



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



II Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Filomena Martins

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor:
Leandro Cardoso, n.º 14907

Fevereiro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

II Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Comunitária
Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Filomena Martins

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor:
Leandro Cardoso, n.º 14907

Fevereiro
2013

“Jovens e nus frente ao mar, estão presentes em cada célula do seu corpo. Mas a vida que têm é demais para eles e não sabem o que fazer dela. Emergem da água rutilantes e riem. Depois deitam-se na areia, gastam o dia e a noite a amar-se, a embebedar-se a estoirar todo o prazer e forças que têm. E ficam ainda com vida para gastar. É desses sobejos já com bolor que terão de viver depois na velhice.”

Vergílio Ferreira

Agradecimentos

A concretização deste projecto só foi possível com o apoio de inúmeras pessoas que, de diversas formas, deram o seu contributo. Não podendo referir todas, importa destacar alguns agradecimentos:

- Aos meus colegas de Mestrado, cuja partilha de conhecimentos e sentimentos foi altamente enriquecedora;
- À minha família pela retaguarda necessária e imprescindível;
- Aos meus colegas de trabalho, cuja paciência e solidariedade possibilitaram a participação neste curso;
- Às escolas E.B. 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira em Portalegre pela disponibilidade e interesse durante a realização do estágio;
- Aos jovens que participaram nas sessões de educação para a saúde pela participação;
- A todos o professores da Escola Superior de Saúde de Portalegre pelo apoio, disponibilidade e incentivo durante todo o curso;
- Aos restantes funcionários da Escola Superior de Saúde de Portalegre pelo carinho, simpatia e profissionalismo;
- Ao Professor Doutor Mário Martins pela valiosa partilha do seu saber;
- Por último, mas de longe o mais reconhecido de todos, à minha orientadora, a Professora Doutora Maria Filomena Martins, pela disponibilidade e empenho, pelo incentivo constante, pelo rigor e pela experiência, sem a sua presença, definitivamente, este trabalho não teria visto o seu culminar.

Resumo

Este relatório centra-se no tema da Sexualidade na Adolescência, tema pertinente em Enfermagem Comunitária e no Plano Nacional de Saúde.

A promoção da saúde e o desenvolvimento de projectos, é uma das principais competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

O principal objectivo deste relatório é apresentar, descrever e analisar as actividades desenvolvidas durante o estágio.

Utilizando a metodologia do planeamento em saúde realizou-se um diagnóstico de situação numa escola da cidade de Portalegre, identificando-se necessidades de adolescentes, sendo estas a base o estágio.

O estágio teve como objectivo contribuir para a implementação de actividades presentes no Plano Nacional de Saúde, intervindo nas seguintes áreas: sexualidade e afectos; métodos contraceptivos; prevenção de IST's e mitos acerca da sexualidade.

Definiram-se áreas prioritárias e, posteriormente, seleccionaram-se estratégias. Foram planeadas e realizadas sessões de educação para a saúde em duas escolas da cidade de Portalegre. Estas foram desenvolvidas em sala de aula utilizando-se métodos demonstrativos/interactivos e distribuindo-se de folhetos.

Após as sessões aplicou-se um questionário de avaliação das actividades, cuja análise revelou a sua efectividade.

Sumariamente, a maioria dos adolescentes reconhece a importância das sessões informativas sobre sexualidade, admitindo-se melhor informados acerca desta temática.

Para o autor, o estágio contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto prestador de cuidados e profissional de Enfermagem.

Palavras-chave: Sexualidade; Adolescência; Planeamento em Saúde; Educação sexual.

Abstract

This training report focuses on the theme of Sexuality in Adolescence, pertinent topic in Community Nursing and the National Health Plan.

Health promotion and project development is one of the core competencies of the Community Health Nurse.

The main objective of this training report is to present, analyze and describe the activities undertaken during the internship.

Using the health planning methodology, a diagnosis of the situation has made in a school situated on the city of Portalegre, which identified needs of teenagers, these being the foundation of the internship.

The internship aimed to contribute to the implementation of these activities contemplated on the National Health Plan, intervening in the following areas: sexuality and affection, contraception, prevention of sexually transmitted infections and myths about sexuality.

Priority areas were defined and, subsequently, strategies were selected. Sessions of health education were planed and performed in two schools in the city of Portalegre. These were developed in the classroom using demonstrative/interactive methods and distributing pamphlets.

After the sessions, an evaluation questionnaire of activities was applied, whose analysis revealed the effectiveness of these sessions.

Summarily, most teenagers recognize the importance of information sessions about sexuality, admitting better information on this subject.

For the author, the internship contributed to the personal and professional development as a care provider and Nursing professional.

Keywords: Sexuality; Adolescence; Health Planning; Sexual Education.

Abreviaturas e símbolos

- A.P.F. – Associação para o Planeamento da Família
C.E.E. – Comunidade Económica Europeia
C.E.F. – Curso de Educação e Formação
C.D. – *Compact Disc*
cm - centímetros
dir. - direcção
D.I.U. – Dispositivo Intra-uterino
Dr. – Doutor
Dr.^a – Doutora
E.B. – Escola Básica
ed/eds. - editor/editores
f. - folha
H.I.V. – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
I.C.N. – *Internacional Council of Nurses*
I.E.F.P. – Instituto de Emprego e Formação Profissional
I.N.E. – Instituto Nacional de Estatística
I.S.T. – Infeções Sexualmente Transmissíveis
I.V.G. – Interrupção Voluntária da Gravidez
Km² – Quilómetros-quadrados
n.^o - número
O.M.S. – Organização Mundial de Saúde
O.N.U. – Organização das Nações Unidas
org. - organizador
pp. - páginas
Prof. – Professor
Prof.^a – Professora
S.A.S.E. – Serviços de Acção Social e Escolar

s.d. - sem data

S.I.D.A. – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

S.P.S.S. - *Statistical Package for Social Sciences*

U.N.F.P.A. - *United Nations Population Fund*

U.N.I.C.E.F. - *United Nations Children's Fund*

V.I.H. – Vírus da Imunodeficiência Humana

Vol. - Volume

%- por cento

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	f. 10
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	13
1.2 - TEORIA/MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	14
1.3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	16
1.4 - SEXUALIDADE HUMANA	22
1.5 - ADOLESCÊNCIA.....	23
1.5.1 - Transformações na Adolescência	25
1.6 - SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	29
1.6.1 - Infecções Sexualmente Transmissíveis (I.S.T.'s).....	31
1.6.2 - Gravidez na Adolescência	32
1.6.3 - Interrupção Voluntária da Gravidez (I.V.G.)	34
1.6.3 - Contraceção	36
1.6.4 - Orientação Sexual	37
1.6.5 - Violência Sexual	38
1.6.6 - Mitos Sobre Sexualidade	39
1.7 - SEXUALIDADE NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2012	40
1.8 - EDUCAÇÃO SEXUAL	41
1.8.1 - Fontes de Informação	45
1.9 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PLÚBICA	49
2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	51
2.1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO E POPULAÇÃO	51
2.2 - ETAPAS ANTERIORES AO ESTÁGIO.....	52
2.3 – OBJECTIVOS DE ESTÁGIO.....	55
2.3.1 - Indicadores de Atividade e de Resultado de Atividade.....	56
2.4 - SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS E ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	58
2.5 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO	59
2.6 - AVALIAÇÃO	61
2.6.1 – Análise e Interpretação dos Resultados Obtidos.....	61

2.6.2. – Análise e interpretação dos resultados obtidos nas turmas onde o autor realizou a intervenção	64
3 - REFLEXÃO CRÍTICA	68
CONCLUSÃO	73
BIBLIOGRAFIA	75
APÊNDICES	90
Apêndice I – C.D. Multimédia	91
Apêndice II – Questionário de Avaliação	92
Apêndice III – Tratamento Estatístico dos Dados do Questionário de Avaliação	94

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do II Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, e de modo a cumprir o plano curricular deste curso, sob orientação da docente Professora (Prof.^a) Doutora (Dra.) Maria Filomena Martins, foi realizado um relatório descritivo das atividades desenvolvidas em estágio, realizado durante o terceiro semestre, onde foi aplicada a metodologia do Planeamento em Saúde.

O tema central do estágio é a Sexualidade na Adolescência, área de grande relevo na área da Saúde Comunitária e contemplada no Plano Nacional de Saúde para os anos de 2004-2010, em vigor à data de realização do estágio.

O desenvolvimento da sexualidade acontece durante todo o ciclo de vida do indivíduo e depende de cada um, das suas características genéticas, interações ambientais, condições socioculturais e outras, compreendendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e idoso. A adolescência pode ser considerada como a etapa das dúvidas, das descobertas e é também a altura que os futuros adultos se deparam com os maiores problemas relativamente à sua sexualidade. Apesar de ser considerado como um grupo saudável, existe uma preocupação crescente a nível mundial resultante da vulnerabilidade que lhe está associada, consequente das características particulares da adolescência, considerada como um período de grandes mudanças biológicas, psicológicas, afetivas, sociais e familiares. A mudança pressupõe um período de crise e de vulnerabilidade acrescentada em que o adolescente está sujeito a maiores riscos, nomeadamente ao nível da integração social, da saúde física e mental.

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

As escolas “devem permitir (...) criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do Centro de Saúde e dos outros sectores da comunidade no desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde” (Plano Nacional de Saúde Escolar 2004-2010:16).

Assim, a escolha do tema mostra-se de considerável relevância social e científica. A escolha deste tema, bem como a eleição da área geográfica para a intervenção foram opção dos mestrandos, com base na referência prévia dos professores da Escola Superior de Saúde, no sentido de dar continuidade ao trabalho iniciado por estes em anos transatos, embora o interesse dos mestrandos relativamente a esta temática tenha sido decisivo para a escolha.

O estágio decorreu em duas escolas da cidade de Portalegre, a Escola Básica (E.B.) 2,3 Cristóvão Falcão e a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, sendo que a primeira mostrou interesse na temática, manifestado através de um pedido feito à Escola Superior de Saúde de Portalegre no sentido de obter colaboração nesta área.

No segundo semestre foi realizado um diagnóstico de saúde na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão, que serviu de base à realização do estágio.

As atividades desenvolvidas basearam-se na metodologia do Planeamento em Saúde e de acordo com os objetivos definidos para o estágio.

Este relatório pretende finalizar o ciclo formativo na área da Saúde Comunitária, permitindo adquirir o grau académico de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Assim, para este relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Compreender e desenvolver a metodologia do Planeamento em Saúde;
- Analisar criticamente o trabalho desenvolvido e seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional como Enfermeiro;
- Contribuir nas iniciativas desenvolvidas pelas escolas no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar.

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

O presente relatório está estruturado e será apresentado da seguinte forma:

- Enquadramento teórico, onde serão apresentados conceitos relativamente à temática em estudo e à metodologia utilizada;
- Exposição das atividades desenvolvidas em estágio, designadamente diagnóstico de situação; identificação de problemas e definição de prioridades; fixação de objetivos; elaboração do projeto de intervenção; execução das intervenções e avaliação. Ao longo desta descrição, serão descritos os objetivos delineados para cada uma das atividades e as dificuldades sentidas durante esse processo;
- Reflexão crítica;
- Conclusão;
- Bibliografia;
- Apêndices.

A organização deste relatório obedece às normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e foi escrito segundo o novo acordo ortográfico.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

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

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

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

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, através das competências do Enfermeiro de cuidados gerais, preconiza que estes ajudem os indivíduos, a família e a comunidade a atingir níveis ótimos de saúde, através da educação para a saúde.

A educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, que produz mudanças no conhecimento e comportamento. Pode influenciar ou esclarecer valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes; facilitar a aquisição de competências; ou ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. A educação para a saúde empodera os indivíduos, permitindo-lhes decidir de forma consciente e informada o seu projeto de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

No contexto de Promoção da Saúde, os Enfermeiros devem ser capazes de saber identificar as necessidades do indivíduo/comunidade, ajudando-os a encontrar soluções e a tomar

decisões. Para isso, o Enfermeiro recorre ao Planeamento em Saúde, devendo aplicar as suas habilidades inter-relacionais e comunicacionais, procurando estabelecer uma relação terapêutica.

1.2 - TEORIA/MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

Na aprendizagem por observação existem quatro elementos:

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

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

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

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

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

(1994). Assim, os profissionais de saúde devem assumir uma responsabilidade social, promovendo o conhecimento dos indivíduos acerca do risco, procurando compreender os comportamentos.

Nesta teoria, existe:

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

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

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

1.3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

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

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

Em Planeamento em Saúde, define-se “planear”, como

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

O mesmo autor identifica algumas características do Planeamento em Saúde:

- É sempre voltado para o futuro;
- É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- Racional na tomada de decisões;
- Visa selecionar um percurso de ação;
- Implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados;
- É sistémico, multidisciplinar e iterativo;
- É uma técnica de alocação de recursos;
- É um processo cíclico, além de ser uma técnica de mudança e inovação (Tavares, 1990).

O Planeamento em Saúde preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, fomentando a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Existem diferentes tipos de Planeamento em Saúde, cujo interesse é fornecer ao planificador bases teóricas que permitam compreender o sistema social e institucional onde está inserido podendo, assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades que se deparam (Tavares, 1990).

O Plano Nacional de Saúde é considerado um planeamento normativo, pois “ (...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, a (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local” (Tavares, 1990:31).

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

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) as principais fases do processo de planeamento são: diagnóstico da situação; definição de prioridades; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação.

O Diagnóstico da Situação é a primeira fase do processo de Planeamento em Saúde onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Para Imperatori & Giraldes

(1993:43) “ (...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação”. Interessa distinguir diagnóstico de situação de necessidades de saúde. O diagnóstico envolve uma noção de causalidade e evolução prognóstica, que não figura necessariamente no conceito de necessidade de saúde. Apesar de as necessidades serem parte fundamental do diagnóstico, não constituem a sua totalidade (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, torna-se necessário relacionar e compatibilizar as necessidades de saúde com a procura e a oferta dos serviços disponibilizados na área em estudo, pois este é um dos problemas mais básicos do Planeamento em Saúde. Portanto torna-se importante caracterizar não só a população em estudo e suas necessidades em saúde, bem como os serviços disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, a concordância entre o diagnóstico e necessidades determina a pertinência do plano, do programa ou do projeto, esteja este vocacionado para a otimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados.

Para Imperatori & Giraldes, (1993: 44), “o diagnóstico de situação de saúde funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) o diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades”.

Tendo em conta as limitações que podem estar envolvidas no diagnóstico de situação, os autores aconselham, que este não deve ultrapassar os quatro a seis meses, dependendo da complexidade da situação, da área de implementação e dos recursos disponíveis.

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

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 63), “a definição, escolha ou seleção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde.” Os problemas identificados na fase anterior serão hierarquizados utilizando critérios definidos. Definir prioridades significa seleccionar os problemas mais importantes, num determinado momento.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 64), “na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.” Trata-se de analisar o tempo previsto para a intervenção, o local onde se vai atuar e os recursos disponíveis nesse local. “Para hierarquizar os problemas de saúde detectados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65).

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

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

Imperatori & Giraldes (1993) referem que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, de modo a serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, considerem quatro aspetos aquando da definição de objetivos:

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

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

O objetivo de um problema de saúde consiste no enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, cuja evolução natural é traduzida em termos de indicadores de resultado ou de impacto. O objetivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

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

Imperatori e Giraldes (1993) acrescentam que convém ter presentes as dificuldades e limitações que se levantam na fixação de objetivos, uma vez que existem fatores que

influenciam os indicadores e que atuam simultaneamente com a atuação específica dos serviços de saúde. Assim, os indicadores de resultado constituem um quadro de referência que permite aferir até que ponto se atingiu, ou não, uma variação nos valores dos indicadores considerada desejável.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), um indicador é a relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco. Salientam-se dois tipos de indicadores: indicadores de resultado ou de impacto e indicadores de atividade ou execução. Para os autores supra citados, “um indicador de resultado ou impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou dimensão actual desse problema.” (Imperatori & Giraldes, 1993:77). Por sua vez, “um indicador de actividade ou de execução pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori e Giraldes, 1993:78).

A etapa de selecção de estratégias “ (...) é uma das etapas fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.” (Imperatori & Giraldes, 1993:87). Na selecção de estratégias pretende-se apresentar novas formas de atuar que permitam alcançar os objetivos fixados e inverter a tendência de evolução natural dos problemas de saúde. Esta etapa requer um estudo mais detalhado, por ser necessário proceder à revisão dos objetivos fixados ou por se evidenciar a falta de recursos humanos, financeiros, materiais e temporais.

Estratégia de saúde é definida “ (...) como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993:87). São consideradas as seguintes fases na elaboração de estratégias de saúde:

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

A fase seguinte consiste na elaboração de programas e projetos. Para Imperatori & Giraldes (1993), um programa consiste num conjunto de atividades necessárias à execução

parcial ou total de uma determinada estratégia que requer utilização de recursos humanos, financeiros e materiais. Podem ser formulados segundo diversos critérios e níveis.

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

A preparação da execução surge, principalmente, com propósitos didáticos, não sendo identificada em muitos esquemas de Planeamento em Saúde. Pretende mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades; evitar sobreposições e excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos; visualizar obstáculos na execução; antever recursos e facilitar a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

A avaliação pretende utilizar de forma sistemática a experiência com vista a melhorar uma atividade em curso e a planificar mais eficazmente. Para tal, torna-se necessário determinar o valor das intervenções realizadas (O.M.S., 1978). Esta etapa necessita da determinação cuidadosa de situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve fundamentar-se em informações pertinentes, sensíveis e de fácil obtenção.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), uma das principais dificuldades na fase de avaliação consiste na falta ou insuficiência de informação. A “Lei de Finagle” ilustra a disponibilidade, pertinência e fiabilidade da informação no Planeamento em Saúde, designadamente durante as fases do diagnóstico e avaliação: os dados desejados não correspondem aos que são dados; os dados pedidos não correspondem aos que são necessários; os dados que são necessários são impossíveis de obter (Imperatori & Giraldes, 1993).

Se a precisão de uma avaliação é condicionada pelas informações existentes, deverá procura-se o equilíbrio entre a precisão e as possibilidades de intervenção futura. De nada vale conseguir graus de precisão nas avaliações que na prática não serão utilizados no aperfeiçoamento das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

O Enfermeiro ao utilizar a metodologia do Planeamento em Saúde contribui para a Investigação e a afirmação da ciência de Enfermagem. Através da investigação produz-se a base científica para assegurar a credibilidade e evolução das profissões. A Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, procura dar o seu contributo na investigação. Todos os Enfermeiros têm a “ (...) responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática” (Fortin *et al*, 1999:29), pois “o domínio de Investigação em ciências de enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles” citando Fawcett (1984).

A investigação constitui um contributo importante quando se pretende fazer Planeamento em Saúde, permitindo dar continuidade a todo o processo e intervir junto da comunidade.

1.4 - SEXUALIDADE HUMANA

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

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

Para Sprinthall & Collins (2008) a sexualidade “ (...) engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas, não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”. Como refere Galvão citado por Fernandes [sem data (s.d.)], a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos indivíduos.

A O.M.S. (1975) define sexualidade como

“ (...) uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental” citado por Almeida, Marinho & Tavares (2010).

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

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.

1.5 - ADOLESCÊNCIA

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

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

A comparação do passado com o presente é útil na compreensão da evolução das alterações que o indivíduo experiencia nesta fase do ciclo vital, impostas pelas diferenças entre sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais, de sociedade para sociedade.

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

As crianças familiarizavam-se com as vivências e práticas dos adultos, sendo submetidas a rituais de iniciação e instruídas sobre os papéis de géneros. A adolescência não era um conceito nem era reconhecida como um estágio do desenvolvimento humano. No entanto, o início da puberdade era o acontecimento mais relevante da educação, revestindo-se de um sentido religioso e de carácter de formação intelectual e moral. Como referem Ferreira & Nelas (2006:142) “ (...) a iniciação representava a recepção solene dos adolescentes na comunidade dos adultos” citando Santos (1966).

No Renascimento a adolescência perde progressivamente prestígio social. Nos séculos XVIII e XIX, na sociedade ocidental, a adolescência foi caracterizada como um período no qual os indivíduos formavam um grupo social autónomo, com especificidade própria. Após a Revolução Industrial começou a atribuir-se maior importância à aquisição de competências e formação individual, sendo a adolescência vista como uma etapa distinta do desenvolvimento humano. Apesar de nas famílias mais desfavorecidas se continuar a incentivar a entrada dos jovens cada vez mais precocemente no mercado de trabalho, nas classes média e alta os filhos começaram a permanecer mais tempo em ambiente escolar. A adolescência começa a ser considerada como um período importante no processo de desenvolvimento do indivíduo e o controlo da família sobre os adolescentes foi-se prolongando até à altura em que se casavam.

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

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

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

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

A adolescência não é vivida da mesma forma por todos os indivíduos, ainda que pertencentes à mesma cultura. Para uns a adolescência pode ser descrita como um

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

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

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

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

1.5.1 - Transformações na Adolescência

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

É na puberdade que ocorrem transformações físicas marcantes. Nas raparigas: o desenvolvimento mamário (telarca), o aparecimento de pelos púbicos (pubarca) e o aparecimento da primeira menstruação (menarca). Nos rapazes existe um aumento testicular (dos 9 aos 14 anos), aumento do tamanho do pénis e aparecimento de pelos

públicos e axilares (Cordeiro, 2009 e López & Fuertes, 1999). Sendo um processo evolutivo, termina quando a rapariga ou rapaz adquirem corpo de adulto ou seja “ (...) param de crescer e já têm funções reprodutivas” (Cordeiro, 2009:50).

É durante a adolescência que existe um desenvolvimento intelectual onde se criam os conceitos e se cria a consciência social, o conhecimento da ciência e da arte (Facci, 2004). Na adolescência inicia-se a construção dos valores sociais, levando a que os adolescentes se sintam muitas vezes revoltados porque os valores que defendem não se assemelham aos que a sociedade sustenta (Sousa, 2006). Sendo que os adolescentes ao sentirem a

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

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

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

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

Para Andrade (1995:12) os afetos são

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

Segundo Bock *et al* (1999:251) os

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

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

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

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

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

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

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

O enamoramento implica desejo e atração, compreendendo uma série de componentes cognitivas (idealização do outro, da relação, desejo de conhecer e ser conhecido);

emocionais (desejo de ter uma união completa e permanente, terror face à ausência) e comportamentais (ações dirigidas a manter a proximidade com o outro, afastamento de tudo aquilo que não se relaciona com a pessoa amada).

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

A experiência/relação amorosa comporta todos os tipos de afeto, como a empatia, a rejeição, a hostilidade e a ira, sendo multidimensional. A relação amorosa e o amor são difíceis de definir, pois o “amor é um fenómeno tão complexo, com tal variedade de sentimentos, comportamentos e atitudes, que pode assumir múltiplas formas” (López & Fuertes, 1999:190).

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

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

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

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

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

sofrimento. O adolescente deverá, então, fazer o luto da relação de forma saudável (Cordeiro, 2009).

1.6 - SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

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

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

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

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

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

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

A partir das investigações de Reiss (1960) surge o conceito de duplo padrão sexual, como um conjunto de normas sociais que determinam a prática de comportamentos sexuais diferenciados segundo o sexo. Foram identificados quatro padrões sexuais: abstinência; duplo padrão sexual; permissividade sem afeto e permissividade com afeto. Apenas ao duplo padrão sexual se atribui um comportamento diferenciado para homens e mulheres,

atribuindo-se aos restantes a designação de padrões sexuais singulares (Saavedra *et al*, 2010). Os conceitos de duplo padrão sexual e de padrão sexual singular podem inserir-se nas teorias dos *scripts* sexuais (Gagnon, 1977; Simon & Gagnon, 1986 citados por Saavedra *et al*, 2010). Nesta teoria explica-se como o comportamento sexual se transforma em conduta sexual através dos três níveis que os *scripts* assumem: cenários culturais, *scripts* intrapsíquicos e interpessoais (Saavedra *et al*, 2010).

Os jovens portugueses iniciam a sua atividade sexual cada vez mais cedo. Por um lado, as raparigas dizem-se virgens até mais tarde, por outro os rapazes afirmam iniciar a sua vida sexual no começo da adolescência e ter mais parceiras (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998; Matos & Gaspar, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010). Os rapazes têm maior número de relações (média de três parceiros sexuais) do que as adolescentes da mesma faixa etária (média de um parceiro) (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010). Existe assimetria entre os sexos quanto à atividade sexual, sendo o país onde esta mais se verifica (Ross, Godeau & Dias, 2004 citados por Saavedra *et al*, 2010). Na sociedade portuguesa existe uma desigualdade associada ao sexo, valorizando-se o aspeto romântico e de envolvimento amoroso por parte das raparigas e uma maior liberdade para os rapazes.

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

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

A presença social do duplo padrão sexual é controversa. Há quem considere a emergência de um novo *script* sexual, em que a mulher tende a assemelhar-se ao que é ou

era o estereótipo masculino e o homem afasta-se progressivamente do estereótipo designado de “machão”, indicando uma tendência para o padrão sexual singular (Saavedra *et al*, 2010).

1.6.1 - Infecções Sexualmente Transmissíveis (I.S.T.'s)

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

As I.S.T.'s são um problema evitável, gerador de angústia nos jovens. A O.M.S. afirma que, para além da violência, do uso de drogas e de acidentes, a propagação do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e outras infeções de transmissão sexual são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos (Sousa, 2000).

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

A prevalência e incidência de I.S.T.'s na adolescência estão a aumentar (Ferreira, 2008). A United Nations Children's Fund (U.N.I.C.E.F.) afirma que todos os anos ocorrem cerca de 100 milhões novos casos de IST em jovens abaixo dos 25 anos, excluindo o V.I.H.. A O.M.S. refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem I.S.T.'s todos os anos (Ferreira, 2008).

As consequências das I.S.T.'s variam com o tipo de infeção, podendo causar morte prematura, infertilidade, cancro cervical, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e aumento de pobreza (United Nations Population Fund – U.N.F.P.A., 2003 citada por Ferreira, 2008).

Relações sexuais, vaginais, anais ou orais, sem utilização de preservativo, aumentam o risco só de contrair S.I.D.A. e outras I.S.T.'s (Bersamin *et al*, 2008 citados por Ferreira, 2008). O uso do preservativo de forma consistente representa a forma de prevenção mais eficaz. Para os que não o usam, o risco de contrair I.S.T.'s é cerca duas vezes superior (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008).

O início precoce da atividade sexual, o número de parceiros, o ter um parceiro que já tenha tido ou tenha múltiplos parceiros sexuais, a não utilização ou utilização incorreta do preservativo (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008) são algumas das causas de I.S.T.'s na adolescência. As I.S.T.'s também estão associadas a outros comportamentos de risco como o consumo de álcool e outras drogas (Ferreira, 2008).

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

Estão identificadas várias I.S.T.'s. Diferem quanto à origem do agente etiológico, podendo ser provocadas por vírus, bactérias, fungos ou parasitas. Parte destas doenças é passível de tratamento e eventual cura, outras tendem para a cronicidade, existindo terapêutica para controlo de sintomas.

As principais I.S.T.'s são: Hepatite A, B e C; H.I.V./S.I.D.A.; Papilomavirose; Cancroide; Sífilis; Clamídia; Herpes Genital; Condiloma Acuminado; Candidíase; Gonorreia e a Donovanose.

1.6.2 - Gravidez na Adolescência

O Alentejo 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 e tendo em conta a legislação em vigor foi publicado o Plano Nacional de Saúde Escolar em 2006, programa a ser usado em complementaridade com o Plano Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saude para 2004-2010 refere que a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos) tem vindo a decrescer em Portugal Continental. Sendo que em 2001 era de 5,9/1000 nados vivos e a meta para 2010 deveria ser inferior a 5/1000 nados vivos (Plano Nacional de.Saúde 2004-2010:54).

Em 2009, segundo o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.), nasceram 4350 crianças (4,36%), de mães adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. Sendo que em 2008 segundo a mesma fonte nasceram 4551 crianças (4,35%), verifica-se assim, que os valores são similares relativamente ao número de crianças nascidas de mães adolescentes entre 2008 e 2009.

Uma das informações veiculadas pela educação sexual é a da explicitação dos métodos contraceptivos e formas de os utilizar. Este tipo de informação tem aumentado

progressivamente, embora não seja totalmente eficaz na prevenção da gravidez. Para Canavarro & Pereira (2001), existem várias explicações possíveis para tal fato. Uma delas consiste na falta de informação ou informação mal prestada sobre contraceção e fisiologia reprodutiva. Por exemplo, é comum encontrar jovens com a crença de que não se pode engravidar na primeira relação sexual.

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

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

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

Alguns estudos sobre este tema revelam que mães adolescentes e grávidas apresentam maiores níveis de *stress* e isolamento social; maiores níveis de tristeza, tensão

e riscos acrescidos de suicídio; maiores níveis de psicopatologia em geral e menos aptidões de resolução de problemas. A maternidade na adolescência é concebida como um fenómeno não-normativo que vai exigir ajustamentos psicológicos e familiares difíceis de serem elaborados e aceites (Canavarro & Pereira, 2001).

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

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

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

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

1.6.3 - Interrupção Voluntária da Gravidez (I.V.G.)

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

A I.V.G. tem importantes implicações e significados emocionais, dependendo da personalidade e experiência prévia da mulher, as suas relações interpessoais, crenças religiosas e o ambiente social, cultural e legal circundante (Stotland, 2000 citado por Sereno, Leal & Moroco, 2012).

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

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

- Não é punível a I.V.G. efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até as dez semanas de gravidez, e se houver motivo para prever que o bebé irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável até as 24 semanas;
- O consentimento é entregue pela mulher, quando em caso de a mulher grávida ser menor de dezasseis anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é prestado pelo representante legal sempre que possível;
- Os estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas (Assembleia da Republica, Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez”).

Segundo dados do I.N.E., em 2010 foram realizadas 17 261 IVG legais nos hospitais portugueses. A elevada taxa de gravidezes indesejadas é apontada pela O.M.S. como causa principal. Existem outras causas do recurso à I.V.G., como as normas sociais, as condições económicas e fatores sistémicos, como o estatuto legal da I.V.G., que podem levar à I.V.G. de forma legal ou clandestina (Canário, 2009). As razões mais apontadas pelas adolescentes que abortaram são: não ter maturidade suficiente para ter filhos e problemas financeiros e a mudança radical na sua vida (Marreiros 2002). Nas adolescentes verifica-se uma elevada taxa de complicações físicas e psicológicas devidas à I.V.G., quer pelo acontecimento fisiológico, idade da gestante, condições em que o aborto é realizado ou falta de apoio familiar (Marreiros, 2002).

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

1.6.3 - Contraceção

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

As atividades de Planeamento Familiar visam cuidados na área de Saúde Reprodutiva e Promoção da Saúde, tais como: informação; aconselhamento sexual; prevenção, diagnóstico precoce de I.S.T.'s e doenças ginecológicas; transmissão de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia reprodutivas; fecundidade; fertilidade; gravidez e métodos contraceptivos. Nestas consultas são fornecidos métodos contraceptivos e faz-se acompanhamento clínico, independentemente do método escolhido.

As atividades no âmbito do Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva são inseridas nos Cuidados de Saúde Primários e no âmbito da Medicina Geral e Familiar, devendo organizar-se nas Unidades de Saúde, de forma a responder às necessidades da população por si abrangida. O capítulo II do Decreto-Lei número (n.º) 259/2000 de 17 de Outubro considera os adolescentes como alvo da intervenção e, nesse sentido, devem ser adotadas estratégias para apelar à sua adesão a estas consultas, como horários flexíveis, simplificação da burocracia e sem restrição de áreas de influência. Outra alínea importante refere-se à otimização de condições que favoreçam a adesão do género masculino a estas consultas, especialmente os elementos mais jovens.

Os métodos contraceptivos visam evitar uma gravidez não desejada e o preservativo ajuda a prevenir I.S.T.'s. Em Portugal, segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde de 2009, 85,4% da população feminina em idade fértil usa um método de contraceção e desta percentagem, 23% não faz vigilância em consulta de Planeamento Familiar. Os métodos contraceptivos mais utilizados, de acordo com o mesmo inquérito, são a pílula, o preservativo e o D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino).

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

A baixa utilização de métodos contraceptivos deve-se a crenças erróneas relativas à conceção e à contraceção, à falta de envolvimento familiar na escolha do método, baixa efetividade dos serviços de atendimento e dificuldade em obter métodos contraceptivos (Almeida et al, 2003). Existem outros obstáculos à utilização consistente de um método, especialmente pelo género feminino, pela pressão social e papéis de género (Cabral, 2003).

Para Cabral (2003), quanto mais precoce é o início da atividade sexual, menor é a utilização de métodos contraceptivos e estabelece uma relação direta entre o grau de escolaridade, o nível socioeconómico e a utilização de um método contraceptivo, quer na primeira relação, quer nas subsequentes.

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

O Enfermeiro tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de I.S.T.'s, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha e incorporando a contraceção de emergência nas políticas públicas de saúde para os adolescentes.

De acordo com as recomendações da O.M.S., a escolha do método contraceptivo deve obedecer a critérios clínicos, sociais, de comportamento e preferência individual. As Orientações da Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008) e o Documento Oficial da Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção (2011), fazem algumas recomendações relativamente aos métodos contraceptivos mais adequados a este grupo etário:

- A contraceção hormonal oral apresenta benefícios para a adolescente, não só pelo efeito contraceptivo, mas também na regulação dos ciclos, melhoria da acne, prevenção de quistos funcionais do ovário e diminuição da dismenorrea;
- A contraceção hormonal injetável não está recomendada antes dos 18 anos pela diminuição da densidade óssea associada, ao contrário do implante hormonal;
- O D.I.U. pode ser uma alternativa, especialmente para mães adolescentes;
- Os métodos naturais não estão indicados na adolescência pela sua baixa eficácia agravada pelas irregularidades do ciclo nesta fase;
- O preservativo é o método de eleição, bem como a “dupla proteção”, associando este a um método contraceptivo eficaz, de forma a prevenir simultaneamente a gravidez e as I.S.T.'s.

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

1.6.4 - Orientação Sexual

A orientação sexual do indivíduo relaciona-se com fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Muitos autores consideram três tipos: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade. As três são normais, naturais e imutáveis. Considera-se heterossexual o

indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do género oposto; homossexual é o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do mesmo género; e bissexual é considerado o indivíduo que se sente atraído por pessoas de ambos os géneros (Cordeiro, 2009).

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

A homossexualidade era considerada uma doença mental e só em Janeiro de 1993, a O.M.S. retirou a homossexualidade de sua lista de doenças mentais. A homossexualidade não é uma questão de opção, embora se encontre por definir o mecanismo dessa orientação, sabe-se, no entanto, que pode ser geneticamente determinada. No caso concreto da adolescência, Cordeiro (2009:331) considera que

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

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

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

1.6.5 - Violência Sexual

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

Apesar de em Portugal se desconhecer a sua verdadeira dimensão, crê-se que se trata de um problema frequente. Cerca de 90% dos abusos acontecem em meio familiar e nos

restantes 10% a família conhece o agressor e que só 1-2% dos casos o agressor é um desconhecido (Cordeiro, 2009).

As consequências do abuso sexual são graves e para toda a vida. Para além dos efeitos físicos e psicológicos, existe risco acrescido de I.S.T.'s, gravidez, consumos nocivos, entre outros. A prevenção primária, secundária e terciária com especial atenção para a deteção precoce dos casos são, sem dúvida, o investimento fundamental a par do encaminhamento e apoio às vítimas.

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

1.6.6 - Mitos Sobre Sexualidade

A sociedade continua a ser marcada por mitos e crenças relacionados com a sexualidade, apesar dos muitos estudos realizados, mostrando que não passam de opiniões e conceitos erróneos, que podem ter repercussões graves na vivência e no desenvolvimento dos indivíduos. Eles são o reflexo de uma tradição social que os tornou em verdades indiscutíveis (Leitão, Ramoa & Reis, 2011).

Os mitos mais comuns sobre sexualidade referem-se ao papel destinado ao homem e à mulher; à menstruação; perda da virgindade; à gravidez e à orientação sexual.

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

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

saudável e gratificante. O Enfermeiro, enquanto educador, tem o papel de desmistificar e esclarecer.

1.7 - SEXUALIDADE NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2012

A sexualidade é uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde para os anos 2004-2010. O elevado número de casos de gravidez adolescente e de infeções pelo H.I.V./S.I.D.A. constituem uma preocupação um pouco por todo o mundo. Portugal não foge a esse movimento internacional, tendo legislado e promovido a educação sexual nas escolas (Saavedra *et al*, 2010).

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

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

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

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

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

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

O Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde tem publicado legislação que visa a promoção e a educação para a saúde. Da análise da legislação no despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro, o Ministério da Educação define as temáticas a serem abordadas referindo

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

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

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

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

1.8 - EDUCAÇÃO SEXUAL

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

A educação sexual aborda temas como as “ (...) explicações sobre os aspetos corporais, os afetos, os comportamentos, o papel do homem e da mulher, as doenças sexualmente transmissíveis, a contraceção, a homossexualidade e a gravidez” (Vilar citado por Gonçalo, 2002:12). Esta educação não se pode afastar do desejo dos jovens em

estabelecer um compromisso amoroso; de apoiar a sua preparação para a vivência do amor; para a constituição de famílias coesas; para uma maternidade e paternidade responsáveis e para uma saudável abertura aos outros (Ferreira, Carvalho, Pacheco & Teixeira, 2004). Como refere Gonçalo (2002:12) “ (...) não é ensinar a ter uma relação sexual, mas sim educar o adolescente e responsabilizá-lo pelos seus atos”. A educação sexual deve incluir valores como respeito pela individualidade, valores pessoais, familiares e culturais, desde que não colidam entre si (Marques, Prazeres, Vilar, Forreta, Cadete, & Meneses, 2000).

A necessidade de educação sexual torna-se premente dado que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de casos de gravidez na adolescência (Conselho de Enfermagem, 2009). Mesmo estando a educação sexual operacionalizada comprovou-se, num estudo realizado em parceria entre a Associação para o Planeamento da Família (A.P.F.) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, que os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte e a toma da pílula, o interesse dos adolescentes em atividades sexuais e as I.S.T.'S (Vilar & Ferreira, 2008).

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

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

As famílias apresentam determinados receios ou dúvidas na abordagem deste tema, pois receiam que a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as tentativas de experimentação sexual; que nas ações de educação sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, salientando que o mais importante em educação sexual deva ser a prevenção das I.S.T.'S e da gravidez (Marques *et al*, 2000). Deverá recorrer-se a um vasto número de estratégias para servir os interesses da escola e simultaneamente o das famílias. “Esta identificação de estratégias, como se prevê, deve ser objeto de grande criatividade e

de adequação aos contextos precisos de cada local, de cada escola e até de cada turma” (Marques *et al*, 2000:54).

Para Sanders & Swiden, citados por Marques *et al* (2000) existem vários fatores que contribuem para o sucesso de ações de educação sexual: ser neutro; não atribuir “certos” e “errados”; não fazer juízos de valor; identificar valores pessoais; partilhar o saber em vez de o impor; permitir escolhas; disponibilizar material de apoio; demonstrar disponibilidade e confiança; utilizar vocabulário adequado; aplicar conhecimentos cientificamente atualizados; abordar conteúdos adequados à faixa etária; e uma procura da coerência nas intervenções.

O Enfermeiro tem o dever, e possui competências específicas para, promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante ações de educação de forma a obter ganhos em saúde. No caso dos adolescentes, a intervenção por parte do Enfermeiro tem importância acrescida. “Quando o enfermeiro age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira *et al*, 2004:135). É importante que o Enfermeiro desempenhe ações educativas que visem incrementar a capacidade de distinguir vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal (Ferreira *et al*, 2004).

O Enfermeiro necessita de possuir os seguintes atributos: genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros; personalidade equilibrada, com bom domínio de aptidões de comunicação e facilidade de relacionamento; aceitação positiva da sua sexualidade e da dos outros, mostrando-se neutro; respeito pelos valores do próximo; atitude de envolvimento relativamente aos pais e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitem de intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, entre outros.); e possuir formação em metodologias pedagógicas (Ferreira *et al*, 2004).

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

De acordo com o Parecer n.º 109/2009 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, ficou estipulado que “O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009:5) Acrescenta também uma posição oficial acerca da operacionalização da educação sexual, com princípios genéricos acerca da sua aplicação:

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

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

A estratégia mais aceite centra-se em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Neste tipo de estratégia, “o dinamizador educativo deve promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo” (Ferreira *et al*, 2004:136). As atividades podem decorrer em grupos pequenos ou grandes, convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas como o *brainstorming*, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal (Ferreira *et al*, 2004).

Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um ambiente de confiança e de respeito, transversal na relação educador/educando, indispensável ao sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno, de modo a impedir constrangimentos causado por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos participantes se sintam seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade (Ferreira *et al*, 2004). Deve-se partir de conhecimentos individuais e de grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor, a criatividade, o jogo ou trabalhar em pequenos grupos, são as metodologias mais eficazes nesta área (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 1992).

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

A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objetivo nas sessões de educação. Na educação sexual, a reflexão é decisiva para a

aprendizagem: os adolescentes consolidam o que aprenderam e a desenvolvem uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes. Os Enfermeiros poderão ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, deixar uma forma de contacto dos Enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente (Ferreira *et al*, 2004).

1.8.1 - Fontes de Informação

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

Família

O ser humano é um elemento social pertencente a um agregado familiar e à comunidade. Como refere M. F. Martins (2007:34) “todas las personas pertenecen a una sociedad cuyas estructuras básicas y o instituciones tienen como finalidad garantir la satisfacción de las necesidades humanas básicas”.

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

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

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

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

Stanhope (1999) refere que a família é um sistema social em que os seus membros têm papéis e funções específicas. Esta estrutura concetualizada apresenta os seguintes

pressupostos: a família é um sistema com necessidades funcionais; configura as características dos pequenos grupos; desempenha funções tanto de utilidade do indivíduo como da sociedade e os seus membros procedem de acordo com os valores e normas aprendidos na família.

Como refere a OMS (1994), os indivíduos que constituem a família encontram-se ligados por laços afetivos, de interesse, de segurança e de partilha, não se limitando apenas a laços de sangue, casamento ou adoção.

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

Para Abreu (2009), a família

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

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

Na relação do adolescente com a família, os pais assumem diversos papéis, como o de socializador, prestador de suporte familiar e de cuidados, um papel de “balança”. Mesmo que as necessidades dos adolescentes sejam diferentes das da infância, existe dependência dos pais e são profundamente influenciados por eles. É nessa fase que o adolescente começa a perceber os seus pais como pessoas que também têm limitações, cometem falhas e aprendem com os filhos. A abordagem da relação dos pais com os filhos adolescentes poderá ser mais complexa em situação de famílias monoparentais ou de casamentos posteriores de cada um dos seus pais.

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

“cresceram os netos e sentir as suas conquistas, a sua autonomia” (Cordeiro, 2009:224). Habitualmente na casa dos avós os adolescentes sentem-se seguros.

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

Escola

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

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

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

Grupo e pares

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

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

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

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

Religião

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

Meios de Comunicação Social

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

Poderão ter uma ação positiva se usados de forma responsável. Dentro dos *media*, a televisão é a que mais impacto tem sobre a sociedade e poderá ter um papel positivo como agente de educação, pois transmite informações, permite a reflexão e pode tornar os jovens mais interventivos (M. Martins, 2007). Para o autor, há que ter atenção à mensagem que os *media* transmitem, pois os adolescentes têm tendência a imitar o modelo de conduta sexual que se transmite. Hoje em dia, muitas mensagens de conteúdo sexual são empregues com

fins comerciais, o que pode transmitir uma mensagem errónea, baseada na violência e no sexo como recreação.

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

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

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

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

1.9 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

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

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

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

Por sua vez, e mais concretamente na área comunitária, o Regulamento n.º 128/2011 define as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, referindo que este deve desenvolver a sua prática “(...) centrada na

comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “(...) resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “(...) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção, segundo o Regulamento n.º 128/2011 (2011:8667).

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses define as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em que refere que ao Enfermeiro especialista

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

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

2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

Neste capítulo serão relatadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado no terceiro semestre do mestrado e descritas, de forma sumária, as etapas anteriores ao estágio. As dificuldades sentidas e a contribuição de cada etapa para o desenvolvimento pessoal e profissional do autor também serão referidas ao longo desta descrição.

2.1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO E POPULAÇÃO

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

O agrupamento onde esta incluída a Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000, pertencendo à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde onde tem várias parcerias nomeadamente com Centro de Saúde de Portalegre – Saúde Pública, Escola de Saúde de Portalegre e Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil do Instituto Português da Juventude. Desde Agosto de 2007 existe, ainda, um projeto da educação para a saúde do qual constam várias atividades:

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

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre, possui um total de 627 alunos, distribuídos pelos vários anos de escolaridade: 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

2.2 - ETAPAS ANTERIORES AO ESTÁGIO

A base para o início do estágio foi o Diagnóstico de Situação realizado na Escola Básica E.B. 2,3 Cristóvão Falcão no segundo semestre do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária (apêndice I).

O objetivo geral do Diagnóstico de Situação foi identificar os problemas e necessidades dos adolescentes, relativamente à sexualidade.

O Diagnóstico de Situação foi determinado através da aplicação de questionários a um total de 116 alunos nos dias 15 Dezembro de 2011 e 5 e 6 de Janeiro de 2012. Estes alunos frequentavam o oitavo e nono ano de escolaridade e o Curso de Educação e Formação, 54 (46,6%) eram do sexo masculino, 62 (53,4%) do sexo feminino e a sua idade variava entre os 12 e 19 anos

O número de questionários aplicados não correspondeu ao número total de alunos previsto (155) pois:

- Os encarregados de educação de trinta e cinco alunos não deram autorização para a participar no preenchimento do questionário;
- Dois alunos encontravam-se em acompanhamento do ensino especial;
- Um aluno desistiu;
- Um aluno faltou às aulas neste período.

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

Para tratar os dados obtidos recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (S.P.S.S.).

Após o tratamento dos dados, foram identificados os seguintes problemas:

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

- 25% dos adolescentes inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentir à vontade ou por vergonha;
- 16% dos adolescentes inquiridos não está preocupado com a S.I.D.A.;
- Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais. Como já referido por Stanhope & Lancaster (1999), muitas vezes os adolescentes não usam corretamente os contraceptivos, fato 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;

Inerente ao diagnóstico de situação está o conceito de necessidade, pois como referem Imperatori & Giraldes (1982), o conhecimento das necessidades expressas e sentidas objetivamente pela população é importante para o diagnóstico.

Assim, foram identificadas as seguintes necessidades relacionadas com as atitudes face à sexualidade:

- Necessidade de os adolescentes em falar com os pais acerca de temas como as mudanças corporais e o namoro;
- Necessidade de os adolescentes inquiridos se informarem para esclarecer as suas inquietudes: os jovens estudados consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna, para esclarecerem as suas inquietudes relacionadas com a sexualidade, considerando-a a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

Após análise dos problemas e necessidades, estes foram organizados numa área de intervenção mais ampla, com vista à definição de prioridades possibilitando uma intervenção. Esta incluiu os problemas relacionados com a não recorrência a fontes de informação sobre a sexualidade; a dificuldade em falar sobre o tema e a não valorização da problemática da S.I.D.A..

Seguidamente serão apresentadas as áreas prioritárias de atuação por ordem decrescente. As restantes áreas de intervenção serão organizadas sequencialmente.

Aplicando os critérios de magnitude e vulnerabilidade, as áreas prioritárias de atuação são:

- 16% dos adolescentes inquiridos não estão preocupados com a S.I.D.A: Os adolescentes não são alheios à problemática do vírus da S.I.D.A., no entanto, consideramos preocupante o fato de um quarto da população estudada não referir preocupação com as I.S.T.'s. Assim, considerámos esta uma área de atuação com

magnitude significativa, tendo em conta o impacto das I.S.T.'s referida na saúde da população e a sua crescente incidência a nível mundial. É uma área vulnerável, uma vez que possuímos os meios necessários à sensibilização dos adolescentes para a importância de prevenir as I.S.T.'s. É um problema que provoca danos irreversíveis e com tendência a manter-se ou agravar-se se não houver intervenção. Além disso, existe um quadro legal de apoio à prevenção de I.S.T.,'s estando contempladas no Plano Nacional de Saúde e havendo programas de prevenção e deteção precoce e monitorização das mesmas;

- Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos adolescentes inquiridos com os pais: Quanto à magnitude, é significativo porque poucos adolescentes abordam os temas com os pais, indicando o baixo nível de comunicação existente entre estes. Em termos de vulnerabilidade, existe a irreversibilidade do dano provocado por uma gravidez não desejada em plena adolescência. A prevenção da gravidez na adolescência surge contemplada no Plano Nacional de Saúde, importando lembrar que o distrito de Portalegre está no topo da estatística no que a ela concerne;
- Apenas 2% do total dos adolescentes inquiridos admite falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar: a magnitude do problema é significativa, se perspectivado de forma inversa, uma vez que uma percentagem significativa dos jovens não procura aconselhamento no que respeita à sexualidade. É uma área de intervenção vulnerável na qual podemos intervir, salientando a importância da informação e do papel da escola como agente facilitador deste processo. É uma problemática que dificilmente terá solução espontânea e poderá contribuir para a adoção de comportamentos de risco que poderão conduzir a situações de doença de danos irreversíveis;
- 25% dos adolescentes inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentir à vontade ou por vergonha: Se tivermos em consideração que alguns elementos da população estudada foram proibidos de responder ao questionário sobre sexualidade por parte dos pais, estes números assumem considerável importância, pelo risco de desinformação e suas consequências. Em termos de vulnerabilidade, apesar de possuímos os recursos para conseguir transmitir a informação, será uma área em que dificilmente se obterão resultados satisfatórios, uma vez que seria oportuna uma intervenção também junto dos pais, visando a adoção de uma abertura na abordagem destes temas com os seus próprios filhos.

Apesar de o diagnóstico de situação ter sido realizado apenas na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão, por solicitação do corpo docente da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, as intervenções foram ampliadas também a essa escola.

Para planejar as intervenções foram agendadas reuniões em ambas as escolas. A reunião com a direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira realizou-se no dia 10 de Fevereiro de 2012, tendo sido definidos os temas que a direção considerou mais pertinentes para abordagem: gravidez na adolescência; violência de género (entre casal de namorados); afetividade entre adolescentes e sua dignidade relacionada com a sexualidade. Foram ainda definidas as turmas a intervir e respetivo número de alunos, os professores intervenientes, as datas e os horários das aulas. Nesta escola, para o autor, foram selecionadas as turmas 9º B, com 24 alunos e C.E.F., com 10 alunos.

A reunião com a direção da Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão realizou-se no dia 14 de Fevereiro de 2012 e nesta foram definidos os temas que a direção considerou mais pertinentes para abordagem: Início da atividade sexual e gravidez na adolescência; Violência sexual, diferença de géneros, aceitação das diferenças; Contraceção e I.S.T.'s. Nesta escola, a turma envolvida na intervenção do autor foi o 9º D, com 19 alunos.

2.3 – OBJECTIVOS DE ESTÁGIO

O objetivo geral do estágio centrou-se na promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos que frequentam a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de educação para a saúde.

Os problemas e necessidades identificados pelo corpo docente da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, vão ao encontro dos problemas diagnosticados na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão. Além disso, os docentes de ambas as escolas sugeriram, temas comuns não identificados pelo diagnóstico de situação mas com relevância no contexto escolar e no relacionamento quotidiano entre alunos e professores. Assim, foi incluído um objetivo relativo aos temas propostos de forma a tornar as intervenções mais pertinentes para a população alvo:

- Transmitir informação acerca de temas como orientação sexual; violência no namoro; masturbação; duplo padrão sexual; I.S.T.'s; gravidez na adolescência; afetos e mitos sobre sexualidade.

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

- Compreender os conceitos de adolescência e de sexualidade;
- Identificar a importância da Educação Sexual;

- Reconhecer afetos positivos;
- Identificar métodos contraceptivos e de prevenção de I.S.T.'s;
- Esclarecer possíveis tabus e preconceitos relativos à sexualidade.

2.3.1 - Indicadores de Atividade e de Resultado de Atividade

De acordo com os objetivos estabelecidos para o estágio, foram definidos indicadores de atividade e de resultado de atividade. Os objetivos do estágio foram sendo reformulados ao longo de todo o processo de planeamento em saúde, de forma a se adaptarem aos problemas identificados e às intervenções necessárias, sendo, portanto, diferentes dos objetivos definidos no projeto de intervenção (apêndice I).

Indicadores de atividade

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

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

Para os indicadores de atividade definidos foram delineadas as seguintes metas:

- Taxa de intervenção: realização de 100% das sessões;
- Taxa de participação: participação de 100% dos alunos nas sessões;

- Taxa de importância atribuída à ação: 90 % dos alunos considerem importante a ação;
- Taxa de satisfação com os temas apresentados: 85% dos alunos fiquem satisfeitos com os temas apresentados;
- Taxa de adequação dos meios utilizados: 85 % dos alunos considerem os meios utilizados adequados;
- Taxa de satisfação com a informação fornecida: 90% dos alunos fiquem satisfeitos com a informação fornecida;
- Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas: 90% dos alunos considerem bom o domínio dos palestrantes sobre os temas;
- Taxa de satisfação dos alunos em relação ao esclarecimento de dúvidas: 85% dos alunos fiquem satisfeitos em relação ao esclarecimento de dúvidas.

Indicadores de resultado de atividade

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

- Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade: número de alunos que considera a adolescência marcada pela liberdade e responsabilidade/ número total de alunos;
- Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade: número de alunos que identifica afetos/ número total de alunos;
- Taxa de afetos positivos envolvidos na sexualidade identificados: número de afetos positivos/ número total de afetos;
- Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s: número alunos que considera o preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s/ número total de alunos;
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo: número alunos que considera a pilula como método exclusivamente contraceutivo/ número total de alunos.

Para os indicadores de resultado de atividade definidos foram delineadas as seguintes metas:

- Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade: 85% dos alunos considerem a adolescência como uma fase da vida marcada pela liberdade e responsabilidade;
- Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade: 85% dos alunos sejam capazes de identificar afetos envolvidos na sexualidade;
- Taxa de afetos positivos envolvidos na sexualidade identificados: 80% dos afetos envolvidos na sexualidade identificados sejam positivos
- Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s: 80% seja capaz de reconhecer o preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s;
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo: 80% dos alunos seja capaz de reconhecer a pilula como método exclusivamente contraceutivo.

2.4 - SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS E ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para responder às necessidades dos adolescentes e considerando as características da população, foram selecionadas estratégias de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura/Modelo de Promoção de Saúde:

- Organização do grupo de formadores em díades e dos grupos de atuação por turnos para preparação e execução das sessões;
- Sessões de educação para a saúde sobre sexualidade na adolescência, através dos métodos expositivo e interativo;
- Filmes educativos sobre prevenção de I.S.T.'s;
- Folhetos informativos sobre contraceção e mitos sobre sexualidade.

Para a realização das sessões, foram previstos e obtidos os seguintes recursos humanos e materiais:

- Dois formadores;
- Uma sala;
- Um computador portátil;
- Um projetor multimédia;
- Folhetos informativos;
- Métodos contraceuticos.

Nesta etapa do Planeamento em Saúde foi também elaborado o projecto de intervenção (apêndice I), o cronograma de actividades (apêndice I) e o questionário de avaliação final (apêndice II).

2.5 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

Esta etapa do Planeamento em Saúde iniciou-se com a elaboração do plano de sessão (apêndice I). Foram preparadas as sessões através do aplicativo informático microsoft powerpoint®, recorrendo à exibição de imagens, filmes e esquemas. Foi também elaborado um folheto informativo utilizando a aplicação informática microsoft publisher®, que foi, posteriormente, distribuído aos alunos.

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

A apresentação multimédia ocupa um lugar de destaque, devido à crescente acessibilidade a meios informáticos. As sessões foram estruturadas de forma a ir ao encontro das necessidades dos alunos, oferecendo atividades flexíveis, evitando a informação definida à priori e estimulando a reflexão. Subjacente às atividades desenvolvidas, estão a promoção do respeito pelas diferenças individuais e a reflexão acerca da vida afetiva e/ou sexual.

Estabeleceu-se contato com a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, nomeadamente o Centro de Saúde de Avis, que viabilizou a impressão dos folheto informativos sobre contraceção e mitos e forneceu alguns métodos contraceptivos para as sessões de educação para a saúde.

Os temas propostos pelo corpo docente das escolas foram incluídos nas sessões de educação para a saúde. Foram também estabelecidos contatos com as escolas com vista a agendar as datas para realização das sessões.

Foram realizadas três sessões entre 10 a 16 de Abril de 2012, em sala de aula, na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, a um total de 50 alunos, distribuídos por duas turmas de 9º ano e uma turma do Curso de Educação e

Formação. As atividades previstas foram realizadas com sucesso e dentro do tempo previsto. Estas sessões tiveram duração de 90 minutos e foram apresentadas em díades, de acordo com o plano de sessão previamente elaborado (apêndice I). A adesão às sessões foi de 94%, tendo faltado três alunos.

Nestas sessões existiu uma participação ativa por parte dos alunos e alguns professores, contribuindo para um maior dinamismo das sessões. Numa das turmas, com menor número de alunos, verificou-se uma maior inibição relativamente aos temas abordados.

Após estas sessões foi distribuído o questionário de avaliação final (apêndice II), desenvolvido de acordo com os itens mais adequados à avaliação da intervenção:

- Importância atribuída às sessões;
- Nível de satisfação com os temas e meios didáticos utilizados na sessão;
- Satisfação com a informação fornecida e esclarecimento de dúvidas nas sessões;
- Satisfação quanto ao domínio dos formadores acerca dos temas abordados na sessão;
- Opinião dos adolescentes relativamente à etapa da vida adolescência;
- Afectos envolvidos na sexualidade identificados pelos adolescentes;
- Informação adquirida acerca de métodos contraceptivos e preventivos de I.S.T.'s.

Foram, também, distribuídos folhetos sobre sexualidade, mitos e contraceção (apêndice I).

Os recursos utilizados foram considerados adequados à intervenção.

Nesta etapa do Planeamento em Saúde podemos identificar as seguintes limitações:

- Grande quantidade de informação numa só sessão: apesar da duração ter sido respeitada, alguns temas poderiam ter sido abordados de forma mais exaustiva, num maior número de sessões;
- As sessões seriam mais proveitosas se aplicadas em grupos de menor dimensão, visto que, numa das turmas (de maior dimensão), houve necessidade do professor chamar a atenção dos alunos para a falta de atenção e comportamento menos apropriado que se começava a instalar.

Esta etapa do Planeamento em Saúde permitiu aos mestrados mobilizar competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do seu percurso enquanto educadores de saúde, quer a nível teórico, quer a nível operacional.

2.6 - AVALIAÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:173), “ avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.” Assim, os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas definidos.

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).

A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objectivo nas sessões de educação. No processo de educação sexual, a reflexão é decisiva para a aprendizagem, visto encorajar os adolescentes a consolidar o que aprenderam e a desenvolver uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes. Os Enfermeiros poderão também ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, assim como deixar uma forma de contacto dos Enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente (Ferreira et al, 2004).

Os dados obtidos através do questionário final foram tratados com programa informático microsof excel® (apêndice III).

2.6.1 – Análise e Interpretação dos Resultados Obtidos

Na generalidade, os dados obtidos na aplicação dos questionários de avaliação são sobreponíveis nas duas escolas, pelo que a sua análise será apresentada de forma conjunta. Posteriormente será apresentada a análise dos dados relativos às turmas onde as sessões de educação para a saúde foram levadas a cabo pelo autor.

No que respeita à importância atribuída às sessões de educação para a saúde realizadas, podemos aferir que a maioria dos jovens (cerca de 100%), em ambas as escolas, reconhece a sua importância. Cerca de 60% dos indivíduos não justificaram essa importância. Dos que justificaram a importância das ações, destaca-se o fato de afirmarem ter “mais e melhor informação acerca do tema”, nomeadamente no que respeita à prevenção da gravidez e I.S.T.’s. A “melhor preparação para a vida futura”; o “maior nível de confiança” e “evitar asneiras/erros futuros” surgem também como razões para a atribuição de importância a esta ação.

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

No que concerne aos meios utilizados na apresentação das sessões, quase 100% dos alunos, de ambas as escolas, ficou satisfeita ou muito satisfeita com os mesmos. Segundo o I.E.F.P., numa sociedade em crescente grau de exigência e competitividade, os formadores têm de responder a uma adversidade de solicitações. Por esta razão, muitas vezes desempenham funções que ultrapassam o âmbito da sua área académica ou profissional. Assim, é imprescindível o domínio de um conjunto de técnicas que permitam transmitir, de uma forma agradável e apelativa, toda a informação necessária. O formador deve conhecer as características e potencialidades dos recursos didáticos, dominando-os e explorando-os tanto a nível técnico como pedagógico.

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

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

No que refere ao esclarecimento de dúvidas, mais de 90% dos jovens, de ambas as escolas, afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos.

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

A maioria dos jovens, nas duas escolas, mostrou-se capaz de identificar pelo menos dois afetos que podem estar envolvidos na sexualidade. Os mais referidos foram: amor, amizade e paixão. Embora a maioria dos afetos referidos pelos adolescentes sejam de carácter positivo, foram também indicados afetos de carácter negativo (10 respostas): culpa; insultos; ofensas; violência; tristeza e ansiedade.

A maioria dos adolescentes inquiridos discorda, ou discorda totalmente, com o facto de que a utilização do preservativo só evita a gravidez. Cerca de 10% dos alunos, concorda ou concorda totalmente com esta permissa.

Quanto à efetividade da pílula como método de prevenção de I.S.T.'s, mais de 84% discorda ou discorda totalmente. No entanto, uma reduzida, mas ainda significativa, percentagem de adolescentes (6% na Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão e 12% na Escola

Secundária Mouzinho da Silveira) considera a pílula como um método de prevenção de I.S.T.'s.

Apesar da percentagem de adolescentes que desconhece as características dos métodos contraceptivos seja relativamente baixa, é significativa neste contexto, pois foi fornecida informação sobre esta temática nas sessões de educação para a saúde. Estes dados vão ao encontro do estudo de Saavedra *et al* (2010), segundo o qual os adolescentes, quando pensam na sexualidade e vida amorosa, atribuem pouco significado à prevenção, seja da gravidez ou I.S.T.'s. Parece existir uma dificuldade em equilibrar o momento da exploração do amor e/ou prazer com a atitude racional de pensar, simultaneamente, na prevenção. Saavedra, Magalhães, Soares, Ferreira & Leitão (2007), consideram que mais conhecimentos sobre H.I.V./S.I.D.A. e a sua prevenção pode levar a um aumento da intenção de usar preservativo.

A percentagem de adolescentes que se preocupa com a problemática do H.I.V./S.I.D.A. - 84% - parece estar relacionada diretamente com a percentagem de adolescentes - 86% - que reconhece o preservativo como meio de prevenção desta I.S.T..

Análise dos indicadores

Relativamente aos indicadores de actividade obtiveram-se os seguintes valores:

- Taxa de intervenção: 100%;
- Taxa de participação dos alunos nas intervenções: 100%;
- Taxa de importância atribuída pelos alunos à intervenção: 99,3%;
- Taxa de satisfação dos alunos com os temas apresentados: 90,4%;
- Taxa de adequação dos meios utilizados na intervenção: 99,6%;
- Taxa de satisfação dos alunos com a informação fornecida nas intervenções: 92,2%;
- Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas: 91,5%;
- Taxa de satisfação dos alunos em relação ao esclarecimento de dúvidas: 92,2%.

Podemos afirmar que as metas propostas foram atingidas satisfatoriamente, ficando todas as taxas acima do proposto, pelo que se pode considerar a avaliação das sessões, relativamente à actividade, positiva.

No que diz respeito aos indicadores de resultado de actividade obtiveram-se os seguintes valores:

- Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade: 92,9%;
- Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade: 97,9%;

- Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s: 85,8%;
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo: 82,9%.

Podemos afirmar que as metas propostas foram atingidas satisfatoriamente, ficando todas as taxas acima do proposto, pelo que se pode considerar a avaliação das sessões, relativamente ao resultado de atividade, positiva.

2.6.2. – Análise e interpretação dos resultados obtidos nas turmas onde o autor realizou a intervenção

Relativamente à apreciação e opinião dos adolescentes acerca da importância da formação, 100% dos adolescentes inquiridos (num total de 50 adolescentes) acharam importante a participação na formação. Estes dados são sobreponíveis em ambas as escolas. Apesar disso, a maioria (44 adolescentes) dos inquiridos nas três turmas onde o autor interveio não justifica a importância atribuída a essa participação. Dos 6 alunos que justificaram a sua resposta:

- 2 adolescentes referem que a formação foi importante como forma de prevenir uma gravidez não desejada e I.S.T.'s;
- 4 adolescentes reconhecem a importância das sessões como forma de obter mais e melhor informação sobre a temática.

Em relação à satisfação com os temas apresentados:

- 23 adolescentes ficaram satisfeitos e 20 ficaram muito satisfeitos;
- 6 adolescentes mostraram-se muito insatisfeitos, insatisfeitos ou indiferentes aos temas apresentados;
- Existiu uma não resposta.

Estes dados estão em consonância com os obtidos no total de alunos nas duas escolas, pois também a sua maioria ficou satisfeita ou muito satisfeita com os temas abordados.

Relativamente à adequação dos meios utilizados:

- 49 adolescentes consideram que os meios utilizados foram adequados à formação;
- Um adolescente opina o contrário.

Quer nas turmas onde se interveio diretamente, quer na globalidade dos adolescentes, consideram -se os meios utilizados adequados.

Quando questionados relativamente à satisfação com a informação fornecida:

- 22 adolescentes ficaram muito satisfeitos;
- 21 adolescentes dizem-se satisfeitos;
- 5 adolescentes consideram-se muito insatisfeitos ou indiferentes.

Novamente, os dados obtidos estão em concordância.

Quanto ao domínio dos formadores em relação aos temas abordados:

- 36 adolescentes consideram que os formadores têm muito bom domínio das temáticas apresentadas e 11 adolescentes consideram-no bom;
- Apenas 3 adolescentes consideram que os formadores dominaram os temas satisfatoriamente.

Relativamente aos conhecimentos dos formadores acerca dos temas abordados, a maioria consideram que estes são bons ou muito bons, quer nas turmas abordadas, quer na totalidade dos alunos.

Relativamente à satisfação perante o esclarecimento de dúvidas:

- 26 adolescentes assumem que ficaram muito satisfeitos e 19 satisfeitos em relação ao esclarecimento de dúvidas;
- Apenas 4 adolescentes se mostraram insatisfeitos, muito insatisfeitos ou indiferentes, relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre os temas.

A totalidade dos alunos em ambas as também ficou satisfeita com o esclarecimento de dúvidas.

Questionando os adolescentes sobre a sua opinião acerca desta etapa da vida, obtiveram-se os seguintes resultados:

- A maioria dos adolescentes admite que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, sendo que 27 concordam totalmente e 19 concordam com esta afirmação;
- Apenas 4 adolescentes não têm opinião formada sobre a questão.

Os resultados obtidos são sobreponíveis aos obtidos na análise dos dados globais.

Quando questionados em relação à identificação de pelo menos dois afetos que podem estar envolvidos na sexualidade, 46 dos adolescentes identificam:

- O amor (24); o carinho (16); os beijos (9); os abraços (5); a amizade (4) e o toque (4) com maior frequência;
- A masturbação (3); a ternura (2); o prazer (2); o sexo (2); o desejo (2); a confiança (2); a emoção (2); a culpa (2); a intimidade (1); o afeto (1); a fantasia (1); os afetos verbais (1); andar de mão dadas (1); a sedução (1); excitação (1) e a atração (1) com menor frequência.

Algumas respostas denotam uma visão menos otimista em relação à sexualidade - dois adolescentes identificam a culpa como afeto envolvido na sexualidade.

Tanto a globalidade dos alunos, como os das turmas onde o autor interveio, identifica afetos positivos semelhantes. Relativamente aos afetos negativos, verifica-se que, nas turmas onde o autor interveio, estes são menos frequentemente referidos.

Ao questionar os adolescentes se o preservativo só evita a gravidez, obtiveram-se as seguintes respostas:

- 45 adolescentes discordam ou discordam totalmente com o fato de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento da gravidez;
- 1 adolescente concorda com a afirmação e 4 não têm opinião.

Tanto a maioria dos adolescentes onde o autor interveio, como a maioria dos adolescentes nas duas escolas, reconhece o preservativo como meio de prevenção da gravidez e I.S.T.'s.

Relativamente à efetividade da pilula na prevenção de I.S.T.'s, obtiveram-se os seguintes resultados:

- A maioria dos adolescentes (43) discorda ou discorda totalmente que o uso da pilula previne as I.S.T.'s;
- 3 adolescentes não manifestaram a sua opinião;
- 4 adolescentes referem a pílula como um meio de prevenir I.S.T.'s.

Também aqui, os resultados são sobreponíveis na globalidade e nas turmas onde o autor realizou a intervenção.

Análise dos Indicadores

Considerando o número total de alunos, os alunos inquiridos nas turmas onde o autor realizou as sessões e de acordo com os indicadores de atividade já definidos, obtiveram-se os seguintes dados:

- Taxa de intervenção: 100%;
- Taxa de participação de alunos nas intervenções: 94%;
- Taxa de importância atribuída pelos alunos à intervenção: 100%;
- Taxa de satisfação dos alunos com os temas apresentados: 86%;
- Taxa de adequação dos meios utilizados na intervenção: 98%;
- Taxa de satisfação dos alunos com a informação fornecida nas intervenções: 86%;
- Taxa de domínio dos palestrantes sobre os temas: 94%;
- Taxa de satisfação dos alunos em relação ao esclarecimento de dúvidas: 90%.

Podemos afirmar que as metas propostas foram atingidas satisfatoriamente, ficando todas as taxas acima do proposto, pelo que se pode considerar a avaliação das sessões, em termos de atividade, positiva.

Em relação aos indicadores de resultado de atividade, obtiveram-se os seguintes valores:

- Taxa de reconhecimento da adolescência como etapa de vida marcada pela liberdade e responsabilidade: 92%;
- Taxa de identificação de afetos envolvidos na sexualidade: 92%;
- Taxa de identificação de afetos positivos envolvidos na sexualidade: 97,9%;
- Taxa de reconhecimento dos alunos relativamente ao preservativo como método de prevenção de I.S.T.'s: 90%;
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente à pilula como método exclusivamente contraceutivo: 86%.

Aqui também podemos afirmar que as metas propostas foram atingidas satisfatoriamente, ficando todas as taxas acima do proposto, pelo que podemos considerar a avaliação das sessões, em termos de resultado de atividade, positiva.

3 - REFLEXÃO CRÍTICA

A sexualidade humana é uma área complexa onde se relacionam aspectos de ordem biológica, psicológica, social e cultural que influenciam, de forma muito marcada, as atitudes e os comportamentos. Apesar de, nos últimos anos, terem existido alterações nos padrões culturais, refletindo-se numa mudança relativa de mentalidades, verifica-se que a temática da sexualidade ainda se encontra envolvida por mitos e tabus.

Na adolescência, a sexualidade revela-se uma componente particularmente marcante, pois é nesta etapa do ciclo vital que as alterações fisiológicas e psicológicas mais importantes, a nível sexual, ocorrem. Além destas alterações, o adolescente está inserido num meio onde se encontra exposto a diversas fontes de informação, que directa ou indirectamente influenciam as suas atitudes e, conseqüentemente, as suas vivências em relação à sexualidade.

A educação sexual, embora prevista no contexto escolar há vários anos, ainda se encontra pouco divulgada e é encarada com algum septicismo quer por parte dos encarregados de educação, quer por parte dos professores. Para além deste fato, deve-se ainda promover a colaboração das escolas com as estruturas de saúde de modo a educação sexual poder usufruir do conhecimento de ambas as áreas. Com o contributo das competências específicas das diferentes áreas do saber pode-se intervir na educação sexual de forma mais abrangente, informada e eficaz.

Uma das principais ferramentas de acção para a promoção da saúde é a educação para a saúde. Para o Enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária esta assume-se como o cerne do seu papel enquanto agente de promoção da saúde.

Através da aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde, é possível constatar a importância de uma acção organizada e metódica, para que uma intervenção para a promoção da saúde seja o mais eficiente e eficaz possível. Todas as etapas desta metodologia revelam a sua contribuição específica e distinta para o sucesso, na globalidade, do processo de Planeamento em Saúde.

O Diagnóstico de Situação (apêndice I) é o primeiro passo para este processo e mostra-se essencial pois permite identificar as reais necessidades de saúde de uma população, de modo a possibilitar uma intervenção adequada.

Ir ao encontro dos indivíduos, grupo ou comunidade e saber quais são as suas necessidades é fulcral pois, muitas vezes, estes têm necessidades que não manifestam ou solucionam de forma autónoma, por falta de motivação ou conhecimento.

Neste estágio, o facto de nos deslocarmos ao meio escolar, sendo este um meio conhecido e confortável para os adolescentes, revelou-se bastante proveitoso pois estes sentiram-se menos inibidos em relação aos temas e às dúvidas que tinham sobre ele. O facto de o profissional de saúde se deslocar à escola e se preocupar com os problemas e necessidades desta população contribuiu também para uma relação de maior confiança e proximidade, tão importante quando abordados assuntos sensíveis como a sexualidade. Considerando o carácter privado do tema, o questionário, que permitiu realizar o diagnóstico da situação, foi de carácter anónimo.

Nesta etapa, a principal limitação sentida centrou-se na não autorização dos encarregados de educação para que os educandos participassem no questionário e a pouca receptividade de alguns professores em relação a este tipo de intervenção. Verifica-se que, apesar da informação existente actualmente e da crescente desmistificação da sexualidade, muitos indivíduos ainda olham para este tema com muitas reservas e seticismo.

No futuro, com vista a desmistificar a temática da sexualidade, seria importante envolver os encarregados de educação nas intervenções, alargando as sessões de educação a estes e mesmo planeando sessões de educação para encarregados de educação. Também seria proveitoso envolver os professores no mesmo sentido, desmitificando o tema e fornecendo ferramentas e conhecimentos para que estes possam ter um papel ativo na educação sexual na escola.

Após a etapa do diagnóstico de situação e após o tratamento dos dados obtidos, foram identificados problemas e definidas prioridades. Para tal foi realizado um projeto de intervenção individual (apêndice I). Este projeto visava a programação das sessões de educação para a saúde de acordo com os problemas identificados e as prioridades definidas. Apesar desta programação, o campo de ação das sessões de educação para a saúde foi ampliado, pois além dos problemas e necessidades identificados através do diagnóstico de situação, foram propostos temas pela direção das escolas onde as sessões se iriam realizar. Estes temas foram considerados muito pertinentes pois os professores têm um contato mais próximo com os adolescentes e conhecem outras necessidades dentro da temática da sexualidade que poderiam não ser reveladas no diagnóstico de situação.

Depois do ajustamento do projeto individual aos temas propostos pelas escolas foram realizadas reuniões para agendar definitivamente as sessões.

No desenvolvimento das sessões de educação para a saúde foi baseada na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, que se considerou adequada à intervenção, pois parte do princípio que as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo. Ao

informar os adolescentes acerca dos riscos e possíveis consequências, associados a determinados comportamentos relacionados com a sexualidade, podemos influenciar a atitude inerente a esse comportamento, impedindo que este se repita.

Esta teoria inclui a interação entre fatores internos e externos ao indivíduo e que influenciam o seu comportamento, que foram considerados ao planejar as sessões de educação para saúde, tendo em conta as características específicas desta fase do ciclo vital, nomeadamente o sentimento de invulnerabilidade, as suas motivações e os seus interesses.

Foram também abordados as crenças e os mitos, pois exercem ainda uma influência importante no comportamento dos adolescentes.

Esta teoria contempla também a aprendizagem por observação, sendo importante focar a atenção dos adolescentes para que estes retenham a informação e sejam capazes de a reproduzir num comportamento esperado. Assim, optou-se por uma metodologia interativa e dinâmica na apresentação das sessões, recorrendo a imagens, filmes e esquemas.

Com a utilização desta teoria pretende-se também o ensino de novos comportamentos e o desenvolvimento de emoções. Tentou-se abordar a sexualidade de uma forma menos habitual de modo a que os adolescentes desenvolvam novas formas de pensar. Dando ênfase aos afetos envolvidos na sexualidade, procurou-se que os adolescentes sejam capazes de os englobar na vivência da sexualidade, não reduzindo a sua visão de sexualidade à interação física.

A realização das sessões de educação para a saúde revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora. Além da aplicação prática de conhecimentos teóricos, foi possível também desenvolver competências a nível da gestão de recursos, domínio das tecnologias audiovisuais e informáticas, bem como técnicas de oratória, tão importantes para o profissional de Enfermagem neste tipo de intervenção.

Os adolescentes mostraram-se receptivos e interessados na temática, fazendo comentários pertinentes e colocando questões, criando um ambiente dinâmico durante as sessões. Numa das intervenções, o professor também participou ativamente na sessão, o que se mostrou de grande importância, pois este tinha um tipo de relação mais próxima com os adolescentes. Neste caso revelou-se a extrema importância da colaboração entre profissionais das diferentes áreas, havendo uma potenciação da importância dos conteúdos apresentados na sessão, além de revelar o interesse do professor pela temática.

Relativamente a limitações nesta fase, podemos verificar que a quantidade de informação condensada em uma só sessão, não permitiu o desenvolvimento de determinados temas. Seria positivo dividir os conteúdos por várias sessões e poder desenvolver melhor cada um dos temas, considerando a sua complexidade e as dúvidas que suscitam.

A principal dificuldade durante a apresentação das sessões de educação para a saúde prendeu-se com a inexperiência e algum nervosismo perante o grupo de adolescentes que assistiam à sessão. Por um lado havia a exigência de exibir a informação da forma mais apropriada e cativar a atenção dos adolescentes, por outro lado os adolescentes são, por si só, uma plateia exigente e com características específicas que têm de ser tidas em conta quando se realizam este tipo de intervenções. No decorrer da apresentação das sessões, estas inseguranças foram diminuindo.

No final das sessões de educação para a saúde foi distribuído um folheto sobre sexualidade, mitos e contraceção (apêndice I) e um questionário de avaliação final (apêndice II) a ser preenchido pelos adolescentes que participaram na sessão.

Depois do tratamento e análise dos dados obtidos neste questionário de avaliação (apêndice III) verificou-se que a maioria dos adolescentes atribuem grande importância a formações relacionadas com sexualidade e adolescência e que ficou satisfeito com os temas apresentados. Consideraram também que os meios utilizados nas sessões foram adequados e que o domínio dos temas por parte dos formadores era bom. Os adolescentes consideraram-se satisfeitos com as informações fornecidas e com o esclarecimento das suas dúvidas. Afirmaram igualmente que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade e foram capazes de identificar afetos envolvidos na sexualidade. A maioria dos adolescentes reconheceu que o preservativo não evita somente a gravidez e que a pilula não previne as I.S.T.'s.

Estes resultados são sobreponíveis quer na análise dos resultados na globalidade dos adolescentes alvo das intervenções em ambas as escolas, quer na análise dos resultados dos adolescentes das turmas sujeitas às intervenções desenvolvidas pelo autor.

Podemos considerar que o *feedback* dos adolescentes em relação às sessões foi positivo e que algumas informações transmitidas durante essas sessões foram adquiridas ou já eram do seu conhecimento, demonstrando que os objectivos definidos para a intervenção foram alcançados.

No entanto, verifica-se que um número relevante de adolescentes considera o preservativo apenas um método contraceptivo e a pílula um método de prevenção de I.S.T.'s.

Houve, também, pouca adesão a perguntas abertas por parte dos adolescentes, o que pode mostrar falta de vontade ou conhecimentos necessários para responder a perguntas deste tipo.

Importa referir que os resultados obtidos no questionário final estão sujeitos a variáveis externas como os conhecimentos já adquiridos sobre sexualidade. Como não existem dados que permitam avaliar os conhecimentos já adquiridos, sugere-se, futuramente, o estudo dos conhecimentos já adquiridos e final, de forma a ser possível estabelecer uma comparação e determinar, com mais exatidão, a efectividade das intervenções desenvolvidas.

Seria igualmente importante avaliar o impacto das sessões a longo prazo, bem como a ampliação do estudo a outras escolas do distrito de Portalegre, de forma a conhecer os problemas e necessidades específicos desta comunidade, podendo intervir adequadamente.

Pode-se sugerir também a utilização dos dados obtidos por parte das escolas e unidades de saúde locais de modo a se desenvolverem parcerias e projetos no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar e do Plano Nacional de Saúde.

Toda a pesquisa desenvolvida na elaboração do quadro teórico revelou-se tanto um desafio como uma agradável surpresa. O conhecimento limitado nas áreas do saber envolvidas conduziu a dificuldades na seleção pertinente de temas. No entanto toda a pesquisa efectuada mostrou a sua pertinência, dando o seu contributo e ampliando horizontes.

Salienta-se a bibliografia consultada relativamente à metodologia do Planeamento em Saúde, que permitiu a aquisição de mais e melhores conhecimentos sobre esta área muito pouco conhecida pelo autor e de extrema importância nas competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÃO

Este relatório descreveu as atividades realizadas ao longo do segundo e terceiro semestres do II Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária.

O presente relatório representa um esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, o finalizar de uma etapa formativa e a consequente obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Além de finalizar uma etapa formativa, este relatório pretendeu também analisar e refletir sobre a aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde.

Considerando os resultados obtidos, e após a sua análise, podemos considerar que os objectivos propostos para o estágio foram alcançados pois quer as metas definidas para os indicadores de atividade, quer para os indicadores de resultado de atividade ficaram acima do pretendido.

Durante todo o processo de aplicação do Planeamento em Saúde foram identificadas dificuldades que foram ultrapassadas com maior ou menor rapidez. Foram também identificadas limitações que afetaram algumas das etapas do processo bem como o seu resultado final.

Apesar das dificuldades e limitações, a aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde mostrou-se de uma enorme relevância no contexto da especialização em Enfermagem Comunitária pois é uma das principais ferramentas de trabalho do Enfermeiro especialista nesta área.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve desenvolver a sua intervenção centrada na comunidade e direcionada para os problemas que esta coloca. Deve também desenvolver intervenções com vista a capacitar a comunidade, proporcionando ganhos em saúde.

Através da aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde, o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, avalia o estado de saúde de uma comunidade, conduzindo intervenções adaptadas aos problemas sentidos e às necessidades específicas diagnosticadas por essa mesma comunidade.

Este estágio contribuiu para o desenvolvimento destas competências, confirmando a grande importância do papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no planeamento de cuidados promotores de estilos de vida saudáveis.

A proximidade com a comunidade e a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde como ferramenta de trabalho revelaram-se experiências enriquecedoras para o autor, quer para a sua formação profissional, quer para o seu desenvolvimento pessoal.

Futuramente, o autor espera desenvolver continuamente as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, procurando aplicar todos os conhecimentos, aptidões e ferramentas proporcionados por este curso, de modo a dar um contributo para a promoção da saúde das comunidades onde exerce a sua influência.

Espera-se, também, que este trabalho seja o início para outros estudos, quer contemplando as sugestões apresentadas, quer trabalhando outras facetas desta temática de carácter tão complexo e pertinente.

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar. *Revista Nursing*, nº 259, 10-16.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lassiter, P. (1999). Abordagens de Grupo em Saúde Comunitária. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – pp. 471-484). Lisboa: Lusociência.

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

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

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

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

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

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

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

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

Martins, M. (2007). *Educación Sexual en los Adolescentes de un Distrito del Norte Alentejano: Análisis y Valoración de Fuentes. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres.

Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4).

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

Molina T. & Unikel-Santoncini C. (2010, Março) Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. *In Revista Chilena de Nutrición*, (37), 60-69. Acedido em

30 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000100006#img01.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICES

Apêndice I – C.D. Multimédia

Apêndice II – 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 pelos 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

Apêndice III – Tratamento Estatístico dos Dados do Questionário de Avaliação

TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO FINAL: TURMAS DA ESCOLA E.B. 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO

Total de Alunos: 88 Alunos.

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

Questão 1	Frequência	Percentagem
Sim	88	100%
Não	0	0%

Justifica.

Justificação	Frequência
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	5
Obter mais e melhor informação	10
Esclarecimento sobre e I.S.T.'s	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

Questão2: Estás satisfeito com os temas apresentados?

Questão 2	Frequência	Percentagem
Muito Inatisfeito	8	9,1%
Insatisfeito	0	0%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	3	3,4%
Satisfeito	28	31,8%
Muito Satisfeito	49	55,7%
Não Responde	0	0%

Questão3: Os meios utilizados foram adequados?

Questão 3	Frequência	Percentagem
Sim	88	100%
Não	0	0%

Questão 4: Relativamente às informações fornecidas, encontras-te:

Questão 4	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	3	3,4%
Insatisfeito	0	0%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	39	44,3%
Muito Satisfeito	44	50%
Não Responde	2	2,3%

Questão5: Quanto ao domínio dos temas pelos formadores, consideras que estes foram:

Questão 5	Frequência	Percentagem
Maus	0	0%
Insuficientes	0	0%
Suficientes	2	2,3%
Bons	21	23,9%
Muito Bons	65	73,8%

Questão6: Consideras que as tuas dúvidas de forma adequada?

Questão 6	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	1	1,1%
Insatisfeito	1	1,1%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	3	3,4%
Satisfeito	32	26,4%
Muito Satisfeito	51	58,0%
Não Responde	0	0%

Questão7: A adolescência é uma etapa de vida marcada pela reponsabilidade e liberdade.

Questão 7	Frequência	Porcentagem
Discordo Totalmente	0	0%
Discordo	0	0%
Não Tenho Opinião	2	2,3%
Concordo	30	34,1%
Concordo Totalmente	56	63,6%
Não Responde	0	0%

Questão 8: Identifica, pelo menos, dois afetos envolvidos na sexualidade.

Afeto	Frequência
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	11
Insultos	1
Ofensas	1

Questão 9: O preservativo só evita a gravidez.

Questão 9	Frequência	Percentagem
Discordo Totalmente	64	72,7%
Discordo	11	12,5%
Não Tenho Opinião	3	3,4%
Concordo	9	10,3%
Concordo Totalmente	1	1,1%
Não Responde	0	0%

Questão 10: O uso da pílula previne I.S.T.'s.

Questão 9	Frequência	Percentagem
Discordo Totalmente	62	70,5%
Discordo	12	13,6%
Não Tenho Opinião	9	10,2%
Concordo	4	4,6%
Concordo Totalmente	1	1,1%
Não Responde	0	0%

TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO FINAL: TURMAS ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

Total de Alunos: 193 Alunos.

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

Questão 1	Frequência	Percentagem
Sim	0	0%
Não	191	99,0%
Não Responde	2	1,0%

Justifica.

Justificação	Frequência
Maior qualidade e quantidade de informação	31
Mais alerta e desperto para os perigos	7
Evitar erros futuros	3
Esclarecimento sobre as I.S.T.'s	3
Sentimento de segurança	2
Evitar gravidez indesejada	2
Favorecer comportamentos saudáveis	2
Início de vida sexual mais seguro	2
Uma forma de crescer	1
Melhor preparação para a vida	1

Questão2: Estás satisfeito com os temas apresentados?

Questão 2	Frequência	Percentagem
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%
Não Responde	0	0%

Questão3: Os meios utilizados foram adequados?

Questão 3	Frequência	Percentagem
Sim	192	99,5%
Não	1	0,5%

Questão 4: Relativamente às informações fornecidas, encontras-te:

Questão 4	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	5	2,6%
Inatisfeito	1	0,5%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	10	5,2%
Satisfeito	98	50,8%
Muito Satisfeito	78	40,4%
Não Responde	1	0,5%

Questão5: Quanto ao domínio dos temas pelos formadores, consideras que este foram:

Questão 5	Frequência	Percentagem
Maus	1	0,5%
Insuficientes	16	8,3%
Suficientes	71	36,8%
Bons	103	53,4%
Muito Bons	2	1,0%

Questão6: Consideras que as tuas dúvidas de forma adequada?

Questão 6	Frequência	Percentagem
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%

Questão7: A adolescência é uma etapa de vida marcada pela reponsabilidade e liberdade.

Questão 7	Frequência	Percentagem
Discordo Totalmente	1	0,5%
Discordo	3	1,6%
Não Tenho Opinião	13	6,7%
Concordo	66	34,2%
Concordo Totlmente	109	56,5%
Não Responde	1	0,5%

Questão 8: Identifica, pelo menos, dois afetos envolvidos na sexualidade.

Afeto	Frequência
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
Confiança	18
Respeito	11
Reponsabilidade	7
Companhia	6
Compreensão	2
Prazer	12
Emoção	4
Desejo	3
Atração	2
Violência	4
Tristeza	2
Ansiedade	1

Questão 9: O preservativo só evita a gravidez.

Questão 9	Frequência	Porcentagem
Discordo Totalmente	124	64,2%
Dicordo	42	21,8%
Não Tenho Opinião	7	3,6%
Concordo	10	5,2%
Concordo Totalmente	10	5,2%
Não Responde	0	0%

Questão 10: O uso da pílula previne I.S.T.'s.

Questão 9	Frequência	Porcentagem
Discordo Totalmente	127	65,8%
Dicordo	32	16,6%
Não Tenho Opinião	10	5,2%
Concordo	13	6,7%
Concordo Totalmente	11	5,7%
Não Responde	0	0%

TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO FINAL: TURMAS ONDE O AUTOR ENTREVIEU

Escolas: Escola E.B. 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Turmas: 9º D, 9º B e C.E.F.

Total de Alunos: 50 Alunos.

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

Questão 1	Frequência	Percentagem
Sim	50	100%
Não	0	0%

Justifica.

Justificação	Frequência
Prevenção da Gravidez e I.S.T.'s	2
Obter mais e melhor informação	4

Questão2: Estás satisfeito com os temas apresentados?

Questão 2	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	2	11,10%
Insatisfeitos	0	0%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	7	38,90%
Muito Satisfeito	9	50%
Não Responde	0	0%

Questão3: Os meios utilizados foram adequados?

Questão 3	Frequência	Percentagem
Sim	18	100%
Não	0	0%

Questão 4: Relativamente às informações fornecidas, encontras-te:

Questão 4	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	2	11,10%
Insatisfeito	0	0%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	6	33,30%
Muito Satisfeito	9	50%
Não Responde	1	5,60%

Questão5: Quanto ao domínio dos temas pelos formadores, consideras que este foram:

Questão 5	Frequência	Percentagem
Maus	0	0%
Insuficientes	0	0%
Suficientes	0	0%
Bons	1	5,60%
Muito Bons	17	94,40%

Questão6: Consideras que as tuas dúvidas de forma adequada?

Questão 6	Frequência	Percentagem
Muito Insatisfeito	1	5,60%
Insatisfeito	0	0%
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	2	11,10%
Muito Satisfeito	15	83,30%
Não Responde	0	0%

Questão7: A adolescência é uma etapa de vida marcada pela reponsabilidade e liberdade.

Questão 7	Frequência	Percentagem
Discordo Totalmente	0	0%
Discordo	0	0%
Não Tenho Opinião	0	0%
Concordo	6	33,30%
Concordo Totalmente	12	66,70%
Não Responde	0	0%

Questão 8: Identifica, pelo menos, dois afetos envolvidos na sexualidade.

Afeto	Frequência
Amor	24
Carinho	16
Amizade	4
Beijos	9
Abrços	5
Ternura	2
Intimidade	1
Prazer	2
Fantasia	1
Masturbação	3
Afetos verbais	1
Sexo	2
Desejo	2
Confiança	2
Toque	4
Andar de Mãos Dadas	1
Sedução	1
Excitação	1
Atração	1
Emoção	2
Culpa	2

Questão 9: O preservativo só evita a gravidez.

Questão 9	Frequência	Porcentagem
Discordo Totalmente	15	83,30%
Discordo	2	11,10%
Não Tenho Opinião	1	5,60%
Concordo	0	0%
Concordo Totalmente	0	0%
Não Responde	0	0%

Questão 10: O uso da pílula previne I.S.T.'s.

Questão 9	Frequência	Porcentagem
Discordo Totalmente	16	88,90%
Discordo	1	5,60%
Não Tenho Opinião	1	5,60%
Concordo	0	0%
Concordo Totalmente	0	0%
Não Responde	0	0%