



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Área de especialização em enfermagem Comunitária  
Unidade curricular Estágio e Relatório  
Professor orientador: Doutor Mário Martins

---

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO:**  
**EDUCAÇÃO SEXUAL NOS JOVENS DO 8.º, 9.º E CEF**  
**ESCOLA BÁSICA 2,3 CRISTOVÃO FALCÃO E**  
**MOUZINHO DA SILVEIRA, PORTALEGRE**

Elaborado por: Valentyna Romashchuk

**Maio**  
**2013**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Área de especialização em enfermagem Comunitária  
Unidade curricular Estágio e Relatório  
Professor orientador: Doutor Mário Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: EDUCAÇÃO SEXUAL NOS JOVENS DO 8.º, 9.º E CEF  
ESCOLA BÁSICA 2,3 CRISTOVÃO FALCÃO E MOUZINHO DA SILVEIRA,  
PORTALEGRE

Valentyna Romashchuk n.o 14905

*Trabalho desenvolvido no âmbito da  
Unidade curricular Estágio e Relatório do  
2.º Mestrado em Enfermagem comunitária  
Para obtenção de grau de mestre em  
Enfermagem.*

Maio 2013

*“Quando te empenhas profundamente no que estás a fazer, quando as tuas acções são agradáveis para ti e, ao mesmo tempo, úteis para outros, quando não te cansas para encontrar a doce satisfação da tua vida e do teu trabalho, estás a fazer aquilo para o qual nasceste”.*

*Gary ZuKav*

## Agradecimentos

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram nesta caminhada:

À Escola Superior de Saúde de Portalegre por esta oportunidade de realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Comunitária.

A comunidade educativa e docente da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e da Escola Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre pelo auxílio prestado no percurso deste trabalho e continuidade do projecto de intervenção comunitária.

Aos jovens do 8.º, 9.º e CEF escola básica 2,3 Cristóvão Falcão e Mouzinho da silveira, Portalegre, que participaram em estudo e partilharam as suas inquietas, dúvidas, experiencias e saberes.

A todos os meus *colegas* de mestrado pelo apoio, motivação e força que me transmitiram, e momentos inesquecíveis que me proporcionaram

Aos professores Prof.<sup>a</sup> *Filomena Martins* e Prof. *Dr. Mário Martins* pela sua disponibilidade, optimismo, orientação e esclarecimento.

À minha *família*, que a meu lado sempre demonstraram apoio incondicional em todos os momentos neste trabalho.

A todos, Muito Obrigado!

## RESUMO

O presente Relatório de estágio reflecte e analisa percurso percorrido durante implementação de projecto "Educação Sexual", inserido no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção de comportamentos de risco na adolescência numa comunidade educativa, em Portalegre, e desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em saúde.

O diagnóstico de saúde prévio evidenciou a vulnerabilidade dos adolescentes e as necessidades destes se informarem face à sua sexualidade. A escola foi designada como a interlocutora mais fidedigna neste contexto.

Mediante os resultados obtidos na intervenção, conclui-se que todos os adolescentes apreciam positivamente a formação recebida, reconhecendo a sua importância.

A análise da eficácia do projeto demonstrou que todos possuem opinião assertiva acerca de adolescência; a generalidade dos participantes reconhece os afetos envolvidos na sexualidade e responde acertadamente acerca das questões relacionadas com os métodos contraceptivos.

Os resultados comprovam o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária como educadora para a saúde, bem como visam contribuir para as futuras intervenções na busca da excelência nos cuidados de Enfermagem prestados e de ganhos de saúde da comunidade

Este documento relata ainda um trajecto de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, que permitiu o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas de Enfermagem Comunitária.

**Palavras-Chave:** Adolescência, Educação sexual; Promoção de saúde; Enfermagem Comunitária.

## **ABSTRACT**

This stage-report reflects and analyzes path taken during project implementation "Sex Education", inserted under the Health Promotion and Prevention of risk behaviors in adolescence in the educational community in Portalegre, and developed according to the methodology of planning health.

The diagnosis of previous health highlighted the vulnerability of adolescents and their needs become informed view of their sexuality. The school was designated as the most reliable interlocutor in this context.

From the results obtained in the intervention, it is concluded that all teens appreciate the training received positively, recognizing its importance.

The analysis of the effectiveness of the project demonstrated that all have opinions assertive about adolescence, the majority of participants recognized the affections involved in sexuality and responds correctly on the issues related to contraception.

The results confirmed the role of the Nurse Specialist in Community Health Nursing as a health educator, and aim to contribute to future interventions in the pursuit of excellence in nursing care provided and gains in community health.

This paper also reports a path of learning and personal and professional enrichment, which allowed the development and acquisition of specific competences of Community Nursing.

Keywords: Adolescence, Sex Education, Health Promotion, Community Nursing.

## Abreviaturas e Símbolos

- % - Frequência Relativa
- 1.<sup>a</sup> – Primeira
- 2.<sup>a</sup> – Segunda
- 2.<sup>o</sup> – Segundo
- 4.<sup>a</sup> – Quarta
- 4<sup>th</sup> - Quarta
- 5.<sup>o</sup> – Quinto
- 7.<sup>o</sup> – Sétimo
- 8.<sup>o</sup> - Oitavo
- 9.<sup>o</sup> - Nono
- N.<sup>o</sup> – Número
- APAV- Associação de Apoio à vítima
- APF - Associação para o Planeamento da Família
- CEF- Curso de Educação e Formação
- CF- Cristóvão Falcão
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- Dr. - Doutor
- Dra. - Doutora
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EB - Escola Básica
- ESMS- Escola Secundaria Mouzinho da Silveira
- ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
- ed/eds. - editor/editores
- HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*
- GTES- Grupo de Trabalho Educação Sexual
- INE – Instituto Nacional de Estatísticas
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ISS - Instituto de Segurança Social
- MS – Mouzinho da Silveira
- OEP - Ordem dos Enfermeiros Portugueses
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
- PNSP – Plano Nacional de Saúde em Portugal
- pp. - páginas

Prof. - Professor

Prof.<sup>a</sup> - Professora

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

RPQCEECSP-Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

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

s.d. - sem data

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UNICEF- *United Nations Children's Fund*

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO .....</b>	<b>12</b>
1.1 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE.....	12
1.1.1 <i>A Importância da educação sexual a nível nacional.....</i>	12
1.1.2 <i>A Adolescência.....</i>	13
1.1.3 <i>A Sexualidade .....</i>	15
1.1.4 <i>A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na Educação Sexual dos adolescentes.....</i>	18
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
1.2.1 <i>Promoção da Saúde/ Educação para a Saúde .....</i>	22
1.2.2 <i>A Teoria da Aprendizagem Social.....</i>	24
1.3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE .....	26
<b>2. PROJETO DE INTERVENCAO: PREPARACAO E IMPLEMENTAÇÃO .....</b>	<b>29</b>
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	29
2.1.1. - <i>Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão.....</i>	29
2.1.2.- <i>Escola Secundária Mouzinho da Silveira.....</i>	30
2.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	31
2.2.1. <i>Problemas: .....</i>	33
2.2.2. <i>Necessidades.....</i>	36
2.3 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	38
2.4. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	40
2.4.1 <i>Fixação dos Objectivos.....</i>	40
2.4.2 <i>Definição de estratégias .....</i>	42
2.4.3 <i>Implementação do projeto .....</i>	43
2.5 AVALIAÇÃO.....	47
2.5.1 - <i>Análise dos resultados do grupo A .....</i>	48
2.5.2 - <i>Análise dos resultados do grupo B .....</i>	55
2.5.3 - <i>Análise dos resultados – Grupo MS.....</i>	62
2.5.4 - <i>Análise dos resultados – Grupo CF.....</i>	66
2.6 DISCUSSÃO E ANÁLISE .....	70
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO .....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO I - CRONOGRAMA.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO II - HORARIO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO III - PLANO DE SECÇÃO .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO IV - FOLHETO .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO V - CD SESSÃO TIPO .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO VI - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO VII - LETRA DA MÚSICA ESCOLHAS SARA TAVARES.....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio insere-se no plano de estudos do II Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Tem como propósito primordial servir como um documento ilustrativo de percurso desenvolvido, visando o desenvolvimento e aquisição de competências na área de Enfermagem Comunitária.

A minha intervenção inseriu-se no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção de comportamentos de risco na adolescência e foi dirigida aos alunos dos 8 e 9 anos que frequentaram as escolas do 2.º ciclo de escolaridade da cidade de Portalegre, mais concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

O Estágio decorreu durante 2.º e 3.º semestre no período compreendido entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2012.

A temática central escolhida para o Estágio foi a Sexualidade na Adolescência, sendo uma área de muito interesse tanto no âmbito da saúde comunitária como e de interesse pessoal. Neste sentido, também foi ao encontro de uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano que se encontrava ainda vigente à data de realização do estágio acima referido.

A realização do estágio nas escolas inicialmente mencionadas tem com base na referência prévia dos professores, no sentido de dar continuidade ao trabalho já iniciado em anos anteriores pelos profissionais da Escola Superior de Saúde.

A adolescência é internacionalmente reconhecida como uma fase de vivência de grandes mudanças biológicas, psicológicas, afectivas, sociais e familiares. Como a mudança pressupõe um período de crise e de maior vulnerabilidade, o adolescente está susceptível ao desenvolvimento de comportamentos de risco que se poderão perpetuar no futuro. São várias as causas que podem precipitar os comportamentos de risco. A curiosidade e o gosto pelo risco, próprios da fase da adolescência e juventude, são duas delas. A influência dos amigos, que vêem o sexo como uma forma de afirmação social, é outra. É evidente que a educação para a saúde no contexto escolar onde os adolescentes passam muito do seu tempo, constitui uma das principais estratégias de desenvolvimento da promoção da saúde enquanto contributo para a formação pessoal e social destes.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária assume um papel muito importante numa intervenção multissetorial partilhada entre toda a comunidade educativa. Este profissional através das suas competências específicas, “participe na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais

problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção tendo por base, o Planeamento em Saúde eficaz, procura mobilizar os recursos comunitários e as equipas, adequar as práticas, planear cuidados apropriados que promovam estilos de vida saudáveis e ganhos de saúde da comunidade. (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária é o principal objectivo da minha formação especializada, por isso tenho sempre por base as competências específicas instituídas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 122/2011 que estabelece as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como no Regulamento n.º 128/2011 que define Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Assim, com o decorrer de Estágio de Intervenção Comunitária, ao longo dele, ao planear cuidados apropriados que promovam estilos de vida saudáveis na população adolescente e ao implementar as estratégias de Promoção de Saúde junto de adolescentes, acredito que foi o meu contributo para a investigação e a afirmação da Enfermagem.

O presente Relatório descreve o que foi realizado, através da auto-reflexão do objectivo geral proposto no projecto de estágio de intervenção comunitária: *“Promover comportamentos saudáveis aos jovens do 8.º, 9.º e CEF da Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre, de competências que lhes permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade, através de sessões de informação em Abril de 2012”*, bem como dos objectivos específicos, visando as actividades desenvolvidas e suas implicações para atingir os objectivos, analisa a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de Enfermagem Avançada a grupos e comunidade, reflecte de forma crítica as competências adquiridas para a prestação de cuidados especializados, como também, para a adaptação a novas situações e consequente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

Para elaboração deste Relatório de estágio foram traçados os seguintes objectivos:

- Descrever e reflectir sobre actividades desenvolvidas em estágio e as suas implicações éticas e sociais;
- Demonstrar a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções,
- Evidenciar a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas em contexto de estágio.

# 1. ENQUADRAMENTO

## 1.1 Adolescência e sexualidade

### 1.1.1 A importância da educação sexual a nível nacional

*“(...) adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST...”*

*PNS (2004:31)*

A idade de início da actividade sexual e a percentagem de adolescentes que já tiveram relações sexuais varia de país para país, reflectindo diferenças culturais, sociais, religiosas e educacionais.

A UNICEF declara que, todos os anos, ocorrem cerca de 100 milhões de 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).

A prevalência de VIH/SIDA constitui um problema que não se pode separar da vida sexual activa e da adolescência. O número de casos é cada vez maior e as idades cada vez mais precoces da maioria dos infectados. Em todo o mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infectam ou são infectados diariamente, representando metade das novas infecções pelo VIH (Marques *et al*, 2007 citados por Magalhães, 2009).

O início precoce da vida sexual, afirma Silva HM *et al*, (2012), associado ao elevado número de infecções sexualmente transmissíveis na população adolescente e jovem, tem constituído uma preocupação um pouco por todo o mundo, tendo mesmo levado a uma implementação cada vez mais alargada de intervenções e a um aumento dos estudos de investigação. Em termos de intervenção, Portugal não tem fugido a este movimento internacional.

Conhecer o panorama significa saber intervir, por isso vários estudos recentes tanto a nível mundial como nacional englobam as questões sobre as atitudes adolescentes face à sexualidade. Um deles “A saúde dos adolescentes portugueses”, que é um estudo nacional da Rede Europeia, realizado pela equipa do Programa Aventura Social & Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana. Insere-se no estudo colaborativo HBSC / OMS (Health Behaviour in School-aged Children) da Organização Mundial de Saúde, que conta já com 44 países. Portugal integra o estudo desde 1998.

Segundo o estudo *Health Behaviour in School-aged Children 2010 em Portugal*:

21.8% dos adolescentes que frequentam o 8º e 10ºanos de escolaridade são sexualmente activos.

Relativamente à idade da primeira relação sexual, a grande maioria dos adolescentes que já teve relações sexuais afirma que teve a primeira relação aos 14 anos ou mais, 18.2% dos adolescentes iniciaram a actividade sexual até aos 14 anos, inclusive.

A utilização de métodos contraceptivos está presente na maioria dos adolescentes sexualmente activos já na sua primeira relação sexual. O preservativo é o método mais utilizado (93,8%) e 37,8% usa o preservativo e a pílula. Contudo, atendendo ao risco das infecções sexualmente transmissíveis (IST), é preocupante que 14,7% dos adolescentes não tenha a certeza do método contraceptivo que utilizou na primeira relação sexual e (2,7%) afirma ter utilizado outro método na primeira relação sexual.

Quando questionados sobre o uso do preservativo na última relação sexual, 17,5% negaram o uso do mesmo.

A actividade sexual e a gravidez na adolescência são problemas emergentes e não dissociáveis em Portugal. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2010 a taxa de fecundidade na adolescência situava-se nos 14,7%.

Sente-se, portanto, uma necessidade urgente de investir em medidas preventivas e estratégias de transmissão de conhecimentos à comunidade (Gomes & Sousa, 2005).

Todos os jovens de qualquer sociedade devem ser convenientemente informados dos aspectos da evolução psicológica desta fase e da maturação da vida sexual, assim como dos meios de contracepção, gravidez, aborto e IST (Guerra, 2004).

### 1.1.2 A Adolescência

*“ (...) a adolescência...uma das mais ricas fases da vida humana, repleta de possibilidades de aprendizagem, de experimentação, de inovação. Uma etapa da vida que precisa ser vivida de forma plena, saudável, estimulante...”*

Marie-Pierre Poirier (2011)

O adolescente vive no cruzamento de dois mundos, o da criança que há pouco tempo foi e o do adulto que dentro em breve será.

A palavra adolescência deriva do latim, em que *ad* significa para, a; e *olescer* - crescer, condição para *adolescere*. Assim, “*adolescere*” significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006 citando Muuss, 1976).

Segundo a OMS a adolescência corresponde á faixa etária entre os 10 e os 19 anos, (Vilelas, 2009). Para esta organização, a adolescência pode ser definida como um

*“ (...) período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o*

indivíduo da infância à idade adulta. É um período em que ocorrem grandes modificações físicas, psicológicas e sociais que afectam 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).

A OMS (2002) refere também que consoante os adolescentes mudam, também mudam as suas necessidades. Assim, a adolescência precoce, dos 10 aos 13 anos, caracteriza-se por um surto de crescimento e o início da maturação sexual, durante o qual os jovens começam a pensar abstractamente. Na adolescência média, entre os 14 e os 15 anos, as principais alterações físicas são concluídas, enquanto o indivíduo desenvolve um sentido mais forte de identidade e dá mais importância ao grupo de pares. Na adolescência tardia, dos 16 aos 19 anos, o corpo assume a sua forma adulta, e o jovem agora tem uma identidade distinta e distintas ideias e opiniões assentes.

Como refere M. Costa (2008:7) “parece ser unânime a ideia de que a adolescência se inicia com as alterações psicobiológicas da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica do indivíduo” citando Palacios (1995) e Bee (1997).

Desta forma, o adolescente necessariamente terá de se ir adaptando á sua nova condição fisiológica, ao seu novo corpo funcional e é aceitável que nesta fase da sua vida surjam muitas dúvidas, angústias, medos que em nossa opinião poderão ser atenuados pelo conhecimento para aceitar essas alterações e manifestações fisiológicas como fazendo parte do seu desenvolvimento e transformação da criança que era no adulto que se tornará.

Para além das transformações fisiológicas, existem também psicológicas, afectivas, intelectuais e sociais que não são uma tarefa fácil para os adolescentes (Ferreira & Nelas, 2006), no entanto é também “*un tiempo personal que marca el ingreso al mundo através de la conquista de un espacio próprio, en el espacio social e cultural*” (M. Martins, 2007:20).<sup>1</sup>

A adolescência é considerada por M. Costa (2008:7-8) como “um período psicossociológico que se prolonga vários anos e se caracteriza pela transição entre a infância e a idade adulta, muitas vezes descrita como uma fase de turbulências, mudanças dramáticas, de tensões e sofrimento psicológico” citando Prazeres

É um período de oscilação entre a dependência e a autonomia repleto de emoções ambivalentes, conflitos interiores e exteriores. Neste sentido, refere M. Martins (2007:19-20)

<sup>2</sup> “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

---

<sup>1</sup> “*um tempo pessoal que marca o ingresso do mundo através da conquista do próprio espaço, espaço social e cultural.*” (M. Martins, 2007:20).

<sup>2</sup> “*É algo muito mais complexo e dinámico do que simplesmente uma idade ou um momento na vida, com datas de início e fim bemdefinidos. (...) O adolescente não olha para trás, porque ele não se importa, e porque pouco tem de olhar para trás, colca melhor para o futuro: eu quero ser, eu vou, eu vou, eu vou vir*”

atrás, porque no le interesa, y porque poco ha que mirar atrás, mejor se colca de cara al futuro: quiero ser, seré, tendré, llegaré”.

Existem factores que influenciam a auto-estima do adolescente nomeadamente a puberdade, factores externos (grupos de iguais e meios de comunicação), família e escola (Cordeiro, 2009)

A adolescência não é vivida da mesma forma por todos os indivíduos, ainda que pertencentes à mesma cultura. Se para uns adolescentes pode ser descrita como um verdadeiro tormento, para outros apresenta-se bastante mais fácil, mesmo em presença de alguns problemas. De facto, esta fase não é um acontecimento universal, nem assume em todas as culturas, tornando-se mais longa e conflituosa quanto mais complexa é a sociedade (M. Costa, 2008).

### 1.1.3 A Sexualidade

#### *1.1.3.1 Sexualidade Humana: O conceito*

*"A questão da sexualidade é pessoal, intransferível, consciencial, e a ética nesse campo passa por muitas e muitas adequações."*

(Ermance Dufauxcícero Pereira a - Unidos Pelo Amor)

A sexualidade humana é, sem dúvida, uma realidade que envolve o indivíduo no seu quotidiano, que projecta como um impulso, quer para o amor, quer para a violência e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte, em cada etapa da vida.

A Organização Mundial de Saúde define sexualidade em 1975, como sendo

"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 de acordo com a educação recebida pela família, pelos amigos, pela escola, pelo local onde vive, pelos meios de

comunicação, entre outros e esta experiência interfere na construção da personalidade da pessoa e, portanto, na sua saúde.

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

### 1.1.3.2 A Sexualidade na Adolescência

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).

A sexualidade destaca-se como o campo onde a busca por autonomia é exercida de forma única e com a urgência característica dos adolescentes. Logo,

“El adolescente llega poco a poco a la madurez en el amor, gracias a una serie de pasos sucesivos. Primero dirige su atención a sí mismo, después hacia los otros, buscando inicialmente la amistad con los de su propio sexo, después con los del otro, lo que desembocará en la juventud o madurez en la elección de una pareja estable”. (Nueva, 2001)<sup>3</sup>

A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas. ( Hubner, AV citado por Silva HM et al, 2012)

Segundo Vilelas (2009), na adolescência existem cada vez mais comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes, como seja a violência sexual, o consumo de drogas ilícitas, as infecções sexualmente transmissíveis, o VIH, a gravidez não planeada e o aborto.

Os adolescentes adoptam padrões 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 como alcoolismo ou outras drogas, e infecções sexualmente transmissíveis, entres outras (Sousa, 2000).

---

<sup>3</sup> “O adolescente vem lentamente para a maturidade no amor, através de uma série de etapas sucessivas. Primeiro chama a atenção para si mesmo, depois para o outro, à procura de amizade, inicialmente, com o seu próprio sexo, em seguida, com a outra, o que levará a juventude ou maturidade na escolha de um parceiro. ”. (Nueva, 2001)

Analisando a adolescência de acordo com os factores 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 de ponderar as consequências de determinado comportamento; e a ambivalência em relação ao seu comportamento sexual, podem levar os jovens adolescentes, correctamente 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).

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 mãe, quer para o bebe”, podendo existir problemas obstétricos, problemas a nível social, relacional e psicológicas no entanto podem surgir também problemas a nível escolar, profissional (emprego, desemprego), baixo rendimento económico, problemas relacionais podendo conduzir a “situações de stress relacional e monoparentalidade”.

A afectividade e a sexualidade educam-se e aprendem-se. Neste contexto, todos os actores: pais, professores e educadores, profissionais de saúde tem um papel muito importante na interiorização pelo adolescente, dum conceito de sexualidade que englobe todas as dimensões da sexualidade: a dimensão biológica, psicológica, emocional, afectiva, social, transcendental/espiritual, que permita escolhas construtivas de relações gratificantes e duradouras.

E como diz a Teresa Ribeiro (2008:6):

“À vivência da sexualidade é atribuída uma imensidão de valores. Valores esses que correspondem a diversos quadros referencias, que poderão servir como plataforma de consenso para a estruturação dum programa educativo:

- ✓ Responsabilidade - referida às decisões e às escolhas pessoais.
- ✓ Relação de paridade - como o olhar para o outro ao mesmo nível.
- ✓ Intimidade- vinculada ao acto sexual.
- ✓ Respeito por si e pelo outro - como norma de convivência a dois.
- ✓ Fidelidade ao projecto de vida- ligada aos objectivos pessoais e às tarefas a desenvolver para os atingir.
- ✓ Liberdade- como componente essencial duma vivência autónoma aceitando-se e desenvolvendo o que se é.”

#### 1.1.4 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na Educação Sexual dos adolescentes

*“A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”.*

(Regulamento n.º 128/2011)

A Enfermagem de saúde comunitária constitui uma área de especialização que incrementa uma prática abrangente envolvendo a interdisciplinaridade e multisectorialidade, focalizada na prevenção aos três níveis, primária, secundária e terciária. E, segundo Franco (2009), faz com que o profissional tenha que incorporar uma visão holística e contextual da pessoa/família/comunidade, o que potencializa a adequação de respostas face à especificidade dos problemas encontrados

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária possui as competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades, “...participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento n.º 128/2011)

Em termos legislativos, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte.

Tendo em conta que muitos comportamentos relacionados com a preservação da saúde são adquiridos na adolescência, é importante implementar acções de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, o mais precocemente possível (Albuquerque & Oliveira, 2002).

No contexto europeu, a OMS, no seu desígnio da Saúde para Todos, estabeleceu metas de saúde, reforçando a importância de uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, da promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis, recomendando como objectivo operacional que, até 2015, 50% das crianças e 95% dos adolescentes integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde, e definiu Escola Promotora de Saúde como “aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar” (WHO, 1999).

“Portugal integra a *Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde* desde 1994, tendo iniciado a sua actividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram alargar, criando condições, nomeadamente, legislação e

estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde. Em Fevereiro de 2006 os Ministros da Educação e da Saúde reafirmaram, através da assinatura de um Protocolo, o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde.” (PNSE,2006:5)

A Sexualidade na Adolescência é uma das áreas contempladas no PNS para os anos 2004-2010, plano que se encontrava ainda vigente à data de realização do estágio acima referido.

O Ministério da Saúde através de referido PNS (2004:54) define as metas para “uma juventude à procura de um futuro saudável”, entre os quais são redução da taxa de mortalidade, redução da gravidez na adolescência, valorização da auto-apreciação do estado de saúde, inculcar hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade). Estabelece-se também as estratégias e intervenções através de parcerias entre o ministério da saúde e da educação.

Uma das estratégias do PNSE é a protecção da saúde, promoção da saúde de modo a existirem ganhos em saúde para a população portuguesa. Sendo que a saúde sexual e reprodutiva, assim como as doenças transmissíveis são uma área de intervenção prioritária.

Educar a sexualidade, segundo Mendes (2006),promove a criação de estilos de vida saudáveis, promotores de bem-estar, contribuindo para o bem-estar colectivo.

Neste sentido,

“ (...) A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos.” (PNSE,2006:5)

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 definiu as temáticas, mencionando 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).

Educar a sexualidade, segundo Mendes (2006),promove a criação de estilos de vida saudáveis, promotores de bem-estar, contribuindo para o bem-estar colectivo.

Como refere o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2004-2010:16)

"Na escola, o trabalho de **promoção da saúde** com os alunos tem como ponto de partida "**o que eles sabem**" e "**o que eles podem**" para se proteger, desenvolvendo em cada uma a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados".

O papel dos enfermeiros é fundamental no contexto da prevenção de comportamentos de risco na adolescência, particularmente na transmissão de informação relativamente aos estilos de vida saudáveis a praticar.

Ao cuidar dos adolescentes, o Enfermeiro deve intervir no sentido de se adquirirem conhecimentos sobre: sexualidade; formas de prevenção de gravidez não desejada; prevenção de *Infeções Sexualmente Transmissíveis* e abusos de violência sexual; prevenção de IST/ hábitos nocivos; importância da alimentação saudável; importância de vigilância de saúde; importância do exercício físico; importância da construção de um projecto de vida, entre outros temas.

Pretende-se ainda que adquiram competências para: tomar decisões responsáveis; recusarem comportamentos indesejados, que se oponham aos valores, direitos e dignidade da pessoa; comunicar; na utilização de barreiras preventivas e de contracepção; saber pedir ajuda e recorrer aos apoios e recursos disponíveis. (Ministério da Saúde e Ministério da Educação, [et. al.] (2000) cit por. Prata e Brites, 2007).

De acordo com o Parecer n.º 109/2009 do Conselho de enfermagem da ordem dos enfermeiros, sobre a educação sexual nas escolas, 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)

Neste sentido, o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro que no preâmbulo 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" (Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8648).

Por outro lado 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 publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8667).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária tem um papel fundamental de mentor no processo de capacitação e *empowerment*, envolvendo os adolescentes na construção e na manutenção do seu potencial de saúde através da Educação para a Saúde. O Enfermeiro conjuntamente com o adolescente faz um levantamento das necessidades e dos recursos que ele dispõe, potenciando capacidades no sentido de colmatar as necessidades e superar as dificuldades relacionadas com a sua saúde. Este processo promove igualmente uma responsabilização pelas suas escolhas e uma autonomia crescente para a tomada de decisão sobre a sua saúde.

Neste contexto, como refere Andrade (1995:15) “Educar para a saúde, no domínio dos afectos, é penetrar no imprevisível com um investimento na paciência”.

Este profissional, como afirma Franco (2009) “adopta um papel de relevo, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dado destaque para as actividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade.”

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 1.2.1 Promoção da Saúde/ Educação para a Saúde

*" O nosso objectivo constante é a completa realização do potencial de saúde para todos"*

Saúde para Todos, OMS/Europa, 1998 (*Health21 policy for the European Region*)

Promover saúde significa "(...) capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais)" (Carta de Ottawa, 1986).

A promoção da saúde envolve as políticas públicas integradas e intersectoriais, que atuam nos determinantes sociais de saúde, com ampla participação da comunidade.

A primeira grande conferência internacional sobre *Promoção da Saúde* convocou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os demais organismos internacionais a advogar em favor da saúde em todos os contextos, uma vez que a promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde; todos os sectores são responsáveis pela construção de um bem-estar global. Pretendeu-se criar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial de modo a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Os objectivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, contudo cada vez mais a Promoção da Saúde tem vindo a ser considerada como o processo para obter ganhos em saúde, através do aumento da capacidade dos indivíduos para gerirem a sua própria saúde (Declaração de Jacarta; 1997.) Esta abordagem deve ser integrante das políticas e programas públicos, como forma de atingir equidade e melhor saúde para todos (Declaração do México, 2000).

A Carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo globalizado (2005) parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Ottawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da "saúde como um recurso" e de esta ser um "empreendimento colectivo".

Foi destacada a importância da promoção de saúde e na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, no Quênia. Nesta conferência equacionou-se a relação custo-eficácia como meio de contribuição para a resolução dos desafios que visam a melhoria da saúde das populações, a fim de diminuir o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde.

Ainda, pelo facto de as doenças transmissíveis terem sofrido um aumento considerável, foi feito um apelo no sentido de ser dada uma maior prioridade ao controlo na transmissão destas doenças.

De igual forma, foram destacados como aspectos-chaves no maior sucesso na promoção da saúde, a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político e, a criação de condições que permitam aos indivíduos um maior controlo sobre as suas próprias vidas.

O conceito de Promoção da Saúde tem sido relacionado com a educação para a saúde. No entanto, e de acordo com Stanhope (1999, p. 980) a Promoção da Saúde diz respeito a uma actividade mais alargada e a Educação para a Saúde como uma técnica/estratégia para a alcançar. Poder-se-á então dizer, que a promoção da saúde consiste num conjunto de actividades de educação que visam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis (Green (1984), cit por Stanhope, 1999).

A finalidade de toda e qualquer intervenção em educação, como afirma Ribeiro (2008:5) deverá ser a de disponibilizar ao educando conhecimentos suficientes e necessários sobre determinada temática, para que possa reflectir sobre esses conhecimentos a fim de os analisar e através deste processo construa um conceito e adquira a capacidade de tomar decisões, ou seja, adquira competências nessa área.

O objectivo explícito da educação para a saúde, pela primeira vez expresso na Carta de Ottawa no conceito de promoção da saúde, é “o processo de capacitação das pessoas para aumentar o conhecimento sobre a sua saúde e a melhorar” (WHO, 1986). Como consequência, a tarefa da educação para a saúde é ajudar as pessoas a identificar e autogerir os factores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia.

Segundo Tones e Tilford (1994) citado por Carvalho & Carvalho (2006:25) a educação para a saúde

“é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode 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 o mesmo autor a educação para a saúde deve capacitar e empoderar os indivíduos de modo a terem um projecto de saúde onde possam decidir de forma consciente e informada.

Educar a sexualidade vem ao encontro da educação para a saúde no intuito de se conseguirem mudanças de comportamento que sejam saudáveis, implicando essas mudanças uma apreciação global de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos.

A educação sexual, sendo parte da educação para a saúde, permite uma preparação dos jovens para a vida em sociedade e uma melhor qualidade de vida, contribuindo também para o desenvolvimento da personalidade (Gonçalo, 2002).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de 2011, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, orientam para a importância do desempenho do papel de agente de Educação para a Saúde face a promoção do máximo potencial de saúde, ao referir que, (...) na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro (...) ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde”, através de:

“Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do grupo e comunidade; Criação e aproveitamento de oportunidade para promover estilos de vida saudáveis identificadas; Promoção do potencial de saúde do grupo/comunidade através da optimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento; Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade”.

Este profissional também

*“ (...) lidere, integra e avalia processos comunitários com vista a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos da saúde colectivos; Assume processos de mediação que contribuam para a promoção e defesa da saúde de grupos e comunidade; Promove a responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas” (RPQCEECSP,2011:7)*

Segundo Stanhope & Lancaster (1999:266) 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”. Uma base teórica forte, como referem mesmos autores “permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito”

As teorias pedagógicas ajudam a compreender o que as pessoas aprendem, projectando a forma como se podem educar os indivíduos. Neste sentido, a enfermagem comunitária com maior frequência recorre as teorias pedagógicas como Teoria Behaviorista, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria Cognitiva, a Teoria Humanista, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Crítica, entre os outros.

### 1.2.2 A Teoria da Aprendizagem Social

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo.

Por um lado, partilham o princípio de que se as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo, por outro lado, diferem no aspecto em que processos cognitivos não directamente observáveis, como expectativas, pensamentos e crenças, têm influência no comportamento.

A aprendizagem social vem introduzir um novo conceito que consiste na aprendizagem por observação de modelos.

Albert Bandura, psicólogo canadiano desenvolveu a Teoria Cognitivo-Social. Este psicólogo defende que se deve aprender a observar os outros.

"O aprendizado seria excessivamente trabalhoso, para não mencionar perigosos, se as pessoas dependessem somente dos efeitos de suas próprias ações para informá-las sobre o que fazer. Por sorte, a maior parte do comportamento humano é aprendido pela observação através da modelagem. Pela observação dos outros, uma pessoa forma uma ideia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação codificada serve como um guia para a ação." (Bandura, 1977, citado por Kirchner et al).

Lemos (2011) citando Bandura (1977; 1986) afirma que na Teoria Social Cognitiva, o comportamento do indivíduo, os factores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente numa relação denominada reciprocidade triádica. Assim, para mudar comportamentos é necessário modificar factores pessoais e ambientais.

Logo, segundo Vilaça, "na teoria de aprendizagem social, Bandura (1986, 1989, 1992) usando o processo de *auto-eficácia percebida* para a mudança de comportamento auto-regulado, argumenta que para realizar mudanças auto-reguladas, as pessoas necessitam não só de ter razões para alterar os hábitos de risco, mas também meios e recursos para o fazer.

Por outras palavras, as mudanças de comportamento só ocorrem se forem explicadas às pessoas as razões para alterarem os seus hábitos e comportamentos e também lhes forem proporcionados meios para o fazerem (Bandura, 1992) ”.

"Bandura avança, ainda, uma visão do funcionamento humano com capacidades específicas: a capacidade de simbolização, pela qual o ser humano aprende através da manipulação simbólica da informação de experiências pessoais ou vicárias; a capacidade auto-reguladora, que permite ao sujeito antecipar consequências prováveis de acções que deseja realizar; a capacidade de auto-reflexão, referindo-se à eficácia pessoal; e a capacidade vicária, pela qual as pessoas adquirem aprendizagens pelas suas próprias vivências ou por meio da observação dos outros." (Lemos, 2011).

No entanto, a observação de modelos não garante, por si só, a aprendizagem dos comportamentos. Os factores envolvidos na aprendizagem por observação são: as consequências do comportamento, as características do observador e as características do modelo.

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

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

Tal como referem Stanhope & Lancaster (1999:268) “Assim, os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tomando 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).

Neste sentido, os profissionais de saúde, devem assumir uma responsabilidade social, e devem promover que os indivíduos compreendam o risco, procurando compreender os comportamentos.

### 1.3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

*“O planeamento é a organização da esperança”*  
Jay Forrester, 1969

Planeamento, segundo dicionário da Porto Editora significa “determinação dos objectivos e dos meios para os atingir”.

Num panorama diferente, Imperatori e Giraldes (1993) definem o planeamento como a aplicação da lógica na vontade de transformar a realidade, apresentando três premissas capazes de sustentar esta afirmação, como a racionalidade das decisões, a capacidade de moldar a realidade, tendo por base um modelo pré-definido e, por fim, ser possível referir-se ao futuro.

E mais, como afirmam os mesmos autores, citados pela Manuela Silva (1983:4) In Prefácio de Metodologia do Planeamento da Saúde de Imperatori & Giraldes (1982):

“O planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socio-económica. Supõe que a realidade não é imutável nem tão pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por factores incontroláveis. (...) O planeamento é um processo de investigação sobre a realidade socio-económica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo (...).”

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde como sendo “um estado de completo bem-estar, físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (M. Stanhope & J. Lancaster, 1999:224).

Quando se aborda planeamento em saúde, fala-se em planear, como

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

O desenho do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1982:9) deve conter três fases importantes, nomeadamente a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos e a preparação da execução); a execução e a avaliação.

Estas fases não devem nunca esquecer a máxima do planeamento, isto é, um processo que se pretende contínuo, em todas as suas vertentes.

O processo de planeamento em saúde possibilite facilitar as intervenções mais correctas numa determinada área, permitindo a elaboração de projectos, dirigidos quer para problemas de saúde das comunidades, quer a nível organizacional (infra-estruturas, articulação intersectorial,...).

Assim, denota-se que o planeamento em saúde requer uma identificação de problemas o mais fidedigna possível da realidade, junto das comunidades, definindo-se bem os objectivos e as prioridades, uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e

materiais, por forma a permitir ganhos em saúde, numa sociedade em que cada vez mais os avanços tecnológicos e as exigências são maiores.

“O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços” (Imperatori & Giraldes, 1982:7).

Existem diferentes tipos de tipologia de planeamento m saúde, revestindo-se o seu interesse em “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, 1990:31).

Refere o autor citando Pineault e Daveluy, em 1986, que das quatro tipologias de classificação do planeamento, uma delas é segundo o seu nível. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde Português “surge como um instrumento de acção, que contempla orientações, estratégias e metas em sectores prioritários no âmbito da Saúde”( Peleteiro *et al*, 2004:1) e 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, (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local” (Tavares, 1990:31).

Em contexto dos Cuidados de Enfermagem, o planeamento em saúde apresenta-se como um das suas ferramentas de eleição.

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 efectivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projectos de intervenção, segundo o Regulamento n.º 128/2011 (“Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8667). Assim, o enfermeiro ao planear cuidados apropriados que promovam estilos de vida saudáveis, tendo por base, o planeamento em saúde está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: PREPARAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

### 2.1. Caracterização do local de estágio

*“A enfermagem comunitária e de saúde pública (...) responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados (...),num determinado contexto social, económico e político.”*

(Regulamento n.º 128/2011)

O distrito de Portalegre pertence à região de Alto Alentejo. Apresenta-se limitado a norte com o distrito de Castelo Branco, a sul com o distrito de Évora, a leste com Espanha, e a oeste com o distrito de Santarém., tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km<sup>2</sup>, englobando 15 municípios e 86 freguesias. A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, cidade onde se pretende realizar o presente projecto.

Relativamente à caracterização demográfica da cidade de Portalegre, com base na consulta dos Censos 2001, tem uma população residente de 25 814 (INE, 2001). De referir que os Censos 2011 só estarão disponíveis no quatro trimestre de 2012.

#### 2.1.1. - Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão

A Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão em Portalegre foi oficialmente criada em 9 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.

A Escola 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 tem 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual, Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais) e ainda Biblioteca, Sala de Informática, Sala de Reuniões/Sala de Estudo, três gabinetes para Apoios Educativos, gabinete do S.A.S.E. (Serviços de acção social e escolar), gabinete do Aluno e de Apoio à Associação de Pais e ainda o Bar/Bufete, o Refeitório, a Sala de convívio dos alunos e Papelaria, a Sala de Professores com um

pequeno gabinete de trabalho anexo e Pavilhão Gimnodesportivo, construído há cerca de uma década.

Sendo que este agrupamento onde esta incluída a Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000, pertencendo ainda à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

### 2.1.2.- Escola Secundária Mouzinho da Silveira

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre possui um total de 627 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 271 no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (divididos por várias turmas desde o 7.º ao 9º ano de escolaridade), 10 de uma turma 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 directa 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 actual Avenida do Bonfim abriu as suas portas em Outubro de 1976. Desde esse ano, passa então a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O novo edifício vai sofrendo pequenas adaptações, consoante as necessidades, sendo no ano lectivo de 2008/2009 intervencionado pelo Parque Escolar. (ESMS,2012)

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

No bloco D situam-se os serviços administrativos, uma sala para assistentes operacionais e 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 directores de turma e Gabinete da Direcção). Há ainda a considerar neste bloco a cozinha, o refeitório e o bar como também 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, uma sala para aulas teóricas. Em anexo, funciona o campo de jogos. (<http://www.esms.pt/escola/Acendido> em Fevereiro 2012).

## 2.2 – Diagnóstico da Situação

Sendo a enfermagem a profissão que tem por foco de atenção o utente como sujeito dos cuidados numa perspectiva holística, compete ao enfermeiro que cuida do adolescente, a compreensão clara e a atribuição de sentido à experiência vivida por este, procurando uma aproximação à sua realidade e ao seu mundo.

Assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige atender às suas necessidades, acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, respeitando a sua diversidade e singularidade, escutar e esclarecer as suas dúvidas, apoiar e facilitar o processo de edificação da sua identidade, a descoberta de si próprio e a construção do seu projecto de vida e de saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde comunitária, assume um papel de relevo e apresenta-se dotado de competências conceptuais e técnicas para recorrer à utilização de ferramentas que lhe permitam efectuar planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projectos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde.

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que deve ir ao encontro das necessidades da população à qual o projecto visa abranger. Para tal, considera-se que os planos, programas ou projectos são pertinentes quando o diagnóstico e as necessidades estão em concordância.

Com o diagnóstico de situação pretende-se identificar um problema e determinar as necessidades, ao mesmo tempo deve caracterizar-se por ser alargado, aprofundado, sucinto e corresponder às necessidades do planeamento (Tavares, 1990).

Tanto Imperatori & Giraldes (1982) como Tavares (1990) referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente.

Para a elaboração do presente diagnóstico, procurou seguir-se as etapas do diagnóstico de situação enunciadas por Tavares (1990).

A pertinência do estudo prende-se que o Alentejo é uma região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães dos 15 aos 19 anos (Isabel, s.d.).

A população estudada pelo diagnóstico de situação foi constituída por estudantes da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos do 8º, 9º e CEF. A recolha de dados foi feita com recurso ao instrumento utilizado por Martins (2007), num estudo realizado numa localidade do Norte Alentejano e pela escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2002), num estudo também realizado em Portugal sobre as atitudes dos adolescentes face a sexualidade. Todas as questões morais e éticas foram salvaguardadas.

Dado o tema em estudo, foi realizada uma abordagem quantitativa, pois pretendíamos uma compreensão o mais ampla possível do fenómeno em estudo, sendo nosso objectivo descrever e interpretar os dados obtidos.

A nossa amostra foi constituída por 116 adolescentes. Destaca-se que a maioria dos adolescentes inquiridos é do sexo feminino (53%), com idade média de 14 anos em ambos os géneros, variando as idades entre os 12 e 19 anos.

Verificou-se que os pais são na sua maioria casados (cerca de 70%), admitindo cerca de 78% dos jovens viver com os pais.

Quanto à religião, a grande maioria dos jovens são católicos (84,5%), sendo que aproximadamente 47% dos religiosos afirmam que não são praticantes em relação à mesma; os restantes admitem ser praticantes. Ainda, neste contexto, verifica-se que cerca de 40% dos inquiridos assumem que seguem fielmente as normas da sua religião e cerca de 38% dos indivíduos que cumprem a doutrina da sua religião admitem não se identificar com elas.

Relativamente ao estudo da variável atitude face à sexualidade conclui-se que:

- não é influenciada pela idade dos adolescentes;
- não é influenciada pelo sexo;
- não é influenciada pelo facto dos inquiridos serem ou não praticantes de uma religião;
- não é influenciada pelas fontes de informação sobre sexualidade, tais como: amigos, irmãos, pais, professores ou colegas;

4 - parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas. Constatou-se que os indivíduos que seguem fielmente as doutrinas da sua religião revelam-se mais conservadores face à sexualidade.

Entretanto, foram apresentadas aos jovens inquiridos 3 assuntos distintos. Tentou perceber-se qual a opinião e preocupação sobre temas como o vírus da Sida, a homossexualidade e imagem corporal, destacando-se que:

- A esmagadora maioria dos inquiridos (82,8%) assume que está preocupada com o vírus do SIDA;
- 25% admite ter, pelo menos, um amigo com tendências homossexuais;
- Aproximadamente 63% revela preocupações relativas à sua imagem corporal.

Relativamente à importância do papel dos interlocutores na educação sexual dos jovens estudados verificou-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais significativos, seguidos da internet e televisão respectivamente. Os interlocutores menos valorizados foram os livros científicos, a imprensa escrita e a igreja respectivamente.

Foi curioso verificar que, os inquiridos recorrem frequentemente aos seus amigos, colegas e mãe para conversarem sobre as suas dúvidas acerca da sexualidade; todavia, constatou-se que estes consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna para esclarecerem as suas questões relacionadas com a temática, sendo considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

Face ao exposto, pode dizer-se que, globalmente foram respondidas as várias questões de investigação traçadas. Em relação às hipóteses formuladas, apenas se confirmou uma, a que defendia que há diferenças, estatisticamente significativas, entre os adolescentes religiosos, relativamente à atitude face à sexualidade, segundo o facto de serem ou não fiéis seguidores das normas da sua religião.

#### 2.2.1. Problemas:

A última etapa do diagnóstico, que pode ser considerada como o seu *output*, é a definição dos grandes problemas de saúde, problemas que deverão ser definidos a nível da saúde da população e não a nível dos serviços ou dos factores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1982).

Um problema de saúde é "um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade" (Pineault, 1989, citado por PRSN 2008-2010:5).

"A fundamentação de qualquer projecto é o conhecimento da realidade, das necessidades sentidas e do desejo de manter ou mudar uma situação. Desta forma, a

identificação dos problemas de saúde da população em estudo permitirá uma intervenção mais adequada” (Andrade,2006)

Assim, foram identificados nos adolescentes estudados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre, os seguintes problemas relacionados com as atitudes face à sexualidade:

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorrem à ninguém para falar sobre a sexualidade De uma forma geral, os inquiridos que decidem não abordar o assunto da sexualidade com alguém fazem-no por não se sentirem à vontade, por este ser um assunto sem interesse para eles; ou simplesmente por não gostarem de falar.

- Apenas 2% do total dos inquiridos admitem falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar. Este facto demonstra a maior vulnerabilidade dos adolescentes.

O adolescente contemporâneo pode ser encarado como um ser de paradoxos, pois se por um lado, quer ser totalmente autónomo, por outro lado, solicita os pais para todos os actos banais do quotidiano, enunciando verdades absolutas e ao mesmo tempo tem dúvida de si próprio, “ele é extraordinariamente altruísta e, simultaneamente fantásticamente egoísta” (Ferreira & Nelas, 2006:145).

- 28% dos inquiridos refere que sente dificuldade em conversar com os pais sobre sexualidade principalmente por não se sentirem à vontade ou por vergonha. Relativamente aos assuntos abordados com a mãe e com o pai sobre a sexualidade constata-se que existem alguns que praticamente não são tema de conversa: os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia, a homossexualidade, métodos contraceptivos entre os outros.

Para Abreu (2009)

“(…) 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.” (Abreu, 2009:6).

Em contexto familiar, os pais assumem diversos papéis, como o de socializador, prestador de suporte familiar e de cuidados, contudo, devem igualmente assumir um papel de “balança” com os adolescentes, não esquecendo qual o papel de cada um, pois é aos pais que os adolescentes recorrem, na maioria das vezes, quando procuram auxílio na resolução de problemas.

Para Gammer & Cabié (1999) uma das mais importantes tarefas de pais e adolescentes é adaptarem-se à emergência da sexualidade do jovem, que não só o transforma, como modifica a forma como é aceite pelos outros membros da família. Mais afirmam, que quando o adolescente começa a ensaiar a sua sexualidade, fecha-se uma porta entre ele e os pais.

Contudo, apesar de ser importante apresentar autoridade, mas sem autoritarismo, deve demonstrar-se flexibilidade e 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).

- Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais.

Para Tiba (1996) citado por Neto (2004) o amadurecimento sexual do adolescente “acontece de forma rápida” conjuntamente com a maturidade emocional e intelectual, iniciando-se assim uma fase de independência, que muitas vezes gera pensamentos e atitudes contraditórias. No entanto, os adolescentes têm acesso à informação mas muitas vezes falta o diálogo entre pais e filhos não bastando referir o uso de preservativos mas esclarecer todas as dúvidas e manter uma relação afectiva e o diálogo constante com os adolescentes (Neto, 2004).

O problema revela-se quando a adolescente inicia a sua actividade sexual (normalmente, de forma esporádica), ficando equivocada quanto à necessidade de utilização da contracepção. Poderá acontecer, que ao se consumir uma relação sexual e não havendo concepção, as jovens à medida que o tempo avança, acreditem mais na sua invulnerabilidade (Canavarro & Pereira, 2001).

Com já referido por Stanhope & Lancaster (1999), muitas vezes os adolescentes não usam correctamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar;

- Os adolescentes não são alheios à problemática do vírus da SIDA, pois constatamos que 16% dos inquiridos não estão preocupados com a SIDA.

A prevalência de VIH/SIDA constitui um problema que não se pode separar da vida sexual ativa da adolescência. O número de casos é cada vez maior e as idades cada vez mais precoces da maioria dos infectados. Independentemente do impacto dos números, amplamente divulgados pelos diversos meios de comunicação, é um facto consumado que a informação não é suficiente para produzir o efeito desejado, que seria a mudança de comportamentos. Particularmente no âmbito da redução dos comportamentos de risco relacionados com a infecção pelo VIH. Estudos na área evidenciam que a vertente educativa da transmissão de informação, por si só, não é suficiente para que o adolescente mobilize os recursos protectores necessários na acção (Tamayo *et al*, 2001 citados por Magalhães, 2009).

Relações sexuais, vaginais, anais ou orais, sem utilização de preservativo, aumentam o risco, não só de contrair SIDA, como também outras IST (Bersamin *et al*, 2008 citados por Ferreira, 2008). Nos adolescentes sexualmente activos, o uso do preservativo de forma

consistente representa a forma de prevenção mais eficaz. Para os que não o usam, o risco de contrair uma IST é cerca de duas vezes superior (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008).

- A maioria dos jovens inquiridos (mais de 89%) considera-se bem informada sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, cerca de 3% está relativamente bem informado; pouco mais de 4% admite ter dúvidas em afirmar que se sente realmente conhecedor acerca desta temática. Entre os inquiridos que assumem que estão relativamente ou bem informados constatou-se a existência de duas categorias de respostas:

- um conjunto adquire a informação através de uma procura activa. 33% é pela escola, 15% pelos meios de comunicação social/internet, a mãe e os amigos são para cerca de 5% e 3% respectivamente;

- os restantes assumem que obtêm os seus conhecimentos de uma forma passiva e perfeitamente ocasional. Ouvindo alguém falar, ou através de folhetos informativos, ou mesmo por campanhas de informação.

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).

### 2.2.2. Necessidades

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 objectivamente pela população é importante para o diagnóstico.

A noção de necessidade, no contexto do planeamento, pode-se expressar como “a diferença entre aquilo que existe e aquilo que deveria existir” (Pineault, 1989, citado por PRSN 2008-2010:5)

Desta forma, foram identificadas as seguintes necessidades dos adolescentes relacionadas com as atitudes face à sexualidade:

- O interesse por parte da maioria dos adolescentes inquiridos em recorrer a várias fontes para falar sobre a sexualidade.

São múltiplos os agentes que participam na aprendizagem dos temas da sexualidade. Para além das fontes de informação relacionadas com os grupos, o adolescente pode, igualmente, recorrer a outras, para obter informação sobre a sexualidade, como a religião, a televisão e a internet e as fontes literárias, das quais se destacam os livros e as revistas, daí que a inserção das crianças e jovens na sociedade possa complementar, reforçar,

questionar e por vezes abalar as aprendizagens básicas e fundamentais do foro afectivo-sexual realizadas em contexto familiar (Marques *et al*, 2000).

O processo de construção das identidades é resultante deste processo com múltiplos intervenientes e com características contraditórias, por vezes conflituais (Vilar, 2003).

Mais de 82% dos adolescentes conversa com alguém sobre a sexualidade. Para cerca de 41% dos adolescentes, os amigos e as amigas, são o principal recurso para conversarem sobre sexualidade. A mãe é procurada por cerca de 17% dos inquiridos. Para cerca de 10%, o professor também é uma escolha possível para abordar este assunto. Namorados e namoradas só são o recurso para cerca de 2% dos jovens. Quanto às outras fontes de informação disponíveis, 36% utilizam a internet para o esclarecimento de questões, enquanto, que o padre representa cerca 3%.

- A necessidade de muitos adolescentes falar com os pais sobre temas como as mudanças corporais e o namoro.

O namoro, as mudanças corporais na adolescência, a Sida, outras DST e a gravidez são os assuntos mais falados com as mães. A menstruação é um assunto muito abordado, mas, quase exclusivamente por jovens do sexo feminino.

Com o pai destacam-se as mudanças corporais na adolescência e o namoro, como os temas mais abordados.

Este último foi tema 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 temas 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 2 vezes para 30% dos inquiridos;

A necessidade dos adolescentes inquiridos se informarem para esclarecer as suas inquietudes Cerca de 78% dos inquiridos recorre a amigos para esclarecer as suas dúvidas sobre temáticas relacionadas com a sexualidade. Cerca de 58% recorre à mãe para abordarem estes assuntos, enquanto, que o pai é recurso para cerca de 20%.Aproximadamente metade dos inquiridos conversa sobre sexualidade por se sentirem à vontade para o fazer. Cerca de 19% é por se sentirem confiantes e compreendidos.

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.

Depois de identificados problemas e necessidades e de agrupados numa área de actuação, trata-se agora de dar continuidade ao planeamento em saúde, nomeadamente definir prioridades para posterior fixação dos objectivos, selecção de estratégias, preparação da execução e avaliação.

## 2.3 Definição de prioridades

Ao planear em saúde temos de ter em conta a “satisfação de uma necessidade identificada” durante a elaboração do diagnóstico de situação (Tavares, 1990).

“ Como não é possível resolver em simultaneamente todos os problemas de saúde há que definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensiva” (Imperatori e Giraldes, 1986:6)

Por isso, após análise dos problemas e necessidades, decidiu-se organizá-los numa área de intervenção mais vasta, com vista à definição de prioridades que possibilite a nossa intervenção.

Esta é a Educação Sexual que inclui os problemas relacionados com a não recorrência a fontes de informação/agentes sobre a sexualidade e a dificuldade em falar sobre o tema; a não valorização da problemática da SIDA. Inclui também as necessidades reais ou sentidas pelos adolescentes e que se identificaram.

Contudo, a comunidade educativa e docente da escola Mouzinho da Silveira solicitou uma intervenção no âmbito da educação sexual. Nessa escola não houve um levantamento e identificação de problemas, mas houve necessidade de intervir. Os temas que nos foram propostos e considerados deficientes para esta, vão ao encontro das necessidades identificadas pelo diagnóstico de situação feito na escola Cristóvão Falcão e pelos temas propostos pelo PNSE.

Alem dos problemas e das necessidades acima referidos, a violência no namoro foi uma das necessidades manifestadas pelos professores durante a reunião prévia com estes.

Segundo Imperatori (1993) citado por Garcia (2011), a definição de prioridades para o nível local não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção devidamente hierarquizados, de modo a não dispersar esforços ou a tornarem-se pouco explícitos. Segundo o mesmo autor “(...) não existem critérios universais e métodos de os combinar(...) A aplicação de uns ou outros depende de contexto onde sejam aplicados. (Imperatori e Giraldes, 1986:31)

Para tal na priorização das necessidades em saúde no contexto local de estágio foram tomados em consideração os critérios baseados nas prioridades e nas metas definidas no Plano Nacional de Saúde em vigor na data de realização de estágio; as prioridades estratégicas europeias) e critérios baseados numa perspectiva de prevenção dos chamados *riscos futuros*<sup>4</sup> (infecções emergentes: VIH/sida, entre outros).

---

<sup>4</sup> As principais prioridades definidas pela OMS-Europa são: a obesidade/ doenças não transmissíveis, a saúde da criança e do adolescente, o consumo excessivo de tabaco e álcool /abuso de substâncias psicoactivas, a saúde mental, as lesões e acidentes, a infecção VIH/sida, a tuberculose, o sarampo e rubéola e as novas ameaças emergentes (a gripe aviária, SARS, etc.).

Alem dos referidos foram uteis e outros critérios como Vulnerabilidade (“...possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na areia” (Imperatori e Giraldes, 1986:32) e Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências, (no nosso caso reflectido as IST/VIH e gravidez na adolescência). Tivemos em consideração as necessidades sentidas pelos adolescentes, também aspetos metodológicos tais como o horizonte do plano e dimensões ligados ao tempo e aos recursos, entre outros.

A Sexualidade na Adolescência é uma das áreas contempladas no PNS para os anos 2004-2010, plano que se encontrava ainda vigente à data de realização do estágio acima referido.

Segundo PNSE (2006:17-18), a Saúde sexual e reprodutiva considerada uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudável no contexto da intervenção de Saúde Escolar sendo que Doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA como a Violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos constituem áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco na população escolar.

Como já foi referido o Alentejo é uma região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é 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, tendo por base os pontos acima referidos e tendo em conta a legislação em vigor pudemos eleger como problemas prioritários, exigindo a nossa intervenção, Sexualidade na adolescência, Violência no namoro e afectividade. Seguem-se prevenção IST/VIH/SIDA e Gravidez na adolescência e por fim Métodos contraceptivos.

Como tal, e com o objectivo de promover de estilos de vida saudável na comunidade adolescente portalegrense elaborámos o projecto de intervenção “Educação Sexual dos Jovens do 8.º, 9.º e CEF Escola Básica 2,3 Cristovão Falcão e Mouzinho Da Silveira, Portalegre”.

## 2.4. Projeto de intervenção

*“A educação dos afectos inscreve-se na tarefa da constituição de um mundo autenticamente humano”,  
Isabel Renaud (2001:35)*

A elaboração e implementação de programas/projectos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e visam dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados. Nesta fase determinam-se os objectivos, as estratégias, as actividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação.

Apresentamos aqui resumidamente a descrição do nosso projecto, de forma a demonstrar a importância dos projectos de intervenção na comunidade, no sentido da promoção da saúde.

O presente Projeto de intervenção realizou-se em parceria com a Escola Superior de Saúde de Portalegre e foi liderado pelos docentes das escolas da área de atuação bem como da docente coordenadora do mestrado (Prof. Filomena) e pelo docente da disciplina de enfermagem comunitária (Prof Mário Martins).

A população alvo foi constituída pelos 225 alunos dos 8º e 9º e CEF da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e da Escola Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre.

As acções de formação decorreram nas instalações das escolas, com um número máximo de 20 alunos por sessão de informação na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 15 alunos no CEF. Na escola Secundária Mouzinho da Silveira tendo um número máximo de 16 alunos repartidos por 8º, 9º e CEF (10 alunos). As sessões de informação foram realizadas nos períodos de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 repartidas pelos horários facultados pela direcção de ambas as escolas. O calendário das secções encontra-se em ANEXO II.

### 2.4.1 Fixação dos Objectivos

A fixação de objectivos é a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Como refere Tavares (1990:113) "... os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos". O autor menciona que os objectivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem

cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Neste contexto foi delineado como objectivo geral:

Promover sexualidade saudável dos jovens do 8º, 9º e CEF da escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre, através da aquisição de competências que lhes permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade.

Estabelecemos como objectivos específicos que os adolescentes no final das sessões de 90 minutos sejam capazes de:

- ✓ Compreender a importância das relações íntimas do desenvolvimento de cada um
- ✓ Identificar características associadas ao género masculino e feminino
- ✓ Conhecer as diversas formas de violência e de abuso sexual, reconhecer as estratégias dos agressores e identificar soluções e procurar ajuda;
- ✓ Identificar as implicações da gravidez na adolescência: aspetos sociais e Individuais
- ✓ Conhecer o enquadramento legal da Interrupção voluntária da gravidez
- ✓ Conhecer o IST mais frequente, os modos de transmissão de cada uma delas e os métodos de prevenção.
- ✓ Conhecer os serviços adequados e os recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva

Para a consecução realista de um projecto é necessário estabelecer metas e indicadores. Neste sentido, para o final do projecto pretende -se que:

- 80% dos alunos participantes concordem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade
- 80% dos alunos participantes discordem que o preservativo só evita a gravidez
- 80% dos alunos 80% dos alunos participantes discordem que o uso da pilula previne as ISTs
- participantes considerem importante a formação sobre sexualidade
- 80% dos alunos participantes fiquem satisfeitos com os temas apresentados
- 80% dos alunos participantes considerem os meios utilizados adequados
- 80% dos alunos participantes fiquem satisfeitos com a informação fornecida
- 80% dos alunos participantes considerem bom o domínio do tema pelos formadores

#### 2.4.2 Definição de estratégias

**Estratégia** é “a seleção dos meios para realizar **objetivos**”.

Maximiano (2006, citado por Cardoso)

Na quarta etapa do processo de planeamento, que é a selecção de estratégias de forma, escolhemos um conjunto de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar objectivos traçados, procurando compreender qual o procedimento mais correcto. Forma também formuladas e avaliadas as estratégias alternativas para os vários problemas identificados.

Com a publicação da Lei n.º 60/2009 (Artigo 9º) estabelece-se o regime da aplicação da educação sexual nas escolas, refere-se ainda que a educação sexual deve ser realizada de forma conjunta entre várias entidades (escolas, família e profissionais de saúde).

Por isso, este projecto foi desenvolvido com recurso a parceria, entre a Escola Superior de Saúde de Portalegre e as escolas Mouzinho da Silveira e Cristóvão Falcão com a participação dos estudantes do segundo mestrado em enfermagem comunitária envolvendo uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros alunos de mestrado, os docentes da ESSP e os professores das escolas.

Como objectivo central desta intervenção pretendeu-se criar as oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes adotar os estilos da vida saudáveis face a sexualidade.

Tendo em conta que o projecto de intervenção, deve ter na sua base, um modelo de educação para a saúde, pois tal como referem 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 escolhido para o presente projecto foi o Modelo da Promoção da Saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde, como afirma Victor (2005) é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: 1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor et al(2005) citando Pender et al(2002).

É de conhecimento global que os modelos baseiam-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou

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

Considerou-se pertinente para nossa intervenção, a Teoria da Aprendizagem Social do psicólogo canadiano Albert Bandura, cujo foco de acção é mudar as expectativas e as crenças, através do método de fornecimento de informação.

Nesta teoria, há um determinismo recíproco (ao incentivar-se o indivíduo a alterar o seu contexto, está a alterar o meio envolvente); uma capacidade comportamental (com a aquisição ter conhecimento promove-se a capacitação dos indivíduos para mudarem os seus comportamentos); as expectativas (informar sobre os efeitos eventuais da acção, estabelecer objectivos credíveis e curto); a auto-eficácia (confiança na aptidão de efectuar e dar continuidade à acção através do fornecimento de informação a fim de induzir comportamentos); e a aprendizagem observacional (aprender comportamentos saudáveis através do encorajamento).

Em termos de estratégia educativa, escolhemos as actividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação activa dos adolescentes recorrendo ao recurso aos meios audiovisuais, manipulação de material contraceptivo, folhetos e filmes. Neste tipo de estratégia, como refere Ferreira, “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).

#### 2.4.3 Implementação do projeto

*“Os enfermeiros têm o privilégio de poder estabelecer relacionamentos especiais, próximos com os utentes e (...) é esperado que tenham comportamentos de cuidar perante aqueles que demonstram necessidades de saúde”(Fry, 1999).*

O desenvolvimento e implementação do projecto da educação da saúde na população escolar não seria possível sem o estabelecimento de parceria com as direcções e professores das escolas onde tencionávamos de realizar as actividades. Neste sentido, a parceria foi estabelecida através das reuniões, que decorreram no dia 10 de Fevereiro às 10 h na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e no dia 14 de Fevereiro às 10 h na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. (Anexo I cronograma do projeto). As reuniões foram realizadas com a participação das directoras das escolas, os docentes responsáveis pela educação sexual e

com todos os elementos envolvidos no projeto, (alunos do mestrado e docentes da ESSP), onde foi dado a conhecer os possíveis temas, o horário e a duração da intervenção, foi feita uma colheita de áreas de interesse, bem como, das expectativas existentes.

As sessões de educação na população adolescente das escolas Secundária Mouzinho da Silveira (23 alunos repartidos por 8º, 9º e 10 alunos do CEF) e Escola EB 2, 3 Cristóvão Falcão (23 alunos do ensino dito regular e 15 alunos do CEF) decorreram nas instalações das escolas no período de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 e foram repartidas pelos horários facultados pelas direções de ambas as escolas.

Por não ser possível a realização das sessões pelo total dos alunos em simultâneo, as turmas foram selecionadas e distribuídas aleatoriamente pelos grupos. Os alunos de mestrado foram posteriormente divididos em grupos de dois, refira-se que a mestranda pertence ao grupo II (dois) ver (Anexo II: horário das sessões de educação), cabendo um total de quatro turmas a dois grupos e três turmas a outros dois grupos, foi tida também em conta a distribuição de turmas das diferentes escolas e ano de escolaridade aos vários grupos. Cada grupo foi responsável pela elaboração e realização das sessões. Para os 88 alunos que participaram na nossa intervenção foram realizadas quatro sessões três das quais na Escola Mouzinho da Silveira aos alunos do 8ºA, 8ºD e 9ºA e uma na Escola Cristóvão Falcão aos alunos do 9ºB.

As estratégias do estágio foram direccionadas no sentido estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, estimulando a participação e o protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projectos de saúde onde possam decidir de forma consciente e informada

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura foi um veículo na elaboração das secções educativas.

Ao contextualizarmos as metodologias utilizadas na sessões de educação sexual tivemos em conta que "(...) na prática escolar, a sexualidade depende de quatro factores psicosexuais (envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais) e que são: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual" (Sampaio et al, 2007).

De entre as várias metodologias existentes, foram escolhidas as metodologias ativa e participativa permitindo a partilha de informação, clarificação e aquisição de valores e atitudes. (Anexo III – Plano de Secção)

As sessões iniciaram com um debate de ideias e a construção de uma definição de sexualidade por parte dos alunos, e dos afetos envolvidos.

Recorremos ao método expositivo com auxílio de Microsoft Power Point em sala de aula (Anexo V – Power Point Apresentação) para alcançar certos objetivos. Também mostramos vários vídeos, dentre os quais relacionados com a violência no namoro, vídeo da APAV,

onde se retrata os vários tipos de violência psicológica, física e emocional (Anexo V CD meios audiovisuais) seguido por um debate de ideias relativamente ao tema.

Outro vídeo foi relacionado com a prevenção das IST/VIH, demonstrando a correta colocação do preservativo, apontando à importância do mesmo como único meio de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, (anexo V CD meios audiovisuais). Foi ainda dada oportunidade aos alunos de manipular e conhecer os vários métodos contraceptivos existentes no mercado.

Este envolvimento é importante para que eles possam ver, ouvir e tocar nos materiais de aprendizagem. Esta demonstração equaciona, por um lado, a utilização do “erotismo” e da dimensão do prazer sexual para educar, que vários autores (Allen, 2001; Ingham, 2005) têm vindo a referir como um factor de grande importância na educação sexual.

No decorrer das sessões tivemos em conta a 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 acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009:5).

A reflexão é sem dúvida um importante processo de educação sexual, sendo indubitável para a aprendizagem, estimula nos adolescentes a consolidação do que aprenderam e o desenvolvimento duma nova compreensão, novas capacidades e atitudes.

A letra da música “Escolhas” de Sara Tavares que refere a liberdade de escolha dos cidadãos, e enfatiza que no pleno desenvolvimento da cidadania nem tudo o que pode fazer lhe convém ver (Anexo VII Letra da música Escolhas Sara Tavares) foi então usada como um ponto de partida para a reflexão e debate.

Partindo do princípio de que para além de existir violência no namoro, doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência, há sempre mais do que um ponto positivo nas escolhas saudáveis, elaboramos um vídeo onde o tema foi apresentado de forma positiva que mostramos no final das secções de educação (Anexo V CD meios audiovisuais).

E do conhecimento comum, que nas sessões educativas acerca esta temática e não só, a informação é transmitida mas não é assimilada na totalidade pelos formandos. É essencial que os jovens saibam a quem podem se dirigir no caso de surgirem as dúvidas e/ou dificuldades. Na tentativa de reunir a informação sobre os pontos importantes e sobre todos os recursos, serviços e os respetivos contactos, bem como os horários de funcionamentos

das referidas instituições de uma forma resumida e de fácil consulta foi elaborado e distribuído no final das sessões um folheto. Consideramos que o facto desta informação se encontrar escrita num suporte só, disponível e de fácil acesso, permitiria colmatar as possíveis lacunas. (Anexo IV folheto)

Após a aplicação das técnicas de educação, há que avaliar a eficácia da acção 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).

## 2.5 AVALIAÇÃO

*“Um sistema de monitoramento e avaliação de projetos só pode ser implementado com sucesso com a definição dos meios para obtenção de dados confiáveis sobre processos, produtos e resultados”*

Gilberto Teixeira (s.d)

Para a avaliação das sessões de formação realizadas durante o estágio foi aplicado no final de cada sessão um instrumento de medida - um questionário (Anexo VI- Questionário de avaliação) O instrumento de avaliação foi elaborado tendo em conta os objectivos propostos para a formação, mencionados anteriormente.

O questionário tem 10 perguntas e é do tipo misto que inclui questões abertas e fechadas, e também do tipo sim ou não. Para medir aspectos como atitudes ou opiniões dos alunos participantes em estudo, foi utilizada a escala de Likert.

A escala de Likert apresenta uma série de cinco proposições, das quais o inquirido deve seleccionar uma, podendo estas ser: concorda totalmente, concorda, sem opinião, discorda, discorda totalmente. É efectuada uma cotação das respostas utilizando pontuações de 1 a 5.

Antes de tudo foi avaliada a apreciação da formação na perspectiva dos formandos (a sua importância, satisfação acerca dos temas abordados, adequação dos meios utilizados) e o desempenho dos formadores.

Em seguida foi abordada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspectiva dos formandos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Finalmente, e através das próximas 4 perguntas foi possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e Infeções Sexualmente Transmissíveis.

A análise dos dados colhidos foi realizada através de tratamento estatístico através do programa informático SPSS.

Os resultados em geral são apresentados em dois grupos: A - Escola Secundária Mouzinho da Silveira e B - Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão, com a eventual possibilidade de verificar se existem diferenças entre as populações educativas das diferentes escolas.

Para além destes dois grandes grupos ainda foi realizada em particular a avaliação dos resultados obtidos pelo grupo dois a que pertence a mestranda: MS - Escola Secundária Mouzinho da Silveira e CF - Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão, com a finalidade de comparar os resultados em relação ao grupo em geral.

### 2.5.1 - Análise dos resultados do grupo A

Relativamente à apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida.

Importância da formação	N	%
Não	0	0
Sim	88	100,0
Total	88	100,0

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação.

Todos os jovens inquiridos acharam importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

Importância da formação	N
Mais e melhor informação	10
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	5
Esclarecimento sobre DST e IST	4
Esclarecimento das suas dúvidas pessoais	3
Mais seguros, conhecer os riscos, evitar "asneiras"	3
Antes do início da vida sexual	3
Fazer escolhas com mais consciência	2
Preparação para a vida	1

Tabela 2 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência.

Em primeiro lugar, importa referir que 53 jovens não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

Do total de respostas acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade pode constatar-se o seguinte:

- 10 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
- 5 referem que a formação foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 4 Centram a importância da formação no esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ser particularmente importante no esclarecimento das suas dúvidas pessoais sobre estes assuntos;

- 3 Açam que uma formação destas serve, sobretudo, para estarem mais seguros, conhecedores dos riscos que correm e “evitar asneiras”;
- Para outros 3 foi muito importante por ser antes do início da vida sexual;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir fazer escolhas mais conscientes;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida futura.

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	8	9,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	28	31,8
Muito satisfeito	49	55,7
Total	88	100,0

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados.

Apenas cerca de 13% do total do grupo de alunos em estudo se mostrou insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados.

Aproximadamente 32% dos inquiridos admitem ter ficado satisfeito e 56% muito satisfeito relativamente aos temas abordados.

Meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	88	100,0
Total	88	100,0

Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados.

A totalidade do grupo de alunos em estudo considera que os meios utilizados foram adequados à formação.

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	39	44,3
Muito satisfeito	44	50,0
Não responde	2	2,3
Total	88	100,0

Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida.

Dos 88 jovens inquiridos, 3 consideram-se muito insatisfeitos em relação à informação apresentada na formação. No entanto, um pouco mais de 94% mostrou-se satisfeita (cerca de 44%) ou mesmo muito satisfeita (50%) relativamente à referida formação.

Em seguida será abordada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Domínio dos temas	N	%
Suficientes	2	2,3
Bons	21	23,9
Muito bons	65	73,9
Total	88	100,0

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados.

A totalidade do grupo de alunos em estudo faz uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

Cerca de 2% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Aproximadamente 24% e 74% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respetivamente.

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Muito insatisfeito	1	1,1
Insatisfeito	1	1,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	32	36,4
Muito Satisfeito	51	58,0
Total	88	100,0

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas.

Do total de inquiridos 1 ficou muito insatisfeito e outro insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema. 3 admitem ter ficado nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Mais de 36% assumem que ficaram satisfeitos e 58% muito satisfeitos em relação à adequação da formação para o esclarecimento das suas perplexidades.

Finalmente, e através das próximas 4 tabelas será possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem opinião	2	2,3
Concordo	30	34,1
Concordo totalmente	56	63,6
Total	88	100,0

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência.

Todos os jovens admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, exceptuando os 2 inquiridos que não têm opinião formada sobre a questão; cerca de 34% concorda e aproximadamente 64% concordam totalmente com esta afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

Afetos	N
Amor	38
Amizade	14
Paixão	4
Carinho	31
Beijos	11
Ternura	8
Abraços	6
Intimidade	6
Contacto	4
Afeto	3
Sexo	2
Mãos dadas	1
Confiança	11
Respeito	10
Responsabilidade	3
Sinceridade	1
Cumplicidade	1
Fidelidade	1
Segurança	1
Companhia	1
Prazer	4
Satisfação	2
Desejo	1
Culpa	1
Insultos	1
Ofensas	1

Tabela 9 – Afetos envolvidos na sexualidade.

Relativamente aos afetos envolvidos na sexualidade a maioria dos inquiridos identifica o amor (38 jovens), o carinho (31), a amizade (14), os beijos (11), a confiança (11) e o respeito (10) como os mais relevantes.

A ternura (8), a intimidade (6), os abraços (6), o prazer (4), o contacto (4), a paixão (4), o afeto (3) e a responsabilidade (3) são também aspetos mencionados algumas vezes pelos jovens em estudo.

Entretanto decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, dada a sua proximidade em termos teóricos, no sentido de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra.

Por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias inframencionadas):

- 66 das respostas dadas pelos inquiridos incidem sobre as palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 72 respostas referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Ternura, Abraços, Intimidade, Contato, Afeto e sexo;
- 29 respostas identificam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Sinceridade, Cumplicidade, Fidelidade, Segurança e Companhia;
- Prazer, Satisfação e Desejo foi falado sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;
- Importa também destacar que 3 respostas denotam uma visão pouco otimista em relação à sexualidade, destacando, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Culpa, Insultos e Ofensas.

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	64	72,7
Discordo	11	12,5
Sem opinião	3	3,4
Concordo	9	10,2
Concordo totalmente	1	1,1
Total	88	100,0

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de "o preservativo só evita a gravidez".

A generalidade dos inquiridos discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez.

Existindo 3 jovens que não manifestaram opinião sobre o assunto e é preocupante, contudo, verificar que mais de 11% do total da amostra concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceutivo.

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	62	70,5
Discordo	12	13,6
Sem opinião	9	10,2
Concordo	4	4,6
Concordo totalmente	1	1,1
Total	88	100,0

Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre "o uso da pílula previne IST".

Mais uma vez, se constata que a maioria dos jovens que compõem a amostra em estudo respondem corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST. Ou seja, cerca de 84% discordam que assim o seja.

Estranhamente, observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta. Assim como, um total de aproximadamente 6% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

### 2.5.2 - Análise dos resultados do grupo B

Através das 4 tabelas apresentadas em seguida podem retirar-se conclusões acerca da apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados e adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos.

Importância da formação	N	%
Não	0	0
Sim	191	99,0
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação.

Tal como no grupo A, a totalidade do grupo de alunos em estudo reconheceu como importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência.

Importância da formação	N
Maior qualidade e quantidade de informação	31
Mais alerta e desperto para os perigos	7
Evitar erros futuros	3
Sentimento de segurança	2
Evitar gravidez indesejada	2
Favorecer comportamentos saudáveis	2
Início de vida sexual mais seguro	1
Uma forma de crescer	1
Melhor preparação para a vida	1

Tabela 13 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência.

Importa sublinhar, desde já, que 119 dos jovens inquiridos não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

De entre os indivíduos que responderam à pergunta acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade verificou-se o seguinte:

- 31 jovens justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;
- 7 referem que a formação foi importante para estarem mais alerta e despertos para os perigos em torno da sexualidade e início da mesma;

- Para 3 a formação foi fundamental para o esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ter sido particularmente importante para evitarem erros no futuro;
- 2 Açam que uma formação destas serve, sobretudo, para lhes dar um sentimento de segurança face ao desconhecido;
- Em 2 casos foi útil para saberem como evitar uma gravidez indesejada;
- 2 indivíduos sublinham que a mais-valia desta formação prende-se com o facto de favorecer comportamentos saudáveis;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir ter um início da sua vida sexual mais seguro;
- Para 1 dos jovens inquiridos a participação nesta formação foi uma forma de crescer;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida.

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	5	2,6
Insatisfeito	2	1,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	4,7
Satisfeito	102	52,8
Muito satisfeito	75	38,9
Total	193	100,0

Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados.

Aproximadamente 4% do total dos jovens admite ter ficado insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Destaca-se, porém, que aproximadamente 5% se mostrou indiferente em relação à referida formação.

Por sua vez, mais de 91% referem ter ficado satisfeitos (52,8%) ou muito satisfeitos (38,9%) relativamente aos temas abordados.

Meios utilizados	N	%
Não	1	0,5
Sim	192	99,5
Total	193	100,0

Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados.

Todos os jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação.

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	5	2,6
Insatisfeito	1	0,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	10	5,2
Satisfeito	98	50,8
Muito satisfeito	78	40,4
Não responde	1	0,5
Total	193	100,0

Tabela 16 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida.

Pouco mais de 3% do grupo de alunos em estudo admitem ter ficado insatisfeitos ou muito insatisfeitos em relação à informação fornecida através da formação.

Cerca de 5% apresentam-se nem satisfeitos nem insatisfeitos em relação à mesma.

Mais de 50% ficaram satisfeitos e cerca de 40% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na formação sobre sexualidade e adolescência.

Em seguida será analisada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Domínio do temas	N	%
Maus	1	0,5
Suficientes	16	8,3
Bons	71	36,8
Muito bons	103	53,4
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

Tabela 17 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados.

À semelhança dos jovens inquiridos da Grupo A; também estes fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos

formadores. Existindo apenas um indivíduo que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas.

Cerca de 8% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. Aproximadamente 37% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e cerca de 73% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Muito insatisfeito	2	1,0
Insatisfeito	1	0,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	12	6,2
Satisfeito	86	44,6
Muito Satisfeito	90	46,6
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

Tabela 18 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas.

Apenas 2% do total do grupo de alunos em estudo se demonstrou insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência. Cerca de 6% considera que nem ficou satisfeito nem insatisfeito.

Mais de 44% admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 46% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Em seguida serão tratadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	1	0,5
Discordo	3	1,6
Sem opinião	13	6,7
Concordo	66	34,2
Concordo totalmente	109	56,5
Não responde	1	0,5
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>

Tabela 19 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência.

Cerca de 2 % dos inquiridos não consideram que a adolescência seja uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Aproximadamente 7% não têm opinião sobre o assunto.

Pouco mais de 34% concorda com esta afirmação e aproximadamente 57% concordam totalmente.

<b>Afetos</b>	<b>N</b>
Amor	80
Amizade	23
Paixão	6
Carinho	62
Sexo	15
Beijos	14
Intimidade	12
Abraços	7
Afeto	7
Toque	7
Partilha	3
Ternura	3
Masturbação	3
Contacto	3

Afetos	N
Confiança	18
Respeito	11
Responsabilidade	7
Companhia	6
Compreensão	2
Prazer	12
Emoção	4
Desejo	3
Atração	2
Violência	4
Tristeza	2
Ansiedade	1

Tabela 20 – Afetos envolvidos na sexualidade.

No que respeita aos afetos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (80 jovens), o carinho (62), a amizade (23), a confiança (18), o sexo (15), os beijos (14), a intimidade (12), o prazer (12) e o respeito (11) como os mais importantes. Replicando, quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos da Grupo A.

Porém, com a finalidade de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, através das suas proximidades em termos teóricos.

Por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias abaixo referidas):

- 109 das respostas mencionam pelo menos uma das palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 134 referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Sexo, Intimidade, Abraços, Toque, Afeto, Ternura, Partilha, Contacto e Masturbação;
- 44 respostas focam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Companhia e Compreensão;
- Prazer, Emoção, Desejo e Atração foi falado sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;

- Sublinha-se porém, que em 7 das respostas verifica-se não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência, Tristeza e Ansiedade.

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	124	64,2
Discordo	42	21,8
Sem opinião	7	3,6
Concordo	10	5,2
Concordo totalmente	10	5,2
Total	193	100,0

Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de "o preservativo só evita a gravidez".

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. Aproximadamente 4% não tecem qualquer opinião sobre esta questão.

Tal como no grupo A volta a constatar-se que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	127	65,8
Discordo	32	16,6
Sem opinião	10	5,2
Concordo	13	6,7
Concordo totalmente	11	5,7
Total	193	100,0

Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre "o uso da pílula previne IST".

Tal como na resposta à pergunta anterior, se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Cerca de 82% discordam desta premissa.

Todavia, é surpreendentemente constatar-se que, para além dos cerca de 5% de jovens que não têm opinião sobre esta pergunta, um total de aproximadamente 12% de inquiridos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

### 2.5.3 - Análise dos resultados – Grupo MS

A análise dos resultados, das respostas do grupo de alunos em estudo ao questionário, está dividida em 3 partes essenciais.

Em primeiro lugar será analisado o momento formativo em termos genéricos, ou seja, se estas temáticas – sexualidade e adolescência –, de uma forma geral, suscitam interesse no público-alvo. As questões que monitorizam este aspeto são: “Achas importante este tipo de formação sobre adolescência e sexualidade?” e “Estás satisfeito com os temas apresentados?”.

Em seguida é colocado no centro o formador e é averiguada a *performance* deste sobre a perspetiva do formando, isto é, são tecidas algumas considerações acerca: da adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos; satisfação com a informação fornecida; domínio desta por parte do formador e, por fim, a capacidade para o esclarecimento das dúvidas dos formandos.

Finalmente será a vez do formando assumir a centralidade através do questionamento acerca do impacto da formação sobre os conhecimentos adquiridos por estes, através das perguntas: “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”; “O preservativo só evita a gravidez” e “O uso de pílula previne as IST”.

Importância da formação	N	%
Sim	69	98,6
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela 23 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação.

A Totalidade do grupo de alunos em estudo que responde à pergunta considera importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

Sublinha-se que existe 1 estudante que decide não responder à questão.

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	3	4,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	7,1
Satisfeito	36	51,4
Muito satisfeito	26	37,1
Total	70	100,0

Tabela 24 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados.

Cerca de 51% dos jovens inquiridos reconhecem ter ficado satisfeitos e cerca de 37% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Existem apenas cerca de 4% de estudantes muito insatisfeitos.

Cerca de 7% apresentam-se aparentemente indiferentes em relação aos temas apresentados.

Em seguida será feita a análise do domínio que os formadores demonstram, na perspetiva dos formandos, acerca dos meios e temas apresentados e ainda a sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	70	100,0
Total	70	100,0

Tabela 25 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados.

Todos os jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação.

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	4	5,7
Insatisfeito	1	1,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	4,3
Satisfeito	32	45,7
Muito satisfeito	29	41,4
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela 26 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida.

Aproximadamente 86% mostrou-se satisfeito (aproximadamente 46%) ou mesmo muito satisfeito (cerca de 41%) relativamente à informação fornecida durante a formação.

Existe cerca 7% que se considera insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito em relação à informação apresentada na formação.

1 jovem não responde à questão.

Domínio dos temas	N	%
Suficientes	4	5,7
Bons	29	41,4
Muito bons	35	50,0
Não responde	2	2,9
Total	70	100,0

Tabela 27 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados.

Basicamente todos os jovens estudados fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio dos formadores ao nível das temáticas apresentadas.

Metade considera que os formadores tiveram um muito bom domínio das temáticas apresentadas. Cerca de 41% acham que estes tiveram um bom desempenho.

Apenas 4 inquiridos ficam com a perceção que os formadores dominam os temas apenas satisfatoriamente.

Importa sublinhar porém que 2 estudantes não respondem à pergunta.

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Muito insatisfeito	1	1,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	5,7
Satisfeito	26	37,1
Muito Satisfeito	38	54,3
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela 28 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas.

Verifica-se que cerca de 91% do total do grupo de alunos em estudo se consideram satisfeitos (cerca de 37%) ou mesmo muito satisfeitos (cerca de 54%) relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema.

Todavia, importa destacar o caso do estudante que admitiu ter ficado muito insatisfeito. Existe ainda 1 inquirido que não têm opinião relativamente a esta questão.

Entretanto, através das próximas 3 tabelas, é possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos, pelos formandos, sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

<b>Liberdade responsabilidade na adolescência</b>	<b>e</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente		1	1,4
Discordo		1	1,4
Sem opinião		3	4,3
Concordo		21	30,0
Concordo totalmente		44	62,9
Total		70	100,0

Tabela 29 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência.

Praticamente todos os estudantes admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

Aproximadamente 63% concorda totalmente e 30% concordam com a afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

3 dos inquiridos não parecem ter opinião formada sobre a questão.

Existem porém 2 indivíduos que discordam da afirmação.

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	42	60,0
Discordo	15	21,4
Sem opinião	1	1,4
Concordo	4	5,7
Concordo totalmente	8	11,4
Total	70	100,0

Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”.

A generalidade do grupo de alunos em estudo discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez.

60% discorda totalmente e cerca de 21% discorda com a afirmação.

1 jovem não manifestou opinião sobre o assunto.

Sublinha-se sobretudo, o facto de existirem cerca de 17% de jovens que concordam com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo; Aproximadamente 6% concorda e cerca de 11% concordam totalmente.

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	39	55,7
Discordo	15	21,4
Sem opinião	3	4,3
Concordo	5	7,1
Concordo totalmente	8	11,4
Total	70	100,0

Tabela 31 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”.

Constata-se que a maioria dos estudantes que compõem o grupo de alunos em estudo respondem corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST. Aproximadamente 56% discorda totalmente e cerca de 21% discorda desta afirmação.

Porém, observam-se 3 indivíduos sem opinião sobre esta pergunta.

Cerca de 7% dos jovens estudados concorda e cerca de 11% concordam totalmente que o uso de pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

#### 2.5.4 - Análise dos resultados – Grupo CF

Tal como a análise da turma anterior, também para esta será analisado: Por um lado, o momento formativo em termos genéricos em torno das temáticas sexualidade e adolescência; Por outro, é estudado o desempenho do formador, na perspetiva do formando, designadamente acerca da adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos, satisfação com a informação fornecida, domínio desta por parte do formador e a capacidade para o esclarecimento das dúvidas dos formandos; Por último, é indagada a amostra sobre o impacto da formação nos conhecimentos adquiridos por esta, acerca de adolescência como etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, preservativo e gravidez e utilização da pílula e as IST.

Importância da formação	N	%
Sim	17	94,4
Não responde	1	5,6
Total	18	100,0

Tabela 32 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação.

Os inquiridos que respondem à pergunta reconhecem que foi importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência.

1 dos jovens não responde à questão.

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	1	5,6
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	11,1
Satisfeito	6	33,3
Muito satisfeito	9	50,0
Total	18	100,0

Tabela 33 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados.

Metade do total do grupo de alunos em estudo admite ter ficado muito satisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Cerca de 33% ficou satisfeito.

Apenas 1 dos jovens se sentiu muito insatisfeito.

2 dos inquiridos apresentaram-se indiferentes em relação às temáticas tratadas.

De seguida será estudada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Será analisado ainda o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Meios utilizados	N	%
Sim	17	94,4
Não responde	1	5,6
Total	18	100,0

Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados.

1 dos estudantes não tece qualquer apreciação acerca da adequação dos meios utilizados para a formação.

Entre os que respondem à pergunta, todos consideram que estes foram adequados à formação.

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Satisfeito	12	66,7
Muito satisfeito	6	33,3
Total	18	100,0

Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida.

Todos os inquiridos expressam uma apreciação positiva acerca da informação que lhes foi fornecida.

6 referem que ficaram muito satisfeitos e 12 admitem mesmo ter ficado satisfeitos.

<b>Domínio do temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Suficientes	1	5,6
Bons	9	50,0
Muito bons	8	44,4
Total	18	100,0

Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados.

De uma forma geral os estudante fazem um juízo positivo relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

8 jovens referem que os formadores tiveram um muito bom domínio sobre os temas apresentados e 9 consideram que estes demonstraram um bom domínio sobre as mesmas.

<b>Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	5,6
Satisfeito	9	50,0
Muito Satisfeito	8	44,4
Total	18	100,0

Tabela 36 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas.

Apenas 1 indivíduo se demonstrou nem satisfeito nem insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência.

9 estudantes admitem ter ficado satisfeitos e 8 muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Entretanto serão desenhadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre as problemáticas da adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem opinião	1	5,6
Concordo	7	38,9
Concordo totalmente	10	55,6
Total	18	100,0

Tabela 37 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência.

A quase totalidade dos jovens admite que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. 7 inquiridos concordam com esta afirmação e 10 concordam totalmente.

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	16	88,9
Discordo	1	5,6
Concordo	1	5,6
Total	18	100,0

Tabela 38 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”.

A grande maioria dos jovens discorda totalmente com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. 1 dos inquiridos discorda desta premissa.

1 estudante admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

<b>O uso da pílula previne IST</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	12	66,7
Discordo	4	22,2
Sem opinião	2	11,1
Total	18	100,0

Tabela 39 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”.

Apesar de existirem 2 jovens que não têm opinião sobre a utilização da pílula como meio de prevenir uma infeção sexualmente transmissível, na verdade, todos aqueles que tecem uma opinião mencionam que a utilização deste método contraceptivo não pode ser considerado como um meio de prevenção para uma infeção sexualmente transmissível.

## 2.6 Discussão e análise

Dos resultados obtidos podemos concluir que:

- ❖ Relativamente à apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida, todos os jovens inquiridos acharam importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência. Importa referir que 119 dos jovens inquiridos no grupo B e 53 no grupo A não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade
- ❖ De entre os indivíduos que responderam à pergunta acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade pode constatar-se o seguinte:
  - 31 Jovens do Grupo B justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto.
  - 10 Inquiridos do Grupo A respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
  - 7 Jovens do Grupo B referem que a formação foi importante para estarem mais alerta e despretos para os perigos em torno da sexualidade e início da mesma;
- ❖ No que refere à qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos verifica-se:
  - Ambos os grupos fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas por parte dos formadores e a capacidade destes para o esclarecimento de dúvidas.
- ❖ Importa de acrescentar que podemos presumir o nosso domínio nas temáticas apresentadas em função dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.
  - Todos os adolescentes admitem a adolescência como uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.
  - Relativamente aos afetos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (80 jovens), o carinho (62), a amizade (23), a confiança (18), o sexo (15), os beijos (14), a intimidade (12), o prazer (12) e o respeito (11) como os mais importantes. Replicando, quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos da Grupo A.
- ❖ Entretanto decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, dada a sua proximidade em termos teóricos, no sentido de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de

cada uma das categorias abaixo referidas):

- 109 Das respostas mencionam pelo menos uma das palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 134 Referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Sexo, Intimidade, Abraços, Toque, Afeto, Ternura, Partilha, Contacto e Masturbação;
- 44 Respostas focam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Companhia e Compreensão;
- Prazer, Emoção, Desejo e Atração foi referido sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;

Sublinha-se porém, que no grupo B em 7 das respostas verifica-se não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência, Tristeza e Ansiedade. Já no grupo A houve 3 respostas que denotam a mesma visão pouco otimista em relação à sexualidade, destacando, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Culpa, Insultos e Ofensas., estes dados refletem a preocupação que os docentes da escola manifestaram a quando da reunião prévia sobre a violência no namoro.

❖ Relativamente os conhecimentos adquiridos pelos formandos acerca dos métodos contraceptivos concluiu-se:

- A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo.
- Aproximadamente 4% do Grupo B não tecem qualquer opinião sobre esta questão.
- Em ambas as turmas se constata que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.
- a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Pois cerca de 82% discordam desta premissa.

Estranhamente, no grupo A observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta. Assim como, um total de aproximadamente 6% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

No grupo B, é surpreendentemente constatar-se que, para além dos cerca de 5% de jovens que não têm opinião sobre esta pergunta, um total de aproximadamente 12% de inquiridos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

Tal como na análise do grupo em geral também em relação as turmas pertencentes ao grupo dois foi analisado o momento formativo em termos genéricos em torno das temáticas sexualidade e adolescência, foi averiguada a performance do formador sobre a perspectiva do formandos acerca da: adequação dos meios utilizados, satisfação com a informação

fornecida, domínio desta por parte dos formadores e capacidade para o esclarecimento de dúvidas, e por último foi avaliado o impacto da formação nos conhecimentos adquiridos.

Ficamos satisfeitos com os resultados obtidos, uma vez que conseguimos alcançar e superar os objectivos traçados.

A análise dos resultados referentes a estes grupos reflete quase taxativamente os resultados obtidos pelo grupo de mestrados em geral, em todos os domínios analisados. De referir contudo, que da apreciação que os formandos fazem acerca da performance dos formadores, os resultados obtidos são de 100% em quase todos os itens, com exceção do item satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas, na turma da MS, que embora tenha superado a meta para este indicador, foi de 91,4%.

Assim como no grupo em geral, também os adolescentes destes grupos refletem dificuldades em relação aos meios contraceptivos para a prevenção de uma IST, com cerca de 17% dos indivíduos da escola MS e de 11% da escola CF que não têm opinião ou têm dúvidas em relação a estas temáticas.

Estes resultados sublinham que com a aplicação das intervenções de enfermagem se obtiveram resultados positivos nos grupos intervencionados.

Existe uma clara evidência da necessidade de acompanhamento prolongando, pois só dessa forma podemos tirar melhores conclusões, acerca da adoção de estilos de vida saudável. Ainda há alunos com dificuldade e dúvidas em relação aos meios contraceptivos, facto que não é de estranhar, uma vez que não é com uma sessão de educação que podemos esclarecer as dúvidas e abranger todas as necessidades de informação, este é um processo que implica continuidade.

Tendo presentes os resultados do projeto podem concluir-se que os jovens sentem necessidade de informação e ao enfermeiro compete proporcionar as “ferramentas” para que os adolescentes possam tomar decisões informadas. Existe uma forte ligação entre educação e empoderamento.

Pelo acima enunciado podemos considerar atingida a finalidade a que nos propusemos com este projeto, ou seja, contribuimos para adoção dos comportamentos saudáveis pelos adolescentes, de competências que consequentemente proporcionar-lhes escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade.

### 3. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO

*“Por vezes julgamos que o que conseguimos  
é só uma gota no oceano.  
Mas sem ela o oceano estaria incompleto”*

Madre Teresa de Calcutá

Assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige atender às suas necessidades, acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, respeitando a sua diversidade e singularidade, escutar e esclarecer as suas dúvidas, apoiar e facilitar o processo de edificação da sua identidade, a descoberta de si próprio e a construção do seu projecto de vida e de saúde.

Neste contexto, o enfermeiro que trabalha junto da comunidade, assume um papel de relevo e apresenta-se dotado de competências para recorrer à utilização de ferramentas que lhe permitam actuar junto da mesma, e o planeamento em saúde nesta área revela-se de grande relevância.

Todo o percurso de mestrado bem como o estágio foi oportuno para o desenvolvimento de competências especializadas a nível de saúde pública e comunitária, permitindo a visualização da pessoa como um todo, tendo em conta a satisfação das suas necessidades, assumindo assim uma visão holística da saúde.

A elaboração deste relatório equivocou o caminho percorrido durante o estágio focando os seus aspectos positivos e as dificuldades que surgiram e foram ultrapassados. Contudo, a experiência do estágio foi enriquecedora e permitira utiliza-la nos meus futuros projectos profissionais no campo de planeamento em saúde.

Este é um processo que requer uma intervenção orientada para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva e orientada, em função dos objectivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes. O recurso ao planeamento em saúde não só garantiu a eficácia da intervenção, como também ajudou nas todas as etapas de implementação de projecto.

Numa metodologia de projecto referente à 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 selecção de objectivos, a determinação de estratégias, a elaboração do plano de acção e por fim a avaliação.

No que se refere as dificuldades, as mesmas surgiram durante toda essa caminhada. Ao entender o planeamento em saúde como um processo complexo e dinâmico, não se podia encarar como concluída, nenhuma etapa do processo, porque é sempre possível voltar atrás, sempre que se verificar a necessidade de fazer alterações no sentido de perfeição.

Compreender as atitudes dos adolescentes face a sexualidade foi um dos desafios enfrentados logo na primeira etapa do planeamento em saúde que se concretizou com a realização do diagnóstico de situação junto à população adolescente. Considero que um correcto diagnóstico de lacunas formativas dos adolescentes foi essencial para o sucesso da nossa intervenção como agentes de educação para a saúde e para a resolução de problemas detectadas.

Como o principal objectivo do projeto de intervenção em educação sexual pretendeu-se a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes adotar estilos de vida saudáveis face a sua sexualidade, capacitando-os para uma vivência responsável integral e satisfatória da sexualidade com marcas de afectividade.

A educação sexual como educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida (Hockenberry, 2006 citado pelo Conselho de Enfermagem, 2009). Ainda segundo Sampaio *et al* (2007) a sexualidade no adolescente é uma importante etapa preparatória para a construção da sexualidade adulta.

No âmbito de uma educação promotora de modificação de comportamentos e atitudes, como declara Bernardino, o papel do enfermeiro é muito abrangente e confina múltiplas etapas. Assim,

“(...) compete-lhe em primeiro lugar **interpretar** as necessidades de saúde da população. Para alcançar os objetivos não basta **informar**, é essencial **Educar**, transmitir conhecimentos pertinentes. Para o concretizar é necessário **Ensinar**, dar as informações sistematizadas, que integradas no contexto permitem **Instruir**, de modo a **Permitir** ao cidadão a oportunidade de **Otimizar** a sua saúde, adotando os comportamentos adequados ao alcance de um bem-estar físico social e mental. Para operacionalizar esta dinâmica é primordial tornar as coisas compreensíveis e claras, ou seja, **Explicar**, **Orientar** para as melhores decisões relacionadas com a saúde, e **Aconselhar**, através do diálogo, **Capacitar** os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. O enfermeiro deve **Colaborar**, isto é, trabalhar em conjunto com o cidadão, pois só assim consegue **Estimular**, incitar os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis” (Bernardinho *et al.*, 2010 citado por Rocha *et al.*).

Tendo em vista que os nossos objectivos foram no sentido de mudar/educar as expectativas e as crenças na comunidade adolescente, através do método de fornecimento de informação, para o presente projecto foi optado o Modelo da Promoção da Saúde com o recurso a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

O modelo escolhido para o presente projecto é o Modelo da Promoção da Saúde. Este desenvolveu-se como complemento de outros modelos de protecção da saúde, como o Modelo Saúde-Doença, expandindo o que este defende, determinado a probabilidade que os modelos de estilo de vida saudável e de promoção da saúde ocorrem, pois os indivíduos podem alterar os seus comportamentos. Este modelo é útil, pois permite aos enfermeiros avaliar os utentes.

As dificuldades surgiram e durante planificação das secções educativas, visto que o tema do projecto é amplo e complexo, as necessidades identificadas foram muitas, os problemas importantes e o tempo limitado. Para priorização dos temas foram utilizados os critérios de definição de prioridades baseados nas prioridades e nas metas definidas no Plano Nacional de Saúde em vigor na data de realização de estágio; nas prioridades estratégicas europeias e nos critérios baseados numa perspectiva de prevenção dos chamados *riscos futuros*. As necessidades foram estudadas e através do critério de vulnerabilidade e Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências. A selecção dos critérios e sua aplicação no terreno foi um caminho desconhecido no desenvolvimento profissional.

Um projecto de intervenção na comunidade implica um trabalho conjunto dos vários profissionais pertencentes a uma equipa multidisciplinar. Assim, criamos uma parceria entre a Escola Superior de Saúde de Portalegre e as escolas Mouzinho da Silveira e Cristóvão Falcão. Durante o nosso estágio respeitamos as competências de outros profissionais de parceria, tentamos sempre estabelecer uma relação empática com os professores das ambas as escolas de intervenção no sentido de dar a continuidade do caminho já traçado e no desenvolvimento das futuras intervenções no campo, como tendo bem presente os limites da nossa intervenção e compreendendo a perspectiva dos professores, uma vez que o período do projecto coincidia com o período antes e depois das férias de pascoa.

As actividades educativas foram desenvolvidas no âmbito do espaço-turma, que evitou uma possível intimidade dos alunos fase a especificidade do tema abordado, promovendo num ambiente habitual uma melhor participação dos adolescentes no sentido de partilha de informação, bem como clarificação e aquisição de valores e atitudes, treino de competências específicas, entre outros.

As sessões de educação sexual foram leccionadas num contexto holístico do jovem, tentamos expor as possíveis hipóteses de escolha, criamos o espaço para a análise e livre debate de ideias, vislumbrando-se as vantagens e desvantagens de atitudes e comportamentos assumidos, capacitando os jovens para escolhas saudáveis, contribuindo para o amadurecimento interior de cada um. Pretendeu-se tornar atitudes, comportamentos

e experiências do dia-a-dia em algo que faça sentido, permitindo integrá-los em conhecimento que ajudará a construir a sua personalidade e alterar comportamentos.

Comunicação é uma competência essencial na prática diária de uma enfermeira. As técnicas de comunicação e o relacionamento empático e terapêutico estão intrínsecos à nossa vida profissional. Entre tanto, foi imprescindível uma preparação mais cuidadosa para uma comunicação eficaz, principalmente com a comunidade adolescente, tanto na escolha e na aplicação do instrumento de colheita de dados do diagnóstico de situação de saúde, assim como na preparação e realização das actividades educativas, elaboração de folheto entre outros. Para tal, efectuámos uma pesquisa bibliográfica profunda, inquirimos os nossos tutores, bem como recorremos à nossa experiência profissional e pessoal.

As sessões educativas foram dirigidas pelas duas mestrandas. Quando são dois formadores é necessário existir coordenação, respeito pelo outro e saberem-se exactamente os papéis de cada um, bem como perceber exactamente o espaço em que iria se colocar cada um.

É também fundamental que o enfermeiro possua um bom domínio da língua portuguesa com discursos objectivos que estimulem a cognição, para cativar a curiosidade dos adolescentes, motivando-os a descobrirem através das suas palavras, percursos de conduta e atitudes adaptados a eles. (Ferreira et al, 2004).

O facto de sentir que a facilidade expressiva da colega é superior à minha, talvez me tenha retraído um pouco na primeira sessão. Na segunda sessão e seguintes, senti-me mais confiante na transmissão da informação educativa e na comunicação com os adolescentes, não revelando dificuldades significativas. O segundo grupo foi mais participativo e interessado o que também facilitou a minha intervenção.

Ao gerir o processo educativo de um grupo que se encontra motivado e participativo, tive sensação que eu própria estava num processo de aprendizagem. Pois, nestes processos os formadores são moderadores de algo que é construído pelos participantes, e que proporciona os momentos inesquecíveis e enriquecedoras aos todos envolventes no dito processo educativo.

É de salientar, que foi gratificante verificar que a maioria dos professores demonstrou disponibilização para colaborar durante as secções educativas, bem como o interesse na temática. Para mim foi importante sentir esse apoio, uma vez que estava a intervir numa comunidade que me era desconhecida.

Foi benéfico para o nosso desenvolvimento profissional ter leccionado as aulas de educação sexual nas escolas diferentes, bem como nas turmas dos diferentes anos lectivos, como 8 e 9 anos. Isso proporcionou-nos uma visão mais abrangente da especificidade da educação de saúde no terreno escolar, as semelhanças e as diferenças entre as populações

educativas, bem como da necessidade do constante ajusto das técnicas e metodologias pedagógicas aplicadas perante as características dos formandos.

Assim, reparamos, que para a maioria dos alunos dos oitavos anos as sessões proporcionaram aquisição dos conhecimentos sobre sexualidade, tenha contribuído para uma maior participação dos alunos na abordagem dos métodos contraceptivos e prevenção IST/*Infecções sexualmente transmissíveis*.

Entre tanto para a maioria dos nonos a sessão visava um aprofundamento dos saberes, cujo tema abordado já não é novidade. Denotamos ao longo das sessões que os alunos mais velhos já possuíam uma opinião sobre os temas abordados, verificamos que na generalidade os jovens se encontravam motivados para uma vivência saudável da sua sexualidade, verbalizando sentirem-se preparados para os namoros, alguns até já formaram os pares, apesar das muitas dúvidas e incertezas sentidas.

Nas nossas sessões foi sempre presente a noção que, a vivência da sexualidade e a expressão e dádiva do que cada um tem de mais íntimo, merece ser tratada com toda a atenção e delicadeza, pois “tanto pode ser fonte de felicidade e enriquecimento como pode tornar-se origem de profundo sofrimento” (Ferreira et al, 2004:137).

Numa tentativa de inculcar um sentido de responsabilidade aos alunos face à sua sexualidade durante a realização das sessões educativas foi proporcionado um tempo aos jovens para exporem as suas opiniões, expectativas, dúvidas e dificuldades que achariam encontrar na sua vida sexual. Nestes momentos preocupamos com que as reflexões foram traduzidas no sentido construtivo, reforçando positivamente as capacidades e competências dos jovens para a abordagem do tema, estimulando a sua *auto-eficácia percebida* para a mudança de comportamento *auto-regulado*.

Com elaboração e distribuição dos folhetos informativos nos finais das sessões pretendia-se reforçar a motivação dos jovens para uma vivência saudável da sua sexualidade, bem como deixar informação útil não só para as participantes no projecto, como também para os/as amigos/as deles.

Assim, apesar da mudança de comportamentos ser demorada e difícil, consideramos que contribuímos positivamente no sentido de dar respostas às necessidades de informação dos adolescentes, promovendo as mudanças comportamentais capazes de determinar uma autonomia com capacidades de escolhas informadas contribuindo para a autonomia pessoal e a responsabilidade social.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na educação de saúde é relevante e só podemos saber que a alcançamos a partir da avaliação dos resultados da nossa intervenção, pois, o cuidado de enfermagem é baseado em evidências científicas.

Relativamente aos pontos positivos, os alunos destacaram a aprendizagem sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

- A que se refere às metas (80%), estas foram não só atingidas, mas sim superadas:
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira – 93%; Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão – 94.5% dos alunos participantes concordem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.
  - 81% dos alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 94.5% dos alunos da Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão discordem que o preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez.
  - Apenas 18% dos alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira concordam que o uso de pílula é um meio de prevenir a transmissão de uma IST; E 88.9% dos alunos participantes da outra escola respondem correctamente à questão do uso da pílula.
  - Em relação à importância da formação sobre sexualidade na Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão 94.4% dos alunos participantes concordam e apoiam, e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira - 98.6%.
  - 88% dos alunos participantes da na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, e 83% os da na Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão ficaram satisfeitos com os temas apresentados.
  - 100% dos alunos participantes que responderam, considerem os meios utilizados adequados à formação.
  - Todos os inquiridos da Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão expressam uma apreciação positiva acerca da informação que lhes foi fornecida. E 86% na Escola Secundária Mouzinho da Silveira também avaliam positivamente.
  - De uma forma geral os estudante fazem um juízo positivo relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

No que concerne à avaliação da metodologia de abordagem das sessões foi gratificante investigar que todos os alunos referiram adequação dos meios utilizados, satisfação com a informação fornecida, domínio desta por parte dos formadores. Esmagadora maioria dos alunos ficaram satisfeitos com o a capacidade dos formadores esclarecer as dúvidas pronunciadas.

No decorrer do estágio deparamos e com algumas limitações.

Relativamente à sua consecução, as actividades foram desenvolvidas em contexto escolar pelo que se encontraram condicionadas pelo funcionamento da escola e disponibilidade da comunidade educativa envolvida. Para contornar estas limitações foi necessário adotar uma atitude de flexibilidade e negociação com os todos participantes, adaptando o projecto ao contexto em que foi implementado.

Sentimos limitação em relação de tempo de intervenção de projecto, bem como as ditas sessões foram limitadas em 90 minutos por cada turma. A especificidade dos temas abordados, que releva os assuntos mais íntimos de vida pessoal, tempo limitado e o facto de sermos pessoas externas do processo educativo (sendo difícil de conquistar a confiança dum momento para outro) dos adolescentes não proporcionou um envolvimento e participação ativa, tanto como uma relação boa e aberta entre os formadores e formandos, sendo que este projecto necessita a continuação.

A afectividade e a sexualidade educam-se e aprendem-se. Neste contexto, todos os actores: pais, professores e educadores, psicólogos, profissionais de saúde tem um papel muito importante na interiorização pelo adolescente, dum conceito de sexualidade que englobe todas as dimensões da sexualidade: a dimensão biológica, psicológica, emocional, afectiva, social, transcendental/espiritual, que permita escolhas construtivas de relações gratificantes e duradouras.

Assim, para os futuros projetos no sentido de continuação torna-se imprescindível criar uma parceria mais proativa entre os todos os envolventes no dito processo educativo, principalmente entre os enfermeiros, os professores e os pais.

Considero que seria benéfico fazer uma sessão educativa aos pais dos adolescentes, visto que estes têm dificuldades em abordar os assuntos relativos a sexualidade junto dos filhos. Pois, os dados obtidos do diagnóstico de situação estão em consonância com afirmação de Vilar (2003) " Mesmo nas famílias em que existe uma comunicação com mais intensidade e eficácia, à que pensar que as práticas parentais e a comunicação entre progenitores e adolescentes continuarão a ter essencialmente um carácter informal e que, muitos progenitores e adolescentes continuarão a ter dificuldades reais na comunicação sobre este tipo de questões. Dificuldades estas que são inerentes às características da adolescência e, noutros casos, às incapacidades ou insuficiências dos progenitores neste campo específico".

Depois de elaboração e implementação do projecto no terreno, ultrapassando todas as dificuldades e atravessando as limitações, torna-se pertinente tirar algumas conclusões:

As metas traçadas foram atingidas na totalidade 80% de satisfação em todos os indicadores, em alguns itens até ultrapassadas.

Os resultados deste projeto evidenciam a importância de intervenção em contexto escolar no âmbito da educação sexual, que foi elaborado conforme a legislação em vigor com recurso a avaliação prévia do contexto e das necessidades da comunidade educativa.

Os dados obtidos das avaliações estão em consonância com os indicadores e os conhecimentos/experiência adquirida abrem o caminho para as futuras intervenções com possíveis alterações no sentido da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Apesar das limitações mencionadas, considero que as actividades desenvolvidas reflectiram o desenvolvimento/ aquisição da competência para estabelecer um projecto de intervenção na comunidade.

Considero também que atingi o principal objectivo da minha formação especializada, isso é o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Acredito que o Enfermeiro tem que se afirmar como um profissional autónomo, praticando uma Enfermagem científica, planeada e documentada, ou seja, com competência para desempenhar uma qualidade de cuidados cada vez melhor e que dê resposta às exigências do utente com uma visão holística de todos os indivíduos.

Assim, é necessário que exista um desenvolvimento cognitivo, aplicável na prática e que permita uma adaptação às novas exigências, ou seja, a aquisição de novas competências.

O conceito "Competência" está estritamente relacionado com o desenvolvimento do indivíduo, e com a formação contínua, ou seja, a oportunidade para melhorar ou adaptar as competências. Girardi (2006)

Segundo Rabaglio (2004) a competência é formada pelo CHA: conhecimento, habilidade e atitude e é definida "(...) como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregue valor económico à organização e valor social ao indivíduo". Fleury (2002)

A competência não é inata, desenvolve-se ao longo da vida, nos diferentes locais onde exercemos os nossos papéis e resulta dos vários itens como interacção social, experiência diária e aptidão individual, que cada um demonstra em querer aprender, entre os outros.

"O grau de mudança na *Praxis* da Enfermagem, que emite um enfermeiro (Ser individual), está directamente relacionada com o grau de integração e síntese do conhecimento de Enfermagem / Sabedoria, que inclui: fundamentos de enfermagem (ciência e humanidades) e a essência de enfermagem, metodologia e de investigação disciplinada". Kalofissudis (2007)

Assim, entre os Instrumentos Básicos de desempenho em Enfermagem perifrasedo Amendoeira, (2003) são Comunicação, Princípios Científicos, Observação, Entrevista, Trabalho em Equipa e Registos.

Finalmente, a Enfermagem, inclusive a Enfermagem Comunitária, é uma nobre e respeitada profissão que tem uma interacção directa com os indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. «Os contextos para exercer esta profissão são exigentes, dinâmicos e muito complexos, e é por esta razão que deve haver uma aposta cada vez maior na formação» (Jesus, citado por Correia (2006).

Citando Lopes (1998, p. 51) "formar - pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a atitudes, conhecimentos e técnicas relativas a cada uma das actividades profissionais específicas..."

Ou seja " (...) o profissional deverá possuir conhecimentos específicos que lhe permite conceptualizar, organizar, interagir e registar o cuidado que ele próprio executa e controla". (Amendoeira, 2000)

Contudo, não é suficiente apenas ter acesso à informação. É fundamental o profissional se encontre motivado e ter habilidades de utilizar os conhecimentos no seu dia-a-dia. Neste contexto o estágio é uma mais-valia no dito formação profissional e elaboração deste relatório, que visa o caminho percorrido durante o estágio tornou-se essencial como o instrumento ilusivo de educação reflexiva.

A formação não termina por aqui. O Século XXI traz aos enfermeiros a possibilidade de privilegiar o saber, a partilha, a criatividade e o poder do cuidado, mas ao mesmo tempo a profissão necessita cada vez mais de compromisso e dedicação ao trabalho. Há muito para aprender e apreciar, pelo que o enfermeiro deve continuar a desenvolver novas competências, necessárias para o crescimento e exercício da nossa profissão. Por isso considero o presente mestrado como um dos passos consecutivos no caminho para excelência dos cuidados de enfermagem.

## CONCLUSÃO

É com a prática do cuidar em enfermagem que as necessidades de actualização e aperfeiçoamento se manifestam, sendo resultado da reflexão, dos confrontos de ideias e do desenvolvimento das ciências e da tecnologia. A formação produz uma abertura e disponibilidade em aprender, em obter conhecimentos e adquirir determinadas capacidades, que se transformarão em competências.

Assim, este Relatório de Estágio surge como um documento ilustrativo de um percurso de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, permitindo-me uma constante mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências específicas de Enfermagem Comunitária

Os cuidados de enfermagem assumem particular importância na vida do indivíduo, podendo considerar-se como objectivos "...a educação para comportamentos saudáveis, a promoção do auto-cuidado ou do cuidado aos familiares, a adesão e gestão de regimes terapêuticos ou a procura do sentido da vida." (Vieira, 2008:84).

A promoção da saúde é uma área muito importante da investigação em saúde, não só no âmbito da prevenção da doença, também no controlo e melhoria da saúde das populações. Neste sentido, é importante criar ambientes de suporte, reforçar as acções na comunidade e desenvolver a experiencia pessoal (Beaglehole, Bonita & Kjellström, 2003).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária assume o papel relevante no âmbito de promoção de saúde. Este profissional possui as competências específicas que permitem ter uma visão profunda sobre as respostas humanas aos processos de vida e às necessidades de saúde, intervindo de forma adequada e eficaz de modo a proporcionar efectivos ganhos em saúde.

O estágio acima referido foi realizado numa perspectiva de capacitar e emponderar os adolescentes a adotar os estilos de vida saudáveis face a sua sexualidade através de elaboração e implementação do projecto de intervenção em educação para a saúde na comunidade adolescente de duas escolas do 2º ciclo de escolaridade da cidade de Portalegre. A escolha do tema deveu-se às políticas de saúde, pois o Ministério da Saúde (2004:31) refere que os "adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST".

Cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária ter um papel activo no desenvolvimento dos projectos de intervenção em saúde pois, e segundo a OE, é a este que compete liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania e integrar a coordenação

dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde. (OE, 2009)

O Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar foi desenvolvido com base na identificação prévia das necessidades em saúde da comunidade, estabelecimento das prioridades, definição dos objectivos mensuráveis e metas exequíveis, escolha das estratégias de intervenção, envolvimento da equipa multidisciplinar na sua execução e elaboração dos indicadores de avaliação que permitiram a monitorização da eficácia da intervenção e a quantificação dos ganhos em saúde.

Como o grupo alvo de intervenção são os adolescentes, foi adotada a estratégia de Educação para a Saúde, como sendo uma das mais eficazes para a prevenção de comportamentos de risco e para a mudança comportamental.

Educação para a saúde é uma das ferramentas essenciais de promoção de saúde. Neste sentido, segundo Stanhope & Lancaster (1999:266) 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.

É pela educação sexual que se promove o crescimento global do adolescente, se clarificam ideias numa fase eminentemente caracterizada pela descoberta e consolidação de convicções. A educação sexual para os jovens consiste na transmissão de informação, tendo em conta os aspectos tais como sentimentos, liberdade, afectividade, prazer, comunicação e responsabilidade de maneira a promover a aquisição de comportamentos responsáveis.

Ao enfermeiro é incumbido o papel de promover o sucesso do processo educativo com critérios de exigência e qualidade; atender às variadas sensibilidades, resistindo às tentações massificadoras; transmitir valores e informação factual.

Na avaliação do projecto implementado verificou-se uma ligação positiva entre as intervenções de educação sexual e aquisição de saberes importantes para as futuras decisões responsáveis. Entre tanto ainda há alunos que se manifestam as dificuldades e dúvidas. Isso aponta para a necessidade de continuação de acompanhamento dos jovens, pois só dessa forma podemos promover adoção de estilos de vida saudável. Pelo que, a sexualidade é um processo de construção individual com dúvidas, hesitações e tomadas de decisão, só agindo numa parceria construtiva (pais, professores e profissionais de saúde) pode-se, entretanto, contribuir para que este caminho seja feito de forma saudável.

O percurso de estágio possibilitou reconhecer a importância do Planeamento em Saúde como uma ferramenta fundamental para a estruturação de um projecto de intervenção desde o diagnóstico das necessidades ate implementação e avaliação. Pois, o Planeamento em Saúde permite optar pela solução mais vantajosa, isto, aquela que possibilita alcançar

os objectivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, alcançando os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos. É um processo que requer uma intervenção orientada para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva e orientada, em função dos objectivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes.

Como ponto final considero, no decorrer do estágio ter adquirido competências que me permitirão a médio/longo prazo prestar participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm) Disponível em: <http://www.hsj.gr>. (Consultado em 10 de Junho de 2011)
- 4.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997). *Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no século XXI* República da Indonésia (Jacarta). Acedido em 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Jacarta.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm).
- 5.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2000). *Declaração de México: Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade*. 5.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em [file:///C:/Users/user/Downloads/6\\_mexico\\_nesase.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/6_mexico_nesase.pdf)
- 6.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2005). *Carta de Bangkok "Promoção da Saúde num Mundo Globalizado"* Bangkok (Tailândia): 6.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>
- 7.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Nairobi.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm).
- 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/%5B e-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5B e-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf)
- ALBUQUERQUE, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2002). *Comportamentos de promoção da saúde*. *Pensar Enfermagem*, 6 (1), 17-28.
- ALMEIDA, T.; MARINHO, S.; TAVARES, S. (2010, Abril-Junho). Educação Sexual: quem deve ser o formador? In *Revista Percursos*, 16, 25-34

- ALMEIDA, J.M.R (1987). *A adolescência e maternidade. Temas actuais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- AMENDOEIRA, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX*. Coimbra. Formasau. ISBN:972-8485-67-0
- AMENDOEIRA, J. et al. (2003) *Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem - Expressões e Significados*. Escola Superior de Enfermagem de Santarém, Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Acção.
- ANDRADE, C. (2006). "A Saúde como Projecto Individual, Dinâmico, Contínuo e Subjectivo!" Disponível:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&listar\\_tudo=yes#article224](http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&listar_tudo=yes#article224)  
Consultado em 22/12/2011].
- ANDRADE, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora, 11-16
- Anuário Estatístico de Portugal – 2010. Instituto Nacional de Estatística. Ano de edição: 2011. Texto integral da publicação acessível em:  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOES\\_pub\\_boui=133813349&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=133813349&PUBLICACOESmodo=2) Consultado em 10-01-2013
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive*
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R. & KJELLSTRÖM, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- BOLANDER, V. (1998). *Saúde, Doença e Cuidados de Saúde – Conceitos em Mudança*. In Sorensen e Luckmann (org.), *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. (1.ª edição, pp. 31-52). Lisboa: Lusodidacta
- BRACONNIER, A.& MARCELLI, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores
- CABRAL-CARDOSO, C; ESTEVÃO, C; SILVA, P. (2006). *Competências transversais soam diplomados do ensino superior*. TecMinho/gabinete de formação contnua
- Câmara Municipal de Portalegre. Acedido em 20 de Junho de 2011 em [http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa\\_concelho2.gif](http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa_concelho2.gif)

- 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
- CARDOSO, O.V. A Utilização de Ferramentas Gerenciais no Planeamento Estratégico do Poder, [acendido em http://www2.trf4.jus.br/trf4/upload/editor/apg\\_Oscar%20Valente%20Cardoso.pdf](http://www2.trf4.jus.br/trf4/upload/editor/apg_Oscar%20Valente%20Cardoso.pdf)
- CARVALHO, A. & CARVALHO, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- CHAVES, L. (2007). *Disfunções sexuais femininas*. In Nursing, Dezembro 2007. Pp 6-10
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Sindicato dos enfermeiros Portugueses, 338-340
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1 – 5.
- CORDEIRO, M. (2009). O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos (1.ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros
- CORREA, A & NETO, S. (2004). Gravidez Adolescência. In Portal dos Psicólogos em 24 de Junho
- CORREIA, A. (2006). *Rácio de enfermeiros é superior na Região*. Acendido em [http://www.saudinha.com/parcerias/revista\\_imprensa/diario\\_noticias/2006/dn\\_2006\\_09\\_20\\_02\\_k.htm](http://www.saudinha.com/parcerias/revista_imprensa/diario_noticias/2006/dn_2006_09_20_02_k.htm)
- COSTA, M. A. (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
- COSTA, M. A. (1999). *Enfermeiros: dos percursos da formação á produção de cuidados*. Lisboa: Editora fim de século
- DIAS, J.D.(2006). *Criar valor através das pessoas*. Sílabo: Lisboa
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa: DGS. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=551955436077AAAAAAAAAAAA>
- EGGLESTON, E.; JACKSON, J; ROUNTREE, W., PAN, Z (2000), "Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica" in *Revista Panamericana de Salud Pública, Vai. 7 (2)*, 102-112

- Escola Cristóvão Falcão de Portalegre. Agrupamento n.º 2. Acedido a 01 de Dezembro de 2011 em <http://ebcf.edu.pt/joomla/>
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). História. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/hitoria.htm>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre
- FERNANDES, A.- Projecto SER MAIS – Educação para a sexualidade, acedido em 1 de Janeiro de 2013 em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:u2o6XtX73kMJ:pt.scribd.com/doc/74414812/Projecto-SER-MAIS-%E2%80%93-Educacao-para-a-Sexualidade-Online+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk>
- FERREIRA, M. & NELA, P. (s.d.). ADOLESCÊNCIAS... ADOLESCENTES.... In Educação, ciência e tecnologia. Acedido em 05 de Junho de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.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. & 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/millenium/Millenium32/11.pdf>
- FERREIRA, M., CARVALHO, P., PACHECO, S. & TEIXEIRA, S (2004, Maio – Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (volume 52), pp. 132-137
- 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>
- FLEURY M., FLEURY A.(2000). *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. São Paulo (SP): Atlas.
- FRADE, A., MARQUES, A. M., ALVERCA, C. & VILAR, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- FRANCO, J. *Enfermeiro na comunidade* (2009), em Acedido em 06 de Novembro de 2011 <http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/1249.html>

- FRY, S. 1999. Ética na Prática de Enfermagem Comunitária. Pp.101-126. In: *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (Stanhope, M. & Lancaster, J.). Lusociência, Lisboa.
- GAMMER, C.; CABIÉ, M. (1999). *A adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi Editores
- GARCIA, A.C. 2011. *Planos Locais De Saúde: Termos de Referência para a sua construção*. Acendido em: [http://www.google.com/search?q=PLANOS+LOCAIS+DE+SA%C3%9ADE%3A+Termos+de+Refer%C3%A4ncia+para+a+sua+constru%C3%A7%C3%A3o+\(Parte+I\)&og=PLANOS+LOCAIS+DE+SA%C3%9ADE%3A+Termos+de+Refer%C3%A4ncia+para+a+sua+constru%C3%A7%C3%A3o+\(Parte+I\)&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.google.com/search?q=PLANOS+LOCAIS+DE+SA%C3%9ADE%3A+Termos+de+Refer%C3%A4ncia+para+a+sua+constru%C3%A7%C3%A3o+(Parte+I)&og=PLANOS+LOCAIS+DE+SA%C3%9ADE%3A+Termos+de+Refer%C3%A4ncia+para+a+sua+constru%C3%A7%C3%A3o+(Parte+I)&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- GIRARDI, D. (2002) *Evolução histórica da administração de recursos humanos no Brasil*. Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://www.crasc.org.br>. (Consultado em 18 de Junho de 2011)
- GIRARDI, D.; BENETTI, K.; DALMAU, M. (2006). *Proposta de criação de um Sistema de Avaliação de Desempenho por competências visando a maximização da qualidade de serviços: um estudo de caso no Centro Oftalmológico de Diagnose e Terapêutica*. São Paulo.
- GOMES, J. & SOUSA, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Revista Nursing*, 196, pp. 25-27
- GONÇALO, M. (2002, Dezembro). A Mãe Menina. *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
- <http://www.planeamentofamiliar.com/metodos-contraceptivos/>
- IMPERATORI, E, & GIRALDES, M., (1993), *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, 3º Ed., Lisboa
- IMPERATORI, E. & GIRALDES, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Acedido em 07 de Junho 2011 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=70631&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=70631&DESTAQUESmodo=2)

- 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
- International planned parenthood federation, (2003). The right to know: human rights and access to reproductive health information, Acedido em 14 de Setembro 2012 em [www.sm.ee/fileadmin/meedia/.../IPPF](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/.../IPPF)
- ISABEL, D. (S. D.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital ESEP*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>
- KALOFISSUDIS, I., The Theory of Nursing Knowledge. Health Science Journal. ISSUE
- KIRCHNER A., RIBEIRO G., COELHO J., (S. D.) *Teorias da Aprendizagem em Saúde*. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina em [http://www.uninove.br/marketing/viii\\_coloquio/pdfs/completos/Angela\\_Regina\\_Kirchner.pdf](http://www.uninove.br/marketing/viii_coloquio/pdfs/completos/Angela_Regina_Kirchner.pdf)
- LEME, R. (2005). Aplicação Prática de Gestão de Pessoas por Competências:
- LEMOS, E. (2002), "O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis" in *Sexualidade & Planeamento Familiar*, nQ 33, 43-49
- LEMOS L., (2011), *Motivação para a mudança de comportamentos de saúde*, Universidade de Aveiro, Departamento de Educação. Acedido em 20 de Julho de 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7861/1/243994.pdf>
- LIMA, M.A.R.G. Representações e comportamentos dos adolescentes no domínio da saúde um estudo em Vila Nova de Anha (centro de saúde de darque-viana do castelo). Dissertação de: Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa, Abril 2008 Acedido em 08 de Dezembro de 2012 em <https://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/713/1/LC407.pdf>
- LOPES, H. – As modalidades de empresa que aprende e empresa qualificante. Lisboa. Dinâmia. 1998.
- MACHADO, M.M.P. (2009). *Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo do enfermeiro*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Dissertação de Mestrado.
- 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
- MARTINS, M.F. (2007). *Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermaría), Cáceres Contribución para el conocimiento.
- MATOS, M.G. Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório português do estudo HBSC 2010*. Acessível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276\\_Relatorio\\_HBSC\\_2010\\_PDF\\_Finalisimo.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalisimo.pdf) Consultado em 10-01-2013
- MATOS, M.G. (2008). *Sexualidade, segurança & SIDA: Estado da arte e propostas em meio escolar*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- MENDES, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, pp. 37-43
- MILNES, K. (2004). What lies between romance and sexual equality?: A narrative study of young women's sexual experiences. *Sexualities, Evolution & Gender*, 2-3 (6), pp. 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. (2011). Nova Escola. Acedido a 25 de Junho de 2011 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- 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](http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6&cat=25&subcat=66&subj=&pais=doc)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 Fevereiro - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669
- Ordem Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Acedido a 10 de Março de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento>
- Organização Mundial de Saúde (OMS); Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", Ottawa, Canadá. 17-21 Novembro. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 1986.
- Organização Mundial De Saúde (OMS); Problemas de salud de la adolescência. Série de Informações Técnicas. Genebra. OMS. 1965: 308,29.
- O DIREITO DE SER ADOLESCENTE - Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades, Brasília, 2011. Acedido em 10 de Janeiro de 2013 em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sabrep11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf)
- PELETEIRO M.; MARQUES R; GALHARDO T. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde* (OPSS). Plano Nacional de Saúde (2004) Acedido em 10 de Janeiro de 2013 em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Plano-Nacional-de-Saude.pdf>
- PEREIRA, C., OLIVEIRA, W., DUFAUX, E. Unidos Pelo Amor. Editora Dufaux
- Perturbação do Espectro do Autismo, Revistagalopim2011, Consultado em 15 de Dezembro de 2012 Em <http://ingalopim.blogspot.pt/2011/05/revista-2011-perturbacao-do-espectro-do.html>
- 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](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
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Ministério da Saúde – Administração Regional de Saúde do Norte (2008). *Plano Regional de Saúde do Norte 2008-2010*. Acedido em 03 de Junho de 2012 em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/PRSN\\_VDiscussao\\_9Dez.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/PRSN_VDiscussao_9Dez.pdf)
- PRATA, L.; BRITES, F. *O Adolescente face à sua sexualidade*. (247- 268p.) Aprendendo o Cuidado de Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2007;
- Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Ottawa: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm)
- RABAGLIO, M. O. (2004). *Ferramentas de avaliação de performance com foco em competências*. Rio de Janeiro: Qualitymark
- REIS DO ARCO, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não Publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Relatório do estudo HBSC 2010 Acendido em 12 de Dezembro de 2012 [http://aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=110](http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=110)
- RENAUD, I. (2001). *A educação para os afectos. Novos desafios à bioética*. Porto Editora Lda., Porto
- RIBEIRO, J.L.P (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: instituto superior de psicologia aplica
- RIBEIRO, T (2008). *Educação da sexualidade em meio escolar: os valores comuns*. Acendido em 12 de Dezembro 2012 em <http://ru.scribd.com/doc/39907658/Educacao-Sexual-em-contexto-escolar-Tome-Ribeiro>
- ROCHA, A.; CORREIA, C.; PESTANA, L.; BENTO, M.; PRETO, O. & LOBÃO, S. (2011). *Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? Millenium*, 41 (julho/dezembro). Pp. 89-113. Acendido em <http://pesquisa.biblioteca.iscte.pt/record?id=oai:repositorio.ipv.pt:10400.19/1229>
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A. & BARROSO, T. (2005) *Educação para a saúde: Formação Pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: formasau

- SAAVEDRA, L., NOGUEIRA, C. & MAGALHÃES, S. (Janeiro-Março, 2010). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. In *Educação & Sociedade*, 110, (volume 31), 135-156. Acedido a 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>
- 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 em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>
- SANTOS, F.G. *Educação em Saúde: O Papel do Enfermeiro como Educador* em: <http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521/#ixzz2LQRUvQjk>
- SARDINHA, L.B., MATOS, M.G., e LOUREIRO (1999). *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH edições
- Saúde e Sexualidade Juvenil. In *Portal da Juventude*. Acedido em 19 de Dezembro de 2011 em <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Paginas/AsRela%C3%A7%C3%B5esAmorosas.aspx>
- SILVA, H.M. et al. – *Risco de gravidez na adolescência, 2012* acedido em [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/32/20120530161957\\_Art%20Original%20Original%20HM\\_43\(1\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/32/20120530161957_Art%20Original%20Original%20HM_43(1).pdf) Consultado em 10-01-2013
- SOUSA, M.D.D. de 1989, L'infirmier de l'avenir sa formation citado por Luisa Serra Velez in revista *Sinais Vitais*, p.44 nº87 novembro 2009 issn 0872-8844
- 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
- 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. E LANCASTER, J.; *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência. 1999. 4ª Edição.

- STANHOPE, M.& LANCASTER, J. (1996). *Community Health Nursing* (4th Edition). St. Louis: Mosby-Year Book
- TAVARES, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde
- TEIXEIRA G. *Instrumentos de Coleta de Dados em Pesquisas Educacionais em Metodologia da Pesquisa* Consultado em 12 de Dezembro de 2012 <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/metodologia-da-pesquisa/instrumentos-de-coleta-de-dados-em-pesquisas-educacionais#.UYGAu7XZbmo>
- 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](http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf)
- VICTOR J. LOPES M., XIMENES L. (2005) *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Acta paul. enferm. Vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2005 Acedido em 15 de Dezembro de 2012 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300002&script=sci_arttext)
- VIEIRA, M. 2008. *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. 2ª edição. Universidade Católica Editora, Lisboa. 155 pps
- VILAÇA, T. *Dos modelos de educação para a saúde tradicionais aos modelos de capacitação: abordagens metodológicas da educação sexual em Portugal do 7º ao 12º ano de escolaridade*. Universidade do Minho Braga, Portugal. Acendido em [http://www.enciqa.org/files/boletins/64/dos\\_modelos\\_de\\_educacao.pdf](http://www.enciqa.org/files/boletins/64/dos_modelos_de_educacao.pdf)
- VILAR, D. & FERREIRA, P. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF
- VILAR, D. (2002). *Falar Disso: A Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento
- VILAR, D. (2003). *Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento (Original publicado em 2002)
- VILAR, D. (2004). Os últimos três anos. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 38/39,(pp. 3-6). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- VILAR, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança? In *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](http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf)

- VILELAS, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau
- World Health Organization. *Adolescent health*. Consultado em 23 de Maio de 2011 em [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/).
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Consultado em 23 de Abril de 2011 em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).
- World Health Organization (2002). *Adolescent friendly health services. An agenda for change*. Consultado em 23 de Abril de 2011 em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf).
- ZUKAV, G. – Vocação para curar. Cascais. 1ª ed. Arte Plural. 2001. 43 p. Plano Regional de Saúde do Norte 2008-2010 Consultado em 12 de Dezembro de 2012 [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/PRSN\\_VDiscussao\\_9Dez.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/PRSN_VDiscussao_9Dez.pdf)

### ANEXO I - CRONOGRAMA

Cronograma do Projecto de Intervenção			
	2011	2012	
Actividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Diagnóstico de Situação			
Elaboração do Projecto de Intervenção			
Reuniões com as direcções da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão			10 de Fevereiro – Escola Secundária Mouzinho da Silveira  14 de Fevereiro de 2012 – Escola EB 2,3 Cristóvão falcão
Organizar as sessões de informação para os adolescentes			
Entrega do Projecto de Intervenção			

## ANEXO II - HORARIO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO

10 de Abril de 2012 (3ª feira) 2 grupos	11 de Abril de 2012 (4ª feira) 2 Grupos	12 de Abril de 2012 (5ª feira) 3 Grupos	13 de Abril de 2012 (6ª feira) 2 Grupos	16 de Abril de 2012 (2ª feira) 1 Grupo
08.30 – 10.00 9º C – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo IV	08.30 – 10.00 9º B – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo II	08.30 – 10.00 9º D – Prof. Gonçalo Cristóvão Falcão Grupo III	10.15 – 11.45 CEF – Prof. Paula Ferreira Mouzinho da Silveira Grupo III	08.30 – 10.00 CEF – Prof. Nelson Cristóvão Falcão Grupo I
10.15 – 11.45 8º D – Prof. A definir Mouzinho da Silveira Grupo II	10.15 – 11.45 9º D – Prof. Ana Santana Mouzinho da Silveira Grupo I	10.15 – 11.45 9º C – Prof. José Coelho e Filipa Neto Mouzinho da Silveira Grupo IV	10.15 – 11.45 8º B – Prof. Rosa Pinheiro Mouzinho da Silveira Grupo IV	13.40 – 15.10 9º A – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo I
11.55 – 13.25 8º A – Prof. Rosa Pinheiro Mouzinho da Silveira Grupo II		10.15 – 11.45 8º C – Prof. Graça Garlão Mouzinho da Silveira Grupo I	11.55 – 13.25 9º B – Prof. Ana Venâncio Mouzinho da Silveira Grupo III	
14.20 – 16.00 9º A – Prof. António Relvas Mouzinho da Silveira Grupo II				

### ANEXO III - PLANO DE SECÇÃO

**Formadores:** Valentyna Romashchuk e Anna Henriques

**Local de Formação:** Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

**Tema:** Sexualidade na adolescência

**Recursos:** Humanos – Formadores

Materiais – Computador portátil, projector multimédia

**Metodologia:** Expositiva / Participativa

Objetivos	Temas	Tempo previsto	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Compreender a importância das relações íntimas do desenvolvimento de cada um</li> <li>b. Identificar características associadas ao género masculino e feminino</li> <li>c. Conhecer as diversas formas de violência e de abuso sexual</li> <li>d. Reconhecer situações de abuso sexual, as estratégias dos agressores e identificar soluções e procurar ajuda;</li> <li>e. Identificar as implicações da gravidez na adolescência: aspetos sociais e individuais</li> <li>f. Conhecer o enquadramento legal da Interrupção voluntária da gravidez</li> <li>g. Conhecer o IST mais frequente e os modos de transmissão de cada uma delas</li> <li>h. Conhecer os serviços adequados e os recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva</li> </ul>	<p>Sexualidade e relações amorosas</p> <p>Violência sexual</p> <p>Gravidez na adolescência</p> <p>IST</p>	<p>90 Minutos</p>	<p>Participação dos alunos em questões relacionadas com o tema</p> <p>Participação dos alunos nas dinâmicas</p>

## ANEXO IV - FOLHETO

**ADOLESCENCIA**

PAIXÃO  
AMOR  
SEXUALIDADE

**Informação  
Escolha  
liberdade**

**Linhas Telefónicas de Ajuda**

Centro de Saúde de Portalegre  
Telf.: 245302050

SOS SIDA  
Telf.: 808 20 10 40

Sexualidade em Linha  
Telf.: 808 222 203

SOS Estudante  
Telf.: 808 200 204 / 969554545  
Horário: dias úteis das 18 às 01 horas  
(excepto as férias escolares)

SOS Mulher  
Telf.: 808 200 175  
Horário: dias úteis das 11 às 18 horas

Linha da Juventude  
Telf.: 707 20 30 30

Elaborado por Estudantes  
II Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Escola Superior de Saúde de Portalegre  
Ana Henriques e Valentyna Romashchuk

### A Sexualidade



*é uma energia que nos activa a  
procurar amor, contacto, ternura e sensibilidade,*

*Integra-se no modo como nos  
sentimos, movemo-nos, tocamos e*

*somos tocados,*

*é ser-se sensual e ao mesmo  
tempo sexual.*

*Influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e  
por isso influencia também a  
nossa saúde física e mental.*

Organização: Hospital de Saúde



### Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

São doenças infecciosas provocadas por organismos que se transmitem por contacto sexual, quando um ou mais parceiros estão infectados

Algumas doenças de transmissão sexual: SIDA, Sífilis, Hepatite B, Gonorréia, Tricomoníase, Herpes Genital, Uretrite, Sarna e Piolho Público,

Uma pessoa infectada pode não apresentar qualquer sinal ou sintomas de doença, mas pode transmitir a doença

- \* Como se pode prevenir
- \* A melhor forma é evitar ser contagiado
- \* Utilizar sempre e de forma correcta o preservativo (Deve ser colocado no início da relação sexual, porque os contactos preliminares já constituem perigo)
- \* O risco de contrair uma ITS aumenta quanto mais elevado for o número de parceiros sexuais e/ou ocasionais

Sempre que suspeite de uma ITS, procure ajuda junto de profissionais de saúde. Pode encontrar nos Centros de Saúde, nos Hospitais e nos Centros de atendimento a Jovens

Educação as dividas

Fala com um profissional de saúde

**BASTA UMA RELAÇÃO SEXUAL NÃO PROTEGIDA PARA A PESSOA SER INFECTADA**



### Gravidez

Uma gravidez deve ser planeada e desejada de uma forma responsável, para que seja vivida com a maior tranquilidade e prazer

Um casal quando inicia a sua actividade sexual, deve fazê-lo de uma forma consciente e responsável, utilizando sempre algum método contraceptivo



### Métodos contraceptivos

⇒ **Métodos de Barreiras Mecânicas (Preservativo e Diafragma) e Químicos (espermicidas)**. São desenvolvidos para impedir o espermatozóide de entrar no útero. Protegem de uma gravidez indesejada sem actuarem no eixo hormonal, não estão do eixos secundários relacionados com factores hormonais



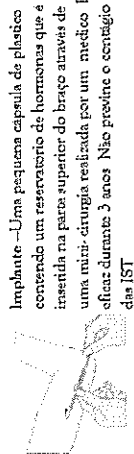
**Preservativo (masculino/feminino)** É a única forma de contracepção que oferece protecção contra IST, se utilizado adequadamente

**Espermicidas** – São gélicas, cremas, ceras ou supositórios que se introduzem na vagina antes da relação sexual e neutralizam a acção dos espermatozóides. São pouco seguros em relação a prevenção da gravidez e também das IST.

**Ligadura de trompas (na mulher) e Vasectomia (no homem)** – São intervenções cirúrgicas dos circuitos normais de fecundação, efectuada por meio de cirurgia. São métodos definitivos e eficazes. Não previnem o contágio das IST.

⇒ **Métodos hormonais** São uma forma reversível de contracepção; a mulher pode ficar grávida assim que interromper a sua utilização

**Pílula** – comprimido de contracepção hormonal que impede a ovulação. É um método muito eficaz, mas não evita as ITS



**Implante** – Uma pequena capsula de plástico contendo um reservatório de hormonas que é inserida na parte superior do braço através de uma mini-cirurgia realizada por um médico. É eficaz durante 3 anos. Não previne o contágio das IST



**Adesivo contraceptivo** – Um adesivo quadrangular, contém hormonas e é colocado no abdómen, costas, nádegas ou parte superior do braço da mulher. Deve ser mudado semanalmente durante 3 semanas, seguido de uma semana de pausa. Não evita o contágio das IST

**Sistema de libertação vaginal** – é um anel vaginal que contém hormonas e é inserido na vagina. Manter-se colocado durante três semanas e é depois removido, para uma semana de pausa. Depois deve inserir-se um novo anel vaginal. Não protege contra as ITS

**Dispositivo Intra Uterino (DIU)** – É um pequeno dispositivo de plástico revestido com fio de cobre que é inserido no útero. A inserção é feita em consulta médica. É um método muito eficaz, mas não previne as ITS



### Contracepção de emergência

É a utilização de um produto hormonal semelhante a "pílula". Deve ser usado nas primeiras 72 horas após uma relação sexual desprotegida, ou quando houver falha ou erro no método contraceptivo.



### IVG

**Interrupção Voluntária da Gravidez, após confirmação da gravidez com teste e/ou consulta médica**, a mulher pode decidir, face às circunstâncias em que esta ocorre, solicitar a interrupção da gravidez até as 10 semanas de gestação.

A mulher pode fazer o pedido de IVG em estabelecimentos de saúde públicos ou em estabelecimentos privados oficialmente reconhecidos. A IVG pode ser feita através de fármacos – o método medicamentoso – ou através de aspiração – o método cirúrgico. A decisão será tomada em função da situação clínica da mulher, dos recursos disponíveis no estabelecimento de saúde e da escolha da mulher.

## **ANEXO V - CD sessão tipo**

E:\apresentação hoje.pptx

E:\Como usar um preservativo.wmv

E:\Corta com a Violência Quem no te respeita no te merece[1].wmv

E:\Sexualidade.wmv

## ANEXO VI - Questionário de avaliação

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

1. Achas importante este tipo de formação sobre adolescência e sexualidade?

Sim  Não

Justifica

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

2. Estás satisfeito com os temas apresentados?

Muito Insatisfeito  Insatisfeito  Nem satisfeito, Nem insatisfeito  Satisfeito  Muito Satisfeito

3. Os meios utilizados foram adequados?

Sim  Não

4. Relativamente às informações fornecidas encontras-te

Muito insatisfeito  Insatisfeito  Nem satisfeito, Nem insatisfeito  Satisfeito  Muito Satisfeito

5. Quanto ao domínio do temas pelos formadores consideras que estes foram

Maus  Insuficientes  Suficientes  Bons  Muito Bons

6. Consideras que as tuas dúvidas foram esclarecidas de forma adequada

Muito insatisfeito  Insatisfeito  Nem satisfeito, Nem insatisfeito  Satisfeito  Muito satisfeito

7. A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

8. Identifica pelo menos dois afectos que podem estar envolvidos na sexualidade

9. O preservativo só evita a gravidez.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

10. O uso de pílula previne as IST.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela vossa colaboração

## ANEXO VII - Letra da música escolhas Sara Tavares

Escolhas

### **Sara Tavares**

Parecia fácil, mas havia confusão  
Já não sabia, se dizer sim ou não.  
Entrar na onda, era fácil aguentar  
O que assustava, era como ia acabar.

Os pensamentos começaram a correr  
E de repente, eu já estava sem saber  
Se tudo aquilo em que eu sempre acreditara (sempre acreditara)  
No meio de toda esta loucura  
Ia acabar por ser só mais uma mentira.  
Foi como ouvir alguém dizer

Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém  
Tenho liberdade p'ra viver  
A minha vida mal ou bem.  
Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém.  
O que escolho fazer hoje  
Vou vivê-lo amanhã.

Tinha vontade, de deixar de lutar  
Contra o que sabia que era melhor evitar.  
Só uma vez não iria mudar nada  
Pensar no fim é que ainda me assustava.

Os pensamentos começaram a correr (os pensamentos a correr)  
Mas de repente, eu já estava sem saber (estava sem saber)  
Se tudo aquilo em que eu sempre acreditara (acreditara)  
No meio de toda esta loucura  
Ia acabar por ser só mais uma mentira.  
Foi como ouvir alguém dizer

Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém  
Tenho liberdade p'ra viver  
A minha vida mal ou bem.  
Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém.  
O que escolho fazer hoje  
Vou vivê-lo amanhã.