) na área de instalação e manutenção de sistemas informáticos.

Esta escola foi oficialmente criada em 09 de Setembro de 1968 pela portaria n.º 23600, tendo ficado conhecida por Escola Preparatória de Cristóvão Falcão, sendo hoje em dia conhecida por Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão, possui 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais); uma Biblioteca; uma Sala de Informática, uma Sala de Reuniões/Sala de Estudo; gabinete para Apoio Educativo, gabinete do S.A.S.E. (Serviços de Ação Social e Escolar); um gabinete do aluno e de Apoio à Associação de Pais; um Bar/Bufete; um refeitório; uma sala de convívio dos alunos, uma papelaria, uma sala de Professores com um pequeno gabinete de trabalho anexo e um pavilhão gimnodesportivo, construído há cerca de uma década.

Este agrupamento de escolas tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000, pertencendo à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, onde tem várias parcerias nomeadamente com Centro de Saúde de Portalegre – Saúde Pública, Escola de Superior Saúde de Portalegre e Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil do Instituto Português da Juventude. Desde Agosto de 2007 existe, ainda, um projeto da educação para a saúde do qual constam várias atividades:

- Alimentação racional e distúrbios alimentares;
- Prevenção de comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas);
- Educação para a Sexualidade e Afetos;
- Prevenção da SIDA;
- Prevenção da violência em meio escolar e saúde mental;
- Promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente atividades físicas.

A **Escola Secundária Mouzinho da Silveira** de Portalegre possui um total de 627 alunos, distribuídos pelos vários anos de escolaridade da seguinte forma: 271 alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (divididos por várias turmas desde o 7.º ao 9º ano de escolaridade); 10 alunos do Curso Educação e Formação de nível básico e ainda 346 alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 211 nos Cursos Científico-Humanísticos, 26 no Curso Tecnológico de Desporto e 109 em Cursos Profissionais.

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira é herdeira direta do antigo Liceu Nacional de Portalegre, criado em 1844. Ao longo dos anos a escola tem passado por várias instalações e denominações. O edifício que se implantou na atual Avenida do Bonfim abriu as suas

portas em Outubro de 1976. Desde esse ano passou a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O novo edifício tem vindo a sofrer pequenas adaptações consoante as necessidades, sendo no ano letivo de 2008/2009 intervencionado pelo Parque Escolar (ESMS, 2012).

A Escola funciona em diferentes Blocos (de A a G) e possui salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química) e um biotério. Inclui também uma sala de Teatro; sala de desenho/Educação Visual e Tecnológica; sala de trabalhos oficinais; sala polivalente; gabinete de apoio Tecnologias de Informação e Comunicação/oficina de multimédia; sala de trabalho para professores; salas de reuniões; sala de trabalho para pequenos grupos e Biblioteca.

No bloco D situam-se os serviços administrativos; uma sala para assistentes operacionais; uma sala de professores; cinco gabinetes de trabalho (Conselho Geral; sala de reuniões; Sala de reuniões do Conselho Pedagógico; sala da associação de pais e encarregados de educação; sala de diretores de turma e Gabinete da Direção). Há ainda a considerar neste bloco a cozinha, o refeitório e o bar, bem como a sala de convívio dos alunos, sala da associação de estudantes, a reprografia e a loja de conveniência.

No bloco E situa-se o Pavilhão Gimnodesportivo, uma sala de Ginástica e uma sala para aulas teóricas. Em anexo funciona o campo de jogos.

2.2 – DESCRIÇÃO DAS ETAPAS ANTERIORES

O estágio teve por base o **Diagnóstico de Situação** (Apêndice I) anteriormente realizado na Escola Básica E.B. 2,3 Cristóvão Falcão, durante o segundo semestre, tendo sido aplicados os questionários nos dias 15 Dezembro de 2011 e 5 e 6 de Janeiro de 2012, a um total de 116 alunos em sala de aula. Os alunos frequentavam o oitavo e nono ano de escolaridade e C.E.F. e tinham idades compreendidas entre os 12 e 19 anos. Estava prevista a recolha de 155 questionários, mas, na prática, só foi aplicado o instrumento a 116 adolescentes, uma vez que um aluno faltou às aulas neste período, um desistiu, dois alunos encontravam-se em situação de acompanhamento em ensino especial e aos restantes trinta e cinco não foi possível aplicar o questionário pelo fato de os pais não terem dado autorização. A maioria dos inquiridos é católica e os pais são casados. O gráfico nº 1 e o Quadro nº 1 são ilustrativos relativamente à idade e sexo dos jovens.

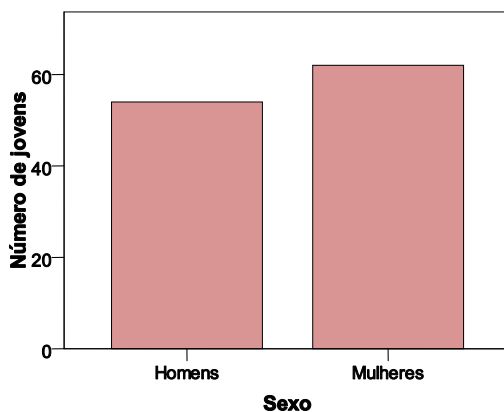


Gráfico nº1 - **Distribuição dos Inquiridos em Função da Idade**
Fonte: **Diagnóstico de Situação**

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	54	46,6
Feminino	62	53,4
Total	116	100

Quadro nº1 - **Distribuição dos Inquiridos em Função do Sexo**
Fonte: **Diagnóstico de Situação**

O objetivo geral do diagnóstico de situação consistiu em identificar os problemas e necessidades dos adolescentes em termos de sexualidade.

Apesar do diagnóstico de saúde ter sido realizado apenas na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão, por solicitação do corpo docente da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, as intervenções foram ampliadas também a essa escola, tendo sido realizadas reuniões com ambas as escolas.

A reunião com a direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira foi realizada dia 10 de Fevereiro de 2012, tendo sido definidos os temas que a direção considerou mais pertinentes para abordagem: Gravidez na adolescência; Violência de género (entre casal de namorados); Afetividade entre adolescentes e sua dignidade relacionada com a sexualidade. Foram também definidas as turmas a intervir e respetivo número de alunos, os professores intervenientes, as datas e os horários das aulas. Nesta escola selecionaram-se as turmas 9º B, com 24 alunos e CEF, com 10 alunos, como alvo de intervenção para a autora.

A reunião com a direção da Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão foi realizada dia 14 de Fevereiro de 2012 e nesta foram definidos os temas que a direção considerou pertinentes

para abordagem: Início da atividade sexual e gravidez na adolescência; Violência sexual, diferença de géneros, aceitação das diferenças; Contraceção e IST. Nesta escola, a turma envolvida na intervenção da autora foi o 9º D, com 19 alunos.

O **Instrumento de Colheita de Dados** utilizado foi um questionário adaptado do utilizado por Martins em 2007, após autorização do mesmo e também validado por este autor num estudo realizado numa cidade do Norte Alentejano. Este questionário utiliza a escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2003), num estudo também realizado em Portugal. O questionário foi de autopreenchimento, voluntário e anónimo. Todas as questões morais e éticas foram salvaguardadas; o consentimento informado a adolescentes e pais foi da responsabilidade da direção da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Para tratar os dados obtidos recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Foram identificadas os seguintes **Problemas**:

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade. Apenas 2% do total dos inquiridos admite falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar;

- ¼ dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentir à vontade ou por vergonha;

- 16% dos inquiridos não está preocupado com a SIDA.

- Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais. Com já referido por Stanhope & Lancaster (1999), muitas vezes os adolescentes não usam corretamente os contraceptivos - talvez por falta de informação, comunicação deficiente entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar;

- Mais de 89% dos inquiridos considera-se bem informado acerca da sexualidade. Estes resultados poderão demonstrar o já referido sentimento de invulnerabilidade que os adolescentes por vezes manifestam nesta etapa do ciclo de vida. Outro dado ganha importância quando se revela que, concretamente na região onde foi feito o diagnóstico, existe a mais elevada taxa de gravidez na adolescência, como referido por Isabel (s.d).

Outro importante conceito inerente ao diagnóstico de situação é o de necessidade, pois como referem Imperatori & Giraldes (1982), o conhecimento das necessidades expressas e sentidas objetivamente pela população é importante para o diagnóstico. Desta forma, foram identificadas as seguintes **Necessidades**:

- Necessidade de os adolescentes receberem informação das fontes de informação disponíveis, através das quais podem esclarecer as suas dúvidas sobre esta temática. Como foi referido na análise de dados, os jovens estudados consideram a escola como a

interlocutora mais fidedigna, para esclarecerem as suas inquietudes relacionadas com a sexualidade, sendo assim considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

- Uma parcela significativa da população estudada apresenta a necessidade de falar com os pais sobre temas como as mudanças corporais e o namoro. Este último foi assunto frequente para 41% dos jovens que falaram com as mães e, no caso das mudanças corporais, este tema, foi frequente para 29% dos inquiridos. Relativamente a estes assuntos conversados com o pai, o namoro foi tema frequente para 23% dos jovens e no caso das mudanças corporais, este tema, foi abordado pelo menos em 2 situações para 30% dos inquiridos;

- Necessidade de informação acerca de IST's, nomeadamente a SIDA, formas de prevenção e consequências deste tipo de doenças;

- Necessidade de informação acerca de métodos contraceptivos.

Após a análise dos problemas e necessidades, decidiu-se organizá-los numa área de intervenção mais vasta, com vista à **Definição de Prioridades** que possibilite uma intervenção. Serão apresentadas as áreas prioritárias de atuação por ordem decrescente, surgindo em primeiro lugar aquela que é considerada a mais prioritária. As restantes áreas de intervenção serão organizadas sequencialmente, descrevendo as razões que levaram a esta hierarquização, sem omitir os principais critérios: magnitude, irreversibilidade dos danos e vulnerabilidade:

- **Mais de 89% dos inquiridos considera-se bem informado acerca da sexualidade:** Relativamente à magnitude, consideramos que esta área de atuação tem uma dimensão significativa, pois atinge 89% da população alvo. Como já foi referido, esta magnitude pode ser indicativa do sentimento de invulnerabilidade que os adolescentes por vezes manifestam e este dado ganha relevância considerando que região onde foi feito o diagnóstico, apresenta a mais elevada taxa de gravidez na adolescência. É uma área vulnerável, pois dispomos dos recursos necessários para advertir a população da importância da informação sobre sexualidade, ao mesmo tempo esta problemática dificilmente terá uma resolução espontânea e, como tal, poderá ter tendência a agravar-se. Por outro lado, a irreversibilidade dos possíveis danos, causados pelo desconhecimento é também um critério relevante. Assim, considerou-se este o problema prioritário, entre os identificados.

- **16% Dos inquiridos não estão preocupados com a SIDA:** Os adolescentes não são alheios à problemática do vírus da SIDA, no entanto, consideramos preocupante o fato de uma percentagem tão elevada da população estudada não referir preocupação com a IST. Assim, considerámos esta uma área de atuação com magnitude significativa, tendo em conta o impacto da IST referida na saúde da população e a sua crescente incidência a nível

mundial. É uma área vulnerável, uma vez que possuímos os meios necessários à sensibilização dos adolescentes para a importância de prevenir as IST's. É um problema que provoca danos irreversíveis e com tendência a manter-se ou agravar-se se não houver intervenção. Além disso, existe um quadro legal de apoio à prevenção de IST, estando contempladas no PNS e havendo programas de prevenção e deteção precoce e monitorização das mesmas.

- **Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais:** Quanto à magnitude, é significativo porque poucos adolescentes abordam os temas com os pais, indicando o baixo nível de comunicação existente entre estes. Em termos de vulnerabilidade e evolução, consideramos que a falta de diálogo e, conseqüentemente, de partilha de informação relativamente à prevenção da gravidez, por exemplo, poderá ser um problema com tendência a agravar-se e a não resolver-se de forma espontânea. Por outro lado, existe a irreversibilidade do dano provocado por uma gravidez não desejada em plena adolescência. A prevenção da gravidez na adolescência surge contemplada em PNS, importando lembrar que o distrito de Portalegre está no topo da estatística no que a ela concerne.

- **Apenas 2% do total dos inquiridos admite falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar:** a magnitude do problema é significativa, se perspectivado de forma inversa, uma vez que uma percentagem significativa dos jovens não procura aconselhamento no que respeita à sexualidade. É uma área de intervenção vulnerável na qual podemos intervir, salientando a importância da informação e do papel da escola como agente facilitador deste processo. É uma problemática que dificilmente terá solução espontânea e poderá contribuir para a adoção de comportamentos de risco que conduzirão a situações de doença de danos irreversíveis.

- **¼ dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentir à vontade ou por vergonha:** Se tivermos em consideração que alguns elementos da população estudada foram proibidos, por parte dos pais, de responder ao questionário sobre sexualidade, estes números assumem considerável importância, pelo risco de desinformação e suas conseqüências. Em termos de vulnerabilidade, apesar de possuímos os recursos para conseguir transmitir a informação, será uma área em que dificilmente se obterão resultados satisfatórios, uma vez que seria oportuna uma intervenção também junto dos pais, visando a adoção de uma abertura na abordagem destes temas com os seus próprios filhos.

2.3 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO

O objetivo geral do estágio consistiu em promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos que frequentam a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre.

Uma vez que as intervenções foram ampliadas também à Escola Secundária Mouzinho da Silveira, foram identificados pelo corpo docente desta escola, os problemas e necessidades relativos à sexualidade, que foram ao encontro dos problemas diagnosticados na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão. Além disso, os docentes de ambas as escolas sugeriram, ainda, temas comuns não identificados pelo diagnóstico de situação mas com relevância identificada no contexto escolar e no relacionamento quotidiano entre alunos e professores. Assim, foram incluídos objetivos relativos a esses temas de forma a tornar as intervenções mais pertinentes para a população alvo:

- Transmitir informação acerca de temas como orientação sexual; violência no namoro; masturbação; duplo padrão sexual; IST's; gravidez na adolescência; afetos na sexualidade e mitos;
- Contribuir para que os adolescentes adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis;
- Colaborar com as escolas no cumprimento do PNSE;

Após realização das sessões pretende-se que os adolescentes sejam capazes de:

- Compreender os conceitos de adolescência e de sexualidade;
- Identificar a importância da Educação Sexual;
- Reconhecer afetos positivos;
- Identificar métodos contraceptivos e de prevenção de IST's;
- Esclarecer possíveis tabus e preconceitos relativos à sexualidade;

Os objetivos do estágio foram sendo reformulados ao longo de todo o processo de planeamento, de forma a melhor se adaptarem aos problemas identificados e às intervenções necessárias, diferindo dos objetivos definidos na elaboração do projeto de intervenção.

De acordo com os objetivos estabelecidos, foram definidos indicadores de atividade e de resultado da atividade.

2.3.1 - Indicadores de Atividade e de Resultado da Atividade

De acordo com os objetivos anteriormente enumerados, foram definidos os seguintes indicadores de atividade:

- Taxa de intervenção: Número de sessões realizadas/ número de sessões planeadas;
- Taxa de participação de alunos nas intervenções: Número de alunos que participaram/ Número total de alunos;
- Taxa de importância atribuída pelos alunos à intervenção: Número de alunos que consideram a intervenção importante/ Número total de alunos;
- Taxa de satisfação dos alunos com os temas apresentados: Número de alunos satisfeitos ou muito satisfeitos/ Número total de alunos;
- Taxa de adequação dos meios utilizados na intervenção: Número de alunos que consideraram os meios adequados/ Número total de alunos;
- Taxa de satisfação dos alunos com a informação fornecida nas intervenções: Número de alunos satisfeitos e muito satisfeitos/ Número total de alunos;
- Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas: Número de alunos que consideram que o palestrante domina o tema/ Número total de alunos;
- Taxa de satisfação dos alunos em relação ao esclarecimento de dúvidas: Número de alunos satisfeitos e muito satisfeitos com o esclarecimento de dúvidas/ Número total de aluno.

O Quadro nº2 é ilustrativo relativamente aos indicadores de atividade estabelecidos.

Quadro nº 2 - **Indicadores de Atividade Estabelecidos**

Indicadores de Atividade Estabelecidos	
Metas	Indicador
Realização de 100% de sessões.	Taxa de intervenção.
Participação de 100% dos alunos nas sessões.	Taxa de participação.
Que pelo menos 90% dos alunos considerem importante a ação.	Taxa de importância atribuída à ação.
Que pelo menos 90% dos alunos fiquem satisfeitos com os temas apresentados.	Taxa de satisfação com os temas apresentados.
Que pelo menos 90% dos alunos considerem adequados os meios utilizados.	Taxa de adequação dos meios utilizados.
Que pelo menos 90% dos alunos fiquem satisfeitos com a informação fornecida.	Taxa de satisfação com a informação fornecida.
Que pelo menos 90% dos alunos considerem bom o domínio dos formadores sobre os temas.	Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas.
Que pelo menos 90% dos alunos fiquem satisfeitos em relação ao esclarecimento de dúvidas.	Taxa de satisfação dos alunos em relação ao esclarecimento de dúvidas

Fonte: **Própria autora**

Embora não tenha sido possível estabelecer indicadores de impacto, pois estes só podem ser avaliados a longo prazo, foram definidos indicadores de resultado de atividade, que permitem avaliar o efeito das intervenções realizadas:

- Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade: Número de alunos que considera a adolescência marcada pela liberdade e responsabilidade/ Número total de alunos;

- Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade: Número de alunos que identifica afetos/ Número total de alunos;

- Taxa de afetos positivos envolvidos na sexualidade identificados: Número de afetos positivos/ Número total de afetos;

- Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de IST's: Número alunos que considera o preservativo como método de prevenção de IST's/ Número total de alunos;

- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo: Número alunos que considera a pilula como método exclusivamente contraceutivo/ Número total de alunos.

O Quadro nº 3 é representativo dos indicadores de resultado de atividade definidos.

Quadro nº 3 – **Indicadores de Resultado de Atividade Estabelecidos**

Indicadores de Resultado de Atividade Estabelecidos	
Metas	Indicadores
Que 90% dos alunos considerem a adolescência como uma fase da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.	Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade.
Que 90% dos alunos sejam capazes de identificar afetos envolvidos na sexualidade.	Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade.
Que 80% dos afetos envolvidos na sexualidade identificados sejam positivos.	Taxa de afetos positivos envolvidos na sexualidade identificados.
Que 80% seja capaz de reconhecer o preservativo como método de prevenção de IST's.	Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de IST's.
Que 80% dos alunos seja capaz de reconhecer a pilula como método exclusivamente contraceutivo.	Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo.

Fonte: **Própria Autora**

2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para responder às necessidades dos adolescentes e considerando as características desta população, foram selecionadas estratégias de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social/Modelo de Promoção de Saúde. Nesta fase foram realizadas as seguintes atividades:

- Organização dos mestrandos em pares para preparação e execução das sessões de educação para a saúde e definição dos grupos de atuação por turmas e por formadores.

- Sessão de Educação para a Saúde sobre sexualidade na adolescência, através do método expositivo e interativo;

- Filmes educativos sobre prevenção de IST's;

- Panfletos informativos sobre contraceção e mitos.

Previsão dos recursos humanos e materiais para a realização destas sessões, nomeadamente, dois formadores; uma sala; um computador portátil e um projetor multimédia; folhetos e métodos contracetivos.

- Foi elaborado o projeto de intervenção (Apêndice II), o cronograma de atividades (Apêndice IV) e o questionário de avaliação final (Apêndice VII).

2.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

O primeiro passo desta etapa foi a elaboração do plano de sessão (Apêndice III).

Foram preparadas as sessões, de acordo com o plano de sessão elaborado, (Apêndice V), recorrendo ao aplicativo informático Microsoft *PowerPoint*®, à exposição de imagens, filmes e esquemas. Foram também elaborados os panfletos (Apêndice VI) informativos a distribuir posteriormente aos alunos, utilizando a aplicação informática Microsoft *Publisher*®.

Segundo o IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) (s.d.), o desenvolvimento de apresentações interativas permite a exploração de conteúdos de uma forma mais dinâmica e atraente do que uma apresentação ordenada e sequencial. Uma vez que se trata de uma faixa etária, em que por vezes se pode tornar difícil captar a atenção, devido às características desta etapa da vida já mencionadas, optou-se por uma apresentação mais dinâmica e interativa. Para tal, foi criado um guião correspondente à estrutura de interatividade entre os diapositivos e outros ficheiros, nomeadamente pequenos filmes informativos. Por outro lado, a apresentação em *PowerPoint*® constitui a opção mais efetiva em termos de custos e de exequibilidade, sendo também aquela onde os mestrandos possuíam mais experiência. As apresentações multimédia ocupam um lugar de relevo, sendo crescente a acessibilidade a meios informáticos.

As sessões foram estruturadas de forma a ir ao encontro das necessidades dos alunos, oferecendo atividades flexíveis, evitando a informação definida à priori e estimulando a reflexão. Subjacente às atividades desenvolvidas, estão a promoção do respeito pelas diferenças individuais e a reflexão acerca da vida afetiva e/ou sexual.

Estabeleceu-se contato com a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, nomeadamente o Centro de Saúde de Avis, que se disponibilizou para imprimir os panfletos e fornecer alguns métodos contraceptivos para as sessões de educação para a saúde.

É de referir que os temas propostos pelo corpo docente das Escolas foram incluídos nas sessões de educação para a saúde. Foram também estabelecidos contatos com as escolas de forma a agendar as datas de realização das sessões.

Foram realizadas três sessões entre 10 a 16 de Abril de 2012, em sala de aula, nas escolas já referidas, a um total de 50 alunos, duas turmas de 9º ano e uma turma de (CEF). As atividades previstas foram realizadas com sucesso, dentro do tempo previsto. As sessões foram apresentadas em díades e tiveram duração de 90 minutos. A adesão às sessões foi de 94%, tendo faltado três alunos.

Nestas sessões houve uma ativa participação dos alunos e alguns professores, contribuindo para um maior dinamismo das sessões, embora numa das turmas, com menor número de alunos, se tenha verificado maior inibição relativamente aos temas abordados.

Após a apresentação das sessões foi distribuído o questionário de avaliação final, construído de acordo com os itens que pareceram adequados à avaliação da intervenção, nomeadamente:

- Importância atribuída à realização destas sessões;
- Nível de satisfação com os temas abordados e meios didáticos utilizados na intervenção;
- Satisfação com a informação fornecida nas sessões e esclarecimento de dúvidas;
- Satisfação quanto ao domínio dos formadores acerca dos temas;
- Opinião dos adolescentes relativamente à etapa de vida adolescência;
- Afetos envolvidos na sexualidade identificados pelos sujeitos da intervenção;
- Informação adquirida acerca de métodos contraceptivos e prevenção de IST's.

Foram distribuídos panfletos sobre sexualidade, mitos e contraceção. Consideram-se os recursos previstos e utilizados, adequados à implementação das atividades.

Nesta etapa identificaram-se as seguintes limitações:

- Muita informação apenas numa sessão: apesar de a duração ter sido respeitada, alguns temas poderiam ter sido abordados de modo mais exaustivo, em maior número de sessões;
- As sessões beneficiariam se fossem aplicadas em grupos mais pequenos, uma vez que, numa das turmas de maior dimensão, houve necessidade de o professor chamar a atenção dos alunos pela falta de atenção e agitação que se começava a instalar;

Esta etapa do PS permitiu aos mestrandos mobilizar competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do seu percurso enquanto educadores de saúde, quer a nível de conhecimento teórico, quer a nível operacional.

2.6 - AVALIAÇÃO

No final das sessões de educação foi aplicado um questionário de avaliação (Apêndice VII). O total de alunos que assistiu às sessões de educação para a saúde, colaborou no preenchimento do questionário.

Posteriormente foram tratados os dados através do programa informático SPSS. Os quadros relativos ao tratamento destes dados encontram-se em apêndice (Apêndice VIII).

2.6.1 - Análise dos Resultados Obtidos em Ambas as Escolas

De uma forma geral, os dados obtidos na aplicação dos questionários de avaliação são sobreponíveis em ambas as escolas, pelo que a análise dos mesmos será apresentada de forma conjunta. Posteriormente, será apresentada a análise dos dados relativos às turmas onde as sessões de educação para a saúde foram levadas a cabo pela autora.

Assim, no que respeita à importância atribuída às sessões de educação para a saúde realizadas pelos mestrandos, podemos aferir que a maioria dos jovens (cerca de 100%), em ambas as escolas, reconhece a sua importância. Da mesma forma, cerca de 60% dos indivíduos não justificaram essa importância. Dos que justificaram a importância das sessões, destaca-se o fato de afirmarem ter “mais e melhor informação acerca do tema”, nomeadamente no que respeita à prevenção da gravidez e IST's. A “melhor preparação para a vida futura” o “maior nível de confiança” e “evitar asneiras/erros futuros” surge como outra das razões para a atribuição de importância a esta ação.

Em relação ao grau de satisfação com os temas apresentados na sessão, afere-se que a maioria dos jovens, em ambas as escolas, ficou satisfeita ou muito satisfeita com os temas abordados. É de salientar que na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão a percentagem de jovens insatisfeitos ou indiferentes, é ligeiramente superior.

Relativamente aos meios utilizados na apresentação das sessões, quase 100% dos alunos, em ambas as escolas, ficou satisfeita ou muito satisfeita com os mesmos. Segundo o IEFP, numa sociedade em crescente grau de exigência e competitividade, os formadores têm de responder a uma adversidade de solicitações. Por esta razão, muitas vezes

desempenham funções que ultrapassam o âmbito da sua área académica ou profissional. Assim, é imprescindível o domínio de um conjunto de técnicas que permitam transmitir, de uma forma agradável e apelativa, toda a informação necessária. O formador deve conhecer as características e potencialidades dos recursos didáticos, dominando-os e explorando-os tanto a nível técnico como pedagógico.

No que diz respeito à informação fornecida na sessão, constatou-se que mais de 90% dos alunos, em ambas as escolas, ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com o conteúdo da sessão.

Quanto ao domínio que os mestrandos/formadores mostraram sobre a temática abordada, aferiu-se que, na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão, 98% dos jovens considerou ser bom ou muito bom. Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, uma percentagem ligeiramente inferior, cerca de 90%, teceu a mesma consideração.

No que concerne ao esclarecimento de dúvidas, durante a apresentação da sessão, mais de 90% dos jovens, de ambas as escolas, afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos.

Quando questionados acerca da sua opinião relativamente à etapa da vida “adolescência”, a maioria dos jovens concorda ou concorda totalmente que esta é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Este resultado é comum às duas escolas.

A maioria dos jovens mostrou-se capaz de identificar pelo menos dois afetos que podem estar envolvidos na sexualidade. Desses afetos, os mais referidos foram: amor, amizade e paixão. Embora a maioria dos afetos referidos sejam positivos, foram também indicados afetos negativos (10 respostas) por alguns dos jovens: culpa; insultos; ofensas; violência; tristeza e ansiedade.

A generalidade dos jovens inquiridos discorda, ou discorda totalmente, com o fato de que a utilização do preservativo só evita a gravidez. Cerca de 10% dos alunos, concorda ou concorda totalmente com esta afirmação.

Quanto à efetividade da pilula como método de prevenção de IST's, mais de 84% discorda ou discorda totalmente. No entanto, uma baixa, mas ainda significativa, percentagem de jovens (6% na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão e 12% na Escola Secundária Mouzinho da Silveira) considera a pilula como um método de prevenção de IST's. Embora a percentagem de jovens que desconhece as características e critérios para

seleção de métodos contraceptivos, seja relativamente baixa, é significativa no contexto do estudo, uma vez que foi dada informação sobre este tema durante as sessões. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Saavedra et al (2010), segundo o qual os adolescentes, quando pensam na sexualidade e vida amorosa, pouco significado atribuem à prevenção, seja da gravidez ou IST's. Parece difícil equacionar o amor e/ou prazer com a atitude racional que implica pensar, ao mesmo tempo, na prevenção. Saavedra, Magalhães, Soares, Ferreira & Leitão (2007), consideram que um maior número de conhecimentos sobre HIV/SIDA e a sua prevenção pode aumentar a intenção de usar preservativo. Um estudo realizado em Portugal, em 1997, revelou que cerca de 81,1% dos jovens conheciam o preservativo como estratégia de prevenção desta IST. Os dados obtidos pelos mestrandos coincidem, de certa forma, com os dados obtidos neste estudo. A percentagem de jovens que se preocupa com a problemática do HIV/SIDA (84%) pode estar diretamente relacionada com a percentagem de adolescentes (86%) que reconhece o preservativo como meio de prevenção desta IST.

2.6.1.1 - Indicadores de Atividade

De acordo com os indicadores anteriormente definidos e considerando o total de alunos, como a soma de todos os inquiridos que participaram na intervenção em ambas as escolas, obtiveram-se os resultados apresentados no Quadro nº 4.

Quadro nº 4 - Indicadores de Atividade de Ambas as Escolas

Indicadores de Atividade de Ambas as Escolas	
Indicadores de Atividade	Resultado
Taxa de intervenção.	100%
Taxa de participação de alunos nas intervenções.	100%
Taxa de importância atribuída pelos alunos à intervenção.	99.3%
Taxa de satisfação dos alunos com os temas apresentados.	90,4%
Taxa de adequação dos meios utilizados na intervenção.	99,6%
Taxa de satisfação dos alunos com a informação fornecida.	92,2%
Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas.	91,5%
Taxa de satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas.	92,2%

Fonte: **Própria Autora**

Assim, pode-se afirmar que as metas propostas foram atingidas de forma satisfatória, ficando todas as taxas acima do pretendido, pelo que consideramos a avaliação das sessões, em termos de atividade, positiva.

2.6.1.2 - Indicadores de Resultado de Atividade

No Quadro nº 5, apresentam-se os resultados relativos aos indicadores de resultado de atividade anteriormente definidos.

Quadro 5 - Indicadores de Resultado de Atividade de Ambas as Escolas

Indicadores de Resultado de Atividade de Ambas as Escolas	
Indicadores de Resultado de Atividade	Resultado
Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade.	92.9%
Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade.	97.9%
Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de IST's.	85.8%
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo.	82.9%

Fonte: **Própria Autora**

Pode-se afirmar que as metas propostas foram atingidas de forma satisfatória, ficando todas as taxas acima do pretendido, pelo que consideramos a avaliação das sessões, em termos de resultado de atividade, positiva.

2.6.2 - Análise dos Resultados Obtidos nas Turmas Alvo da Intervenção

Relativamente à apreciação e opinião dos inquiridos acerca da importância da formação, a totalidade dos 50 inquiridos achou importante a participação na formação sobre sexualidade. Estes dados são sobreponíveis aos obtidos nas duas escolas.

No entanto, a maioria (44) dos inquiridos nas 3 turmas onde se interveio diretamente não justifica a importância atribuída. Dos que justificaram a sua resposta (6 alunos), a maioria (quatro jovens) reconhece a importância das sessões como forma de obter mais e

melhor informação sobre o tema, enquanto os restantes (dois alunos) sublinham que a formação foi importante como forma de prevenir uma gravidez não desejada e IST's;

Em relação à satisfação com os temas apresentados, a larga maioria mostrou-se satisfeita (23 alunos) ou muito satisfeita (20). Seis dos sete alunos restantes mostraram-se muito insatisfeitos, insatisfeitos ou indiferentes aos temas apresentados, havendo também uma não resposta. Estes dados estão em concordância com os obtidos no total de alunos nas duas escolas, dado que a maioria também ficou satisfeita ou muito satisfeita com os temas abordados.

No que se refere à adequação dos meios utilizados, apenas um adolescente considerou que os meios utilizados não foram adequados à formação, tendo os restantes (49) dado o seu parecer positivo relativamente a esta questão. Relativamente ao total de alunos, tanto as turmas onde se interveio diretamente, como a globalidade dos jovens, consideram que os meios utilizados foram adequados.

Quando questionados em relação à satisfação com a informação fornecida, 22 Adolescentes ficaram muito satisfeitos, ao passo que 21 manifestaram-se satisfeitos; ao invés, 5 alunos consideram-se muito insatisfeitos ou indiferentes. Mais uma vez, os dados obtidos estão em concordância com os dados obtidos nas duas escolas.

Na questão onde os adolescentes eram abordados acerca do domínio dos formadores em relação aos temas abordados, 36 Jovens consideram que os formadores têm muito bom domínio das temáticas apresentadas e 11 consideram-no bom. Os restantes 3 elementos entenderam que os formadores dominaram os temas satisfatoriamente. Quer nas turmas abordadas, quer na totalidade dos alunos, a maioria considera que o domínio dos formadores acerca dos temas abordados é bom ou muito bom.

Em relação à satisfação perante o esclarecimento de dúvidas, os indicadores apontam, uma vez mais, que uma larga maioria assume ter ficado muito satisfeita (26) ou satisfeita (19) no que concerne ao esclarecimento de dúvidas. Apenas 4 inquiridos se mostraram insatisfeitos, muito insatisfeitos ou indiferentes, relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre os temas. A totalidade dos alunos, em ambas as escolas, também ficou satisfeita com o esclarecimento de dúvidas.

Ao questionar os alunos acerca da adolescência como etapa de vida, obtiveram-se os seguintes resultados: A maioria dos jovens considera que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, sendo que 27 concordam totalmente e 19

concordam com esta afirmação. Apenas 4 inquiridos não têm opinião formada sobre a questão. Uma vez mais, os resultados aqui obtidos são sobreponíveis aos obtidos na análise dos dados globais.

Relativamente à identificação de, pelo menos, dois afetos que podem estar envolvidos na sexualidade, 46 dos 50 jovens inquiridos identificaram o amor (24), o carinho (16), a amizade (4), os beijos (9) e os abraços (5) como os mais relevantes. A ternura (2); a intimidade (1); o prazer (2); a confiança (1); o afeto (1); a fantasia (1); a masturbação (3); afetos verbais (1); sexo (2); desejo (2); confiança (2); toque (4); andar de mão dadas (1); sedução (1); excitação (1); atração (1) e a emoção (2) são também aspetos mencionados pelos jovens. Neste ponto, interessa também destacar que algumas respostas denotam uma visão pouco otimista em relação à sexualidade, destacando a culpa.

Através dos resultados dos inquéritos, constatou-se também que a totalidade dos jovens envolvidos nesta intervenção identifica afetos positivos semelhantes. Relativamente aos afetos negativos, verificou-se que nas turmas onde a autora interveio, estes são menos referidos.

Ao inquirir os adolescentes sobre se o preservativo apenas evita a gravidez, a maioria dos 50 jovens (45) garantiu discordar ou discordar totalmente com o fato de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento da gravidez; Ao invés, 1 aluno concorda com a afirmação e 4 não manifestam opinião. Tanto a maioria dos adolescentes onde a autora interveio, como a maioria dos jovens nas duas escolas, reconhece o preservativo como meio de prevenção da gravidez e IST's.

Relativamente à efetividade da pilula na prevenção de IST's, obtiveram-se os seguintes resultados: A maioria dos jovens em estudo (43) discorda ou discorda totalmente que o uso da pilula previne as IST's; 3 Indivíduos não manifestaram opinião e 4 Inquiridos acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir IST's. Também aqui, os resultados são sobreponíveis.

2.6.2.1- Indicadores de Atividade

De acordo com os indicadores anteriormente definidos e considerando o total de alunos, a soma de todos os sujeitos que assistiram às sessões levadas a cabo pela autora, obtiveram-se os resultados que se apresentam no Quadro nº 6.

Quadro nº 6 – Indicadores de Atividade das Turmas onde se Interveio

Indicadores de Atividade das Turmas onde se Interveio	
Indicadores de Atividade	Resultado
Taxa de intervenção.	100%
Taxa de participação de alunos nas intervenções.	94%
Taxa de importância atribuída pelos alunos à intervenção.	100%
Taxa de satisfação dos alunos com os temas apresentados.	86%
Taxa de adequação dos meios utilizados na intervenção.	98%
Taxa de satisfação dos alunos com a informação fornecida.	86%
Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas.	94%
Taxa de satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas.	90%

Fonte: **Própria Autora**

Assim, considera-se que as metas propostas foram atingidas de forma satisfatória, ficando todas as taxas acima do pretendido, pelo que consideramos a avaliação das sessões, em termos de atividade, positiva.

2.6.2.2- Indicadores de Resultado de Atividade

Relativamente aos indicadores de resultado de atividade o Quadro nº 7 é ilustrativo do efeito produzido nas turmas alvo da intervenção da autora.

Quadro nº 7 – Indicadores de Resultado de Atividade das Turmas onde se Interveio

Indicadores de Resultado de Atividade das Turmas onde se Interveio	
Indicadores de Resultado de Atividade	Soma
Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade.	92%
Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade.	92%
Taxa de identificação de afetos positivos na sexualidade.	97.9%
Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de IST's.	90%
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo.	86%

Fonte: **Própria Autora**

Afirma-se que as metas propostas foram atingidas de forma satisfatória, ficando todas as taxas acima do pretendido, pelo que consideramos a avaliação das sessões, em termos de atividade, positiva.

3 – REFLEXÃO CRÍTICA

Este trabalho representa um incessante esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, o finalizar de mais etapa formativa e a consequente obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. Todos os trabalhos realizados ao longo do mestrado foram de extrema importância, mas salienta-se a intervenção comunitária com base na metodologia do PS levado a cabo durante o segundo e terceiro semestres, por ser a “base” daquilo que deve ser o trabalho do Enfermeiro na Comunidade. Todas as suas etapas foram importantes, embora cada uma delas contribua de forma distinta para o desenvolvimento profissional e pessoal dos intervenientes.

O diagnóstico de situação foi de importância notória por ter sido a primeira vez que participou na realização de um diagnóstico de situação, ou em qualquer etapa do PS. Permite compreender a importância da identificação das reais necessidades de saúde de uma população, para melhor adequar a intervenção do profissional de saúde, em concreto do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. Muitas vezes os indivíduos têm necessidades ou problemas, mas falta-lhes a motivação ou o impulso para o manifestarem ou procurarem soluções de forma autónoma. Ser enfermeiro na comunidade, ir ao encontro dos indivíduos, questioná-los acerca das suas necessidades no seu meio, longe das infraestruturas e do ambiente por vezes frio das instituições de saúde, revelou-se uma mais-valia; por um lado, os jovens sentiram-se menos inibidos em expor as suas dúvidas e opiniões, de forma anónima, autónoma e dentro do seu ambiente de conforto; por outro lado, o fato do enfermeiro se deslocar à escola e demonstrar preocupação pelo bem-estar dos adolescentes, pode ser decisivo para aumentar a confiança e a receptividade aos profissionais de saúde, estimulando a procura de acompanhamento/aconselhamento, em particular na sua sexualidade, como área de abordagem sensível nesta faixa etária.

Foi algo surpreendente constatar que apesar da informação disponível atualmente e dos esforços feitos para desmitificar a sexualidade, existem pais que não autorizaram a participação dos filhos no questionário. Este fato constituiu uma das principais limitações sentidas nesta fase. Seria importante, porventura em iniciativas futuras, avançar para a educação dos próprios pais, envolvendo-os nas sessões de informação e atribuindo-lhes um papel ativo na educação dos filhos, em termos de sexualidade. Poderia ser uma parceria bastante positiva, com ótimos resultados em termos de desmitificação e até mesmo das

tentativas de negação/recriminação da sexualidade dos jovens. Por um lado, seria transmitida aos pais a noção de que a educação sexual não visa ensinar os filhos a ter relações sexuais, mas sim ensiná-los a tomar decisões informadas e conscientes de futuro; Por outro, haveria uma aproximação entre o Enfermeiro Comunitário e as famílias, uma cooperação entre ambos e até o empoderamento dos pais, capacitando-os para abordarem o tema com os filhos com maior abertura.

A pesquisa levada a cabo e a elaboração do quadro teórico revelaram-se um desafio construtivo. A inexperiência em termos de trabalho na faixa etária envolvida, e no campo da sexualidade, bem como a vasta bibliografia disponível, levaram a dúvidas na seleção de temas pertinentes e na exclusão de outros de menor importância. Foi um processo dinâmico e constante ao longo do último ano, em que foram feitos ajustes à medida que a progressão do trabalho assim o exigiu. Permitiu adquirir vastos conhecimentos, pelo que nenhuma desta pesquisa, redação de textos, mesmo que não presentes neste relatório, foi em vão, e deu o seu importante contributo.

Também a bibliografia consultada em termos de Metodologia do Planeamento e Investigação científica foi enriquecedora. Permitiu aquisição de mais e melhores conhecimentos sobre como realizar PS, e esclarecer dúvidas pré-existentes. A aplicação das escalas de Likert foi também novidade e os resultados a que conduziram, não deixaram incertezas quanto à sua importância em investigação.

Relativamente ao diagnóstico de situação, as dificuldades sentidas foram a insegurança da inexperiência e tratamento dos dados em SPSS. Para colmatar a segunda dificuldade, valeram as aulas dos professores António Calha e Helena Arco, nas quais se abordou o programa e se realizaram exercícios práticos. Os mesmos professores mostraram-se disponíveis para esclarecer dúvidas e apoiar ao longo do tratamento dos dados obtidos. A cooperação, espírito de equipa e partilha de conhecimentos entre os mestrandos foi decisiva para o sucesso desta tarefa, por serem em pequeno número e estarem todos envolvidos no diagnóstico de situação.

Identificados os problemas e definidas as prioridades, foi proposta a realização de um projeto de intervenção individual. Este projeto contribuiu para adquirir experiência na programação de ações educativas. No entanto, ao longo do estágio, evidenciaram-se lacunas no projeto inicial, que foram colmatadas através das intervenções posteriores, mais completas e com um campo de ação mais alargado. Além das necessidades identificadas pelos mestrandos, consideram-se igualmente importantes os temas propostos pela direção das duas escolas secundárias, uma vez que os professores têm maior contato com os adolescentes e são conhecedores de grande parte das suas necessidades. Por outro lado, a articulação entre a Escola Superior de Saúde e as referidas escolas foi bastante positiva e

demonstrou que, apesar da população do distrito se mostrar, por vezes, conservadora, já se vislumbram esforços para mudar mentalidades e comportamentos.

A elaboração e apresentação das sessões demonstraram ser uma atividade agradável e dinâmica. Não só se colocaram em prática as operações previamente programadas, como se desenvolveram as competências de angariador e gestor de meios e recursos, que o enfermeiro deve deter, como se aperfeiçoou o domínio das tecnologias audiovisuais, para melhor cativar a atenção do público-alvo.

Relativamente à utilização da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura considera-se que foi adequada à intervenção realizada, pois tem por base o princípio de que as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo. Ao informar os adolescentes acerca dos riscos potenciais e possíveis consequências, associados a determinado comportamento sexual, pode-se influenciar a atitude inerente a esse comportamento, impedindo que este se repita. Esta teoria contempla também a interação entre fatores internos e externos ao indivíduo e que influenciam o seu comportamento. Assim, ao elaborar as sessões de educação para saúde foram tidas em conta as características específicas desta etapa de vida, nomeadamente o sentimento de invulnerabilidade, motivação e interesses. Também as crenças e os mitos foram abordados, pois ainda influenciam de forma marcada o comportamento dos jovens.

Esta teoria contempla a aprendizagem pela observação, sendo importante captar a atenção da população alvo para que esta retenha a informação e seja capaz de a reproduzir num comportamento desejado. Por esta razão, optou-se por uma metodologia mais interativa e dinâmica na apresentação das sessões, recorrendo a filmes e dando ênfase a imagens.

A teoria em questão permite o ensino de novos comportamentos e desenvolvimento de emoções, na medida em que, ao apresentar uma nova forma de abordar a sexualidade, poderemos desenvolver nos indivíduos novas formas de pensar e levar ao desenvolvimento de reações emocionais a situações ainda não vivenciadas. Ao dar ênfase aos afetos envolvidos na sexualidade, procurou-se que os jovens os englobem na vivência da sexualidade, afastando-se da visão redutora da sexualidade como um ato meramente físico.

Da mesma forma que um comportamento de risco é imitado e gera consequências negativas, também é esperado que a adoção de comportamentos saudáveis seja uma motivação para que outros indivíduos da mesma faixa etária imitem o comportamento saudável.

A principal dificuldade na apresentação das sessões de educação para a saúde consistiu em sentimentos de insegurança e até de alguma timidez perante um grupo de adolescentes exigentes que, com o decorrer das várias sessões, se foram dissipando

naturalmente. Os adolescentes alvo da intervenção foram bastante participativos e, alguns deles, revelaram ser detentores de uma boa base de conhecimentos gerais no âmbito da sexualidade, fator decisivo para que os educadores se sentissem “à vontade”. Analisando posteriormente as ações levadas a cabo considera-se que o feedback foi positivo, através da análise dos questionários finais aplicados às turmas onde se interveio diretamente, demonstrando que os objetivos estipulados foram alcançados.

No entanto, é importante referir que os resultados obtidos no questionário final podem ter sido influenciados por variáveis externas, como os conhecimentos prévios em matéria de sexualidade, e não em consequência direta das sessões. Não possuímos dados que nos permitam avaliar os conhecimentos prévios de forma efetiva. Seria útil, em iniciativas futuras, realizar uma avaliação de conhecimentos inicial e final para obter uma comparação e, desta forma, conseguir constatar a efetividade das intervenções.

A autora deste relatório aponta como possível sugestão à intervenção o fato de que, no âmbito da Promoção da Saúde, seria benéfico um número mais alargado de intervenientes. Do ponto de vista académico, e dada a pouca experiência dos mestrandos, foi mais proveitoso optar por um número menor de sujeitos.

Ao nível dos questionários aplicados, constatou-se a fraca adesão às perguntas abertas, o que se pode explicar pela falta de disponibilidade, de conhecimentos e capacidade de escrita, necessários para responder a este tipo de questões e que os adolescentes nem sempre têm, tendo em conta a etapa de vida em que se encontram.

Outra possível limitação prende-se com o número de sessões de educação para a saúde realizadas. Talvez fosse positivo repartir os temas em mais sessões, por forma a abordá-los mais profundamente e informar os jovens de forma mais completa e contínua. Por outro lado, uma maior convivência com o mesmo grupo de alunos criaria um ambiente de maior proximidade, propício ao esclarecimento de dúvidas mais pessoais.

Em projetos futuros, sugere-se uma maior articulação com os professores dos alunos, em termos de intervenção, uma vez que estes têm maior proximidade com os alunos o que pode ser uma mais-valia em termos de educação para a saúde. Não menos importante seria um envolvimento dos serviços de saúde locais, nomeadamente do gabinete de planeamento familiar e saúde reprodutiva do centro de saúde.

Os dados obtidos nesta intervenção poderiam ser utilizados pelas escolas e unidades locais de saúde, de forma a orientar nos projetos a nível do PNSE e Educação Sexual.

Seria pertinente criar condições para uma avaliação de impacto a longo prazo. E seria também interessante alargar este estudo a mais escolas do distrito, com o objetivo de conhecer a realidade distrital em termos de necessidades de saúde e posteriormente intervir sobre estas, de forma a obter ganhos em saúde para a comunidade.

De uma forma geral, toda a metodologia do PS foi uma mais-valia para a intervenção e formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Foram muitos os contributos desta metodologia, entre os quais se destacam o acréscimo no domínio das suas etapas; a aquisição de experiência no âmbito da sexualidade e no trabalho com adolescentes; desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista; perceção da realidade local em termos de necessidades de saúde; contributo no papel do enfermeiro enquanto educador e especificamente na saúde sexual; contributo para a investigação em enfermagem.

Além disso, espera-se que as atividades efetuadas conduzam à melhoria das condições de saúde da população e que iniciativas futuras deem continuidade ao trabalho realizado. Seria interessante avaliar o impacto das ações educativas que, infelizmente não foi passível de se estimar, devido ao curto espaço de tempo em que o processo decorreu.

O elevado número de gravidezes adolescentes do distrito de Portalegre, bem como a percentagem crescente de jovens vítimas de IST's, a nível mundial, ilustram a necessidade de continuar a investir na prevenção de comportamentos de risco e na promoção de estilos de vida saudáveis. Este trabalho argumenta a importância do Enfermeiro Comunitário na promoção da saúde em geral, não diminuindo o interesse de outros grupos profissionais e/ou setores.

4 – CONCLUSÃO

O presente relatório consistiu na descrição do trabalho realizado ao longo do segundo e terceiro semestres do Segundo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária.

As atividades desenvolvidas basearam-se na metodologia do PS e constituíram uma forma de colaboração com as escolas no PNSE. Inicialmente foi feito um diagnóstico de situação que permitiu a identificação de problemas e necessidades de saúde em termos de sexualidade de adolescentes do distrito de Portalegre. Com base nos problemas identificados foram definidas prioridades e assentados objetivos que conduziram à elaboração do projeto de intervenção.

O estágio do terceiro semestre consistiu na execução das intervenções planeadas no projeto, nomeadamente a realização de sessões de educação para a saúde junto de alguns adolescentes inquiridos.

Os objetivos do estágio foram alcançados, na medida em que se transmitiu a informação inicialmente identificada como pertinente e através da aplicação de indicadores de atividade e de resultado de atividade, que permitem concluir a consecução dos mesmos. Por outro lado, o questionário de avaliação final, aplicado posteriormente às sessões, permitiu concluir que a maioria dos sujeitos:

- Considerou importante a sessão de educação para a saúde;
- Considerou os temas abordados de grande importância e relevância na sua vida,
- Ficou satisfeita com o esclarecimento das suas dúvidas;
- Identificou afetos positivos relacionados com sexualidade;
- Identifica o preservativo como meio de prevenir a gravidez e IST's;
- Reconhece a pilula como método unicamente contraceutivo.

Assim, considera-se que as sessões de educação para a saúde podem ter contribuído para que os adolescentes sujeitos às intervenções adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis, de forma a tomar decisões informadas e conscientes relativas à sua sexualidade.

A pertinência deste relatório prende-se com o finalizar da etapa formativa e obtenção do título de enfermeiro especialista e grau de mestre mas, acima de tudo, com a análise e reflexão de todo o processo de PS realizado. Através da sua elaboração, foram identificadas lacunas, limitações e contributos do mesmo. É de salientar a importância do PS na investigação em enfermagem, na promoção da saúde e na afirmação do papel do enfermeiro da comunidade enquanto educador.

Após fazer a retrospectiva do trabalho realizado considera-se que o mesmo foi produtivo e enriquecedor para a autora deste relatório, tendo sido alcançados os objetivos propostos para a elaboração do mesmo.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a implementação de projetos futuros no mesmo âmbito.

O estágio provou ser muito importante para o desenvolvimento de competências que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária deve ter. O Regulamento nº 122/2011 defende que o Enfermeiro Especialista deve intervir na comunidade, sendo os cuidados de saúde fundamentais na resolução de problemas dos indivíduos. Antes desta intervenção procurou-se avaliar o estado de saúde de um grupo da comunidade e posteriormente, na intervenção descrita, dar resposta às necessidades dos adolescentes no seu meio ambiente, adotando estratégias para os empoderar e capacitar a responder ao seu processo de saúde e a tomar decisões informadas e conscientes. Desta forma, julga-se ter contribuído para o processo de capacitação de grupos e comunidades, competência fundamental do Enfermeiro Especialista.

As intervenções levadas a cabo pela autora, no âmbito da Metodologia do PS, permitiram colaborar com programas de saúde comunitária, nomeadamente com o PNS e PNSE, conforme preconiza a regulamentação das competências do Enfermeiro Comunitário. Em suma, conclui-se que todo o trabalho realizado, no âmbito da Metodologia do PS, incluindo o estágio, permitiram interiorizar e colocar em prática as competências essenciais ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, possibilitando um futuro desempenho profissional mais efetivo.

5 – BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2009). *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. In Linha de Investigação em Enfermagem de Família - Escola Superior de Enfermagem do Porto, 5-7. Acedido em 12 de Janeiro de 2012 em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf.

Almeida M., Aquino A., Gaffinkin L. & Magnani R. (2003). *Uso de Contraceção por adolescentes de escolas públicas da Bahía*. *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17470.pdf>.

Almeida, T.; Marinho, S. & Tavares, S. (2010, Abril-Junho). Educação Sexual: quem deve ser o formador?. In *Revista Percursos*, 16, 25-34.

Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Antunes, F. (2008). Estratégias e progressos na terapêutica anti-retrovírica. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 297-305). Lisboa: Permanyer Portugal.

Araújo, E. (2004). Hepatite C. In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infectologia* (1.^a edição – pp. 113-121). São Paulo: Editora Atheneu.

Assembleia da República [AR] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março: Educação sexual e Planeamento família. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 71, 981-983. Acedido em 25 de Outubro de 2012 em: <http://dre.pt/pdf1s/1984/03/07100/09810983.pdf>.

Assembleia da República [AR] (1999). Lei n.º 120/1999 de 11 de Agosto: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1.^a série – A, n.º 186, 5232-5234.

Assembleia da República [AR] (2007). Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril: Exclusão de licitude nos casos de interrupção involuntária da gravidez. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 75, 2417-2418. Acedido a 11 de Novembro de 2012 em: <http://dre.pt/pdf1s/2007/04/07500/24172418.pdf>.

Assembleia de Republica [AR] (2009). Decreto-Lei 60/2009 de 6 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 151, 5097-5098.. Acedido em 15 de Dezembro de 2012 em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/15100/0509705098.pdf>

Azevedo-Pereira, J. (2008). Ciclo biológico de VIH. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 9-21). Lisboa: Permanyer Portugal

Barraviera, S. (2004). Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infectologia* (1.ª edição – pp. 555-568). São Paulo: Editora Atheneu.

Bastos, A. S. (2003). *Visões acerca dos Adolescentes: Algumas Concepções na Área da Saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de Saúde Pública. São Paulo.

Blos, P. (1985). Adolescência. *Psicologia e Pedagogia – Uma Interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Bock, A., Furtado, O. & Teixeira, M. (1999). *Psicologias – Uma Introdução ao Estudo da Psicologia* (13.ª edição). São Paulo: Editora Saraiva .

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brasil, L.; Mitsuri, R.; Pereira, A. & Alves, R. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. In *Revista Análise Psicológica*, 4, 465-483. Acedido em 10 de Novembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a04.pdf>.

Cabral C. (2003). Contraceção e gravidez na adolescência na perspectiva dos jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. In *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>.

Caldeira, L. (2008). Neoplasias associadas à sida. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 199-213). Lisboa: Permanyer Portugal.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 1 – Construção de Bases de Dados utilizando o Data Editor do SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 2 – Estatística Descritiva Univariada*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 3 – Manipulação de ficheiros de dados*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 4 – Transformação de dados no SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 5 – Coeficiente de Consistência Interna: Alfa de Cronbach*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 6 – Testes e Medidas de Associação I (modelos de comparação de grupos)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Calha, A. (2011). *Guia n.º 7 – Testes e Medidas de Associação II (modelos de comparação de pares de variáveis)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Camacho, R. (2008). *Resistência aos anti-retrovíricos*. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 441-453). Lisboa: Permanyer Portugal.

Câmara Municipal de Portalegre (2012). Freguesias do Concelho de Portalegre. In *Portal da Câmara Municipal de Portalegre*. Acedido em 20 de Junho de 2011 em http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa_concelho2.gif.

Canário, A. C. (2009). *Aspectos Éticos e Psicológicos do Abortamento no Casal*. Tese de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

Canavarro, M. & Pereira, A. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas. In Canavarro, M. (org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (1.^a edição – pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora

Carapineiro, G. (1986). A Saúde no Contexto da Sociologia. In *Sociologia: Problemas e Práticas*. Acedido em 07 de Dezembro de 2011 em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/39/433.pdf>

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: *Ordem dos Enfermeiros*, 1 – 5 . Acedido a 11 de Novembro de 2012 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf

Conselho de Enfermagem [CE] (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem dos Enfermeiros* . Acedido a 11 de Novembro de 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos* (1.^a edição). Lisboa: A Esfera dos Livros.

Costa, M. (2008). *A Prática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes – A problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto

Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar. *Revista Nursing*, n.º 259, 10-16.

Duchamel, F. & Fortin, M. (1999). Os Estudos de Tipo Descritivo. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação*. Da concepção à Realização (pp. 162-172). Loures: Lusociência.

Escola Cristóvão Falcão de Portalegre (2011). Portal da Escola Cristóvão Falcão de Portalegre. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://ebcf.edu.pt/joomla/>

Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre (2011). Portal da Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre. Acedido em 1 de Dezembro de 2011 em <http://www.esms.pt>

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

Facci, M. (2004, Abril). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. In *Cad. Cedes*, 62 (24). 64-81. Acedido em 11 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20092.pdf>.

Fernandes, A. (s.d.). *A Educação para a Sexualidade. Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Acedido em 27 de Dezembro de 2011 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap2.pdf.

Ferreira, M. & Borges, A. (2004). Hepatites por Vírus (A,B,C). In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infectologia* (1.^a edição – pp. 95-111). São Paulo: Editora Atheneu.

Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... In *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>.

Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.

Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. In *Servir*, 3 (52), pp. 132-137.

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. In *Análise Psicológica (XVIII)*, pp. 485-498. Acedido em 17 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a05.pdf>.

Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magrinho, R. (2005). Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas: Diferentes Circunstâncias de Risco? In *Acta Med Porto*, 18, 97-105. Acedido em 20 de Junho de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/097-105.pdf>.

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

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M., Brisson, D. & Wakulczyk, G. (1999). Noções de Ética em Investigação. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Científica. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Especifica de uma Disciplina: O Exemplo das Ciências de Enfermagem. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 25-33). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). As Etapas do Processo de Investigação. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 35-43). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). Escolher um Problema de Investigação. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 47-60). Loures: Lusociência.

Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de Colheitas de Dados. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.

Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Gammer, C.; Cabié, M. (1999). *A adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Gomes, J. & Sousa, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Revista Nursing*, 196, 25-27.

Gomes, C. (2011, Dezembro). A primeira vez – um comportamento de risco? *In Revista Nursing*, 276, 25-30.

Gonçalo, M. (2002, Dezembro). *A Mãe Menina*. *In Revista Nursing*, 172 (14), 10-15.

Guerra, M. (2004). *Estilos de Vida dos Adolescentes – Hábitos e Preocupações*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.

Hale, P. (1999). VIH, Hepatite e Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Stanhope & Lancaster (cor.) *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, (4.^a edição – pp.853-876). Loures: Lusociência.

Hernández, J., Alonso M., Ysquierdo Y. & González, T (2001). Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *In Revista de Enfermería Cubana*, 17(1), 9-13. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000100002&script=sci_arttext.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Horton, P & Hunt, C. (1981). *Sociologia*. São Paulo: Editora McGraw-Hill.

Ilhéu, J. (1995). *Do Tema ao Modelo de Investigação: Sebenta de Métodos e Técnicas de Investigação Social I e II*, Manuscrito não publicado, Universidade de Évora, Évora.

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

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação*. Acedido em 23 de Janeiro 2013 em http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Acedido a 12 de Dezembro de 2012 em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (s.d.) *Exploração Pedagógica de Recursos Didáticos do Audiovisual ao Multimédia Referencial de Formação Pedagógica Contínua de Formadores/as*. Centro Nacional de Formação de Formadores.. Acedido em 13 de Dezembro de 2012 em: http://www.iefp.pt/formacao/formadores/formacao/ReferenciaisFormadores/FormacaoContinua/Documents/2094_MIOLO_1_48_K.pdf

International Council of Nurses (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Acedido em 05 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf

Isabel, D. (s.d.). *Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano*. In Jornal Digital da ESEP. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>

Lakatos, E. & Marconi, M. (1992). *Metodologia Científica* (2.^a edição). São Paulo: Editora Atlas

Lassiter, P. (1999). Abordagens de Grupo em Saúde Comunitária. In Stanhope, M. &

Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – pp. 471-484). Lisboa: Lusociência.

Leitão I. & Ramoa C. (2011). *Mitos e Crenças sobre Aspetos Ligados à Sexualidade – A Educação em Meio Escolar: Metodologias de Abordagem/Intervenção*. Centro de Formação das Escolas de Matosinhos. Acedido em 11 de Dezembro de 2012 em <http://www.cfaematosinhos.eu/M1.pdf>.

Lino, T. (2009). A adolescência e a sexualidade distorcida. In *Psicologia.com.pt – O Portal dos Psicólogos*, 1-11. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0147.pdf>.

Lopes, J. & Pereira, A. (2008). Complicações renais. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 261-264). Lisboa: Permanyer Portugal.

López, F. & Fuertes, A. (1999) *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF. (Original publicado em 1989).

Magalhães, M. (2009). *Comportamentos de risco em adolescentes portugueses: variações em função da região e do comportamento sexual*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Temas de Psicologia – Área de Especialização de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos), Porto.

Mansinho, K. (2008). Outras infecções bacterianas. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 178-184). Lisboa: Permanyer Portugal.

Marques, A., Prazeres, V., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J. & Meneses, P. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Marreiros, M.C. (2002). *Relações Sexuais Precoces e Comportamentos de Risco nos Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

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.

Matos, O., Ângelo, H. & Antunes, F. (2008). Protozoários oportunistas e *Pneumocystis jirovecii*. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 141-155). Lisboa: Permanyer Portugal.

Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *In Nursing*, 212, 37-43.

Milnes, K. (2004). What lies between romance and sexual equality?: A narrative study of young women's sexual experiences. *In Sexualities, Evolution & Gender*, 2-3 (6), 151-170.

Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. *Diário da República*, 1.^a série – A, n.º 240, 5784-5786.

Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 240, 17515-17516.

Ministério da Educação [ME] (2011). *Nova Escola*. Acedido em 25 de Junho de 2011 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>.

Assembleia da República [AR] (1999). Decreto-Lei 120/99 de 11 de agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1.^a série-A, n.º186, 5232-5234. Acedido em 12 de Novembro de 2012 em: <http://dre.pt/pdf1s/1999/08/186A00/52325234.pdf>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Divisão Geral da Saúde. Acedido em 03 de Junho de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

Ministério da Saúde [MS] (2006). Despacho n.º 12045/2006 de 7 de Junho. *Diário da República, 2ª série n.º110, 8250*. Acedido a 10 de Maio de 2012 em <http://dre.pt/pdfgratis2s/2006/06/2S110A0000S00.pdf>.

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)*.

Miranda, A. (2008). Complicações do sistema nervoso na infecção por VIH. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 247-257). Lisboa: Permanyer Portugal-

Molina T. & Unikel-Santoncini C. (2010, Março) Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. In *Revista Chilena de Nutrición*, (37), 60-69. Acedido em 30 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000100006#img01.

Moretti-Branchini, M. & Colombo, A. (2004). Candidíase. In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Conduitas em Infectologia* (1.ª edição – pp. 359-363). São Paulo: Editora Atheneu.

Neto, A. (2004). Gravidez Adolescência. In *Psicologia.com.pt – Portal dos Psicólogos*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178.

Noronha, M. G. R. C. S. Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P. & Centa M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde. In *Ciência & Saúde Colectiva*. n.º2 (14) ,497-506. Acedido em 25 de Outubro de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a18v14n2.pdf>.

Nueva, M. (2001). *Educar en la sexualidad al adolescente y al joven*. Acedido em 27 de Dezembro de 2012] em http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6&cat=25&subcat=66&subj=&pais=doc

Nunes, M. (2011). Tempo e família: ciclos ou percursos familiares. In Rebelo, L. (2011). *A família em medicina geral e familiar – conceitos e práticas*. Lisboa: Verlag Dashöfer.

Oliveira D., Pontes A., Gomes A. & Salgado L. (2009, Outubro-Dezembro). Atitudes, Sentimentos e Imagens na Representação Social da Sexualidade entre Adolescentes. *In Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 13 (4), 817-823. Acedido em 06 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a18.pdf>.

Oppermann, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669.

Osório, L. (1992). *Adolescente Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oyafuso, L. & Petri, V. (2004). Papilomavirose. In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infectologia* (1.ª edição – pp.139-141). São Paulo: Editora Atheneu.

Pacheco, Sousa-Coutinho, Miranda, LoPS & Pereira. (2008). Manifestações orais. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 221-235). Lisboa: Permanyer Portugal.

Paixão, M. & Pádua, E. (2008). Transmissão da infecção por VIH. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 109-114). Lisboa: Permanyer Portugal.

Pedro, M. (2008). Testes serológicos e virológicos. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 119-129). Lisboa: Permanyer Portugal.

Penna, G., Hajjar, L., Braz, T. (2000). Gonorreia. In *Scielo Brasil*. Acedido em 10 de Janeiro de 2012 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822000000500007>.

Pereira, A. (2008). Complicações hematológicas. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 267-276). Lisboa: Permanyer Portugal.

Pereira, M. & Freitas, F. (2002). *Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA.

Phipps, W. & Adams-Davis, K. (2003). Intervenções Junto de Pessoas com Doenças Transmitidas Sexualmente. In Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (dir.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (6ª edição, Volume III – pp.1867-1888). Loures: Lusociência.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Divisão Geral da Saúde. Acedido em 03 de Junho de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Edição revista actualizada, Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11230_2.pdf.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Pratta, E. & Santos, M.; (2007, Maio-Agosto). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *In Psicologia em Estudo*, 2 (12), 247-256. Acedido em 10 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>.

Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino género e saúde sexual e reproduzida*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

Rebello, L. (2011). *A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas*. Lisboa: Verlag Dashöfer

Ribeiro J. & Araújo T. (1998). Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez. *In Análise Psicológica*, 3 (XVI), 469-479. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82311998000300013&script=sci_arttext

Rodrigues, R. (2010). Gravidez na Adolescência. Nascer e Crescer. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 3 (XIX).

Saavedra, L. Magalhães, S. Soares, D. Ferreira, S. & Leitão, F. (2007). *Género, Cultura e Sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: um programa de educação sexual*. IV Congresso Astur-galaico de Sociologia. Universidade do Minho. Braga. Portugal. Acedido em 04 de Setembro de 2012 em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7278/1/17_Saavedra%20Magalhaes%20Soares%20Ferreira%20e%20Leitao_%20Genero%20cultura%20e%20sexualidade.pdf.

Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (2010, Janeiro-Março). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. *Educação & Sociedade*, 110, (31), 135-156. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>.

Saíto M. & Leal M. (2003, Julho-Setembro). Aspectos éticos da contraceção na adolescência. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 3 (49),234 . Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300014.

Saíto M. & Leal M. (2007, Junho). Adolescência e Contraceção de Emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*, 2 (25), 186-186 . Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822007000200014&script=sci_arttext&tlng=es.

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

Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M. & Silva, M. (2007). *Grupo de Trabalho da Educação Sexual: Relatório Final*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido em 06 de Janeiro de 2012 em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>

Saúde e Sexualidade Juvenil (2011). In *Portal da Juventude*. Acedido em 19 de Dezembro de 2011 em <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Pagina/AsRela%C3%A7%C3%B5esAmorosas.aspx>

Schoen-Ferreira, T.; Aznar-Farias, M. & Silveiras, E. (2010, Abril - Junho). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (26), 227-234

Sereno, S., Leal I., & Moroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (10), 193-204. Acedido em 20 de Dezembro de 2012 em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a03.pdf>.

Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em contexto escolar: Factores preditores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Curso de Doutoramento em Psicologia), Porto.

Sousa, A. & Victorino, R. (2008). Imunopatogénese e resposta imunológica. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.ª edição – pp. 53-74). Lisboa: Permanyer Portugal.

Sousa, E. & Ribeiro, M. (2000) Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Souza, M. (dir.), *Assistência de Enfermagem em Infecçiology* (1ª edição – pp. 131-145). São Paulo: Editora Atheneu.

Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência: Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto

Sousa, P. (2006). Desenvolvimento moral na adolescência. In *O portal dos psicólogos*. Acedido em 12 de Dezembro de 2011 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf>.

Sousa-Coutinho, V. (2008). Complicações dermatológicas. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 237-245). Lisboa: Permanyer Portugal.

Sprinthall, N.; Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (4.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – pp. 492-517). Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1996). *Community Health Nursing* (4th Edition). St. Louis: Mosby-Year Book.

Reis, L. (2011). *Mitos e crenças sobre aspectos ligados à sexualidade*. Matosinhos: Centro de Formação da Associação de Escolas de Matosinhos.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação* (2.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Valadas, E. (2008). Tuberculose. In Antunes, F. (ed.), *Manual sobre Sida* (3.^a edição – pp. 167-174). Lisboa: Permanyer Portugal.

Vaz, J., Vilar, D. & Cardoso, S., (1996). *A educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta. Acedido em 15 de Dezembro de 2011 em http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf.

Ventura, T. (2010). *Tipologias Familiares: Caracterização e Singularidades dos seus Ciclos Vitais*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Vieira L., Saes S., Dória A. & Goldberg T. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100016&script=sci_arttext.

Vilar, D. (2002). *Falar Disso*. Porto: Ed. Afrontamento.

Vilar, D. (2003). *Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento (Original publicado em 2002).

Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança? *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 08 de Novembro de 2011 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf.

Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF.

Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau.

