



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem

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

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Co-Orientador: Professor Doutor António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Maria Gabriela Mota Velez Serra

Fevereiro

2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Maria Gabriela Mota Velez Serra

Fevereiro
2015

*Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota no oceano,
mas sem ele o oceano seria menor.*

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

Este trabalho é fruto do empenho, esforço e dedicação e não teria sido possível sem a colaboração desinteressada e altruísta de outras pessoas, as quais não poderei forçosamente citar na sua totalidade. Nomear todos seria difícil e correria o risco de trair a importância que cada um teve nesta caminhada percorrida. Não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

À Professora Doutora Maria Filomena Martins, orientadora deste relatório, por toda a paciência, disponibilidade, apoio e incentivo durante todo este processo, pela pertinência das suas observações e por toda a dedicação.

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

Ao corpo docente do Curso pelo engrandecer dos nossos conhecimentos na área da Enfermagem Comunitária.

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

À Professora Júlia, Vice-Diretora da E.S.S.L., pela sua gentileza e amabilidade na receção e disponibilidade para a realização deste projeto, e ainda por ter proporcionado as condições que permitiram a sua realização.

Aos alunos e professores da E.S.S.L. que participaram neste projeto, pela sua disponibilidade e pela forma acolhedora como nos receberam.

A todos os colegas da 3.^a edição do curso de mestrado em Enfermagem da E.S.S.P., pelos momentos partilhados e aprendizagens.

À minha irmã, pela sua amizade, carinho e compreensão...

Ao Nuno, meu companheiro de todas as horas, por todos os momentos que lhe roubei, em que me fiz ausente...por compreender os meus desalentos, por partilhar as minhas conquistas...pela sua inesgotável paciência e pelo seu apoio incondicional...

Por último, o maior e mais profundo dos meus agradecimentos é dedicado aos meus PAIS, a quem devo tudo o que sou e de quem aprendi o significado da palavra perseverança, obrigado por serem quem são! Para vocês não há longe nem distância! Obrigado por sempre acreditarem em mim, pelo vosso amor, força e estímulo nesta etapa da minha vida!

Resumo

O Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, visa a aquisição e desenvolvimento de competências para o exercício autónomo, auto refletido e com poder de avaliação crítica sobre os cuidados prestados e a sua qualidade no que diz respeito aos vários níveis de prevenção do cliente comunidade.

O presente relatório, realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio, pretende descrever, analisar e refletir sobre o percurso da construção de competências específicas para a intervenção especializada em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ele propõe-se sintetizar as etapas de crescimento pessoal e profissional que permitem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, um maior desenvolvimento profissional e a melhoria da satisfação dos grupos e comunidades onde decorreram as intervenções. Nele se demonstram as competências desenvolvidas e que convergem nos objetivos académicos definidos por este Mestrado, bem como no perfil de competências preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para o desempenho autónomo de cuidados especializados de Enfermagem a grupos e comunidades.

O módulo de estágio consistiu no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Comunitária, baseado na metodologia do Planeamento em Saúde, com o objetivo geral de ***Promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes da E.S.S.L. no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável.***

Na intervenção em enfermagem avançada na comunidade e dando resposta aos problemas/necessidades identificados, foram realizadas sessões de Educação para a Saúde como estratégia de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença, com a finalidade de se atingir o grau de excelência na qualidade de vida e obter ganhos em saúde.

A Educação para a Saúde numa ação essencialmente voltada para a Promoção da Saúde desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e consequentemente na obtenção de ganhos em saúde. A possibilidade de ocorrerem transformações sobre as condições de vida e de saúde nas comunidades depende do acesso a determinadas formas de conhecimento, e a Educação para a Saúde tem um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Após a intervenção, e ainda que não seja possível avaliar o impacto deste projeto, podemos constatar que as metas estabelecidas foram todas superadas e até ultrapassadas,

assim como os objetivos que tinham sido delineados. Observa-se um grau de satisfação em geral com as sessões de Educação para a Saúde desenvolvidas de 98,1%.

Esperamos que com a nossa intervenção, as competências pessoais e sociais adquiridas possam ser desenvolvidas e utilizadas para melhorar a vivência da Sexualidade na Adolescência. No entanto, temos consciência de que a intervenção na área da promoção e prevenção, deve ser um trabalho contínuo e dinâmico para se conseguir ganhos em saúde, com resultados a médio/longo prazo.

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

Abstract

The Master in Nursing with specialization in Community Nursing, aims at the acquisition and development of skills for autonomous practice, self reflected power and critical evaluation of the care provided and its quality with regard to the various levels of customer prevention community.

This report, carried out under the course stage, aims to describe, analyze and reflect on the course of construction of specific skills for specialized intervention in Community Nursing and Public Health. It is proposed to synthesize the steps of personal and professional growth that enable improved quality of care, increased professional development and improving the satisfaction of groups and communities where it took the intervention. It is shown by the developed skills and converging in academic objectives defined by this Master, as well as the skills profile recommended by the Order of Nurses for autonomous performance of specialized care nursing groups and communities.

The internship module was the development of a Community Intervention Project, based on the planning methodology in Health, with the overall goal of promoting capacity building and empowerment of adolescents in ESSL as part of a healthy and responsible sexuality.

In advanced nursing intervention in the community and responding to problems / needs identified, meetings were held Health Education and Promotion Strategy and health protection and disease prevention, in order to reach the level of excellence in quality life and get health gains.

The Health Education in an essentially focused action for health promotion plays a key role in empowering individuals to acquire healthy habits and consequently in obtaining health gains. The possibility of experiencing changes on the conditions of life and health in communities depends on access to certain forms of knowledge, and the Health Education plays a significant role due to the improvement of living conditions and health of populations.

After the intervention, and even if it is not possible to assess the impact of this project, we note that the targets were all overcome and to overcome, as well as the goals that had been outlined. There has been a degree of satisfaction in general with the sessions of Health Education developed in 98.1%.

We hope that with our intervention, personal and social skills acquired can be developed and used to improve the experience of Sexuality in Adolescence. However, we are aware that

the intervention in the area of promotion and prevention should be a continuous and dynamic work to achieve health gains, with results in the medium / long term.

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

Abreviaturas e Símbolos

% - Percentagem

APF – Associação para o Planeamento da Família

CE – Contraceção de Emergência

CEF – Curso Educação e Formação

CEP – Conferência Episcopal Portuguesa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CO – Contraceptivo Oral

COC – Contraceptivo Oral Combinado

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EpS – Educação para a Saúde

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ESSL – Escola Secundária de São Lourenço

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EUA – Estados Unidos da América

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEC – Ministério da Educação e da Ciência

MS - Ministério da Saúde

N – Frequência Absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

PES – Projeto Educação para a Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Planos Nacional de Saúde Escolar

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VHC – Vírus da Hepatite C

WHO – World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO	16
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	22
1– A ADOLESCÊNCIA	23
1.1 - IDENTIDADE PESSOAL	24
2 - A SEXUALIDADE	28
2.1 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	30
2.2 – DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL	32
2.3 - CARACTERÍSTICAS DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES	35
2.4 – CONSEQUÊNCIAS DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES	38
2.5 – MITOS E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE	40
2.6 – ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE	42
2.7 – VIOLÊNCIA NO NAMORO	45
2.8 – IDENTIDADE E ORIENTAÇÃO SEXUAL	47
2.9 – PLANEAMENTO FAMILIAR	49
2.10 – CONTRACEÇÃO	52
2.11 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	53
2.12 – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	54
3 – FONTES DE INFORMAÇÃO	57
3.1 – RELIGIÃO	58
3.2 – MEIOS DE COMUNICAÇÃO	59
3.3 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	60
3.4 – GRUPO DE PARES	61
3.5 – FAMÍLIA	62
3.6 – ESCOLA	64
4 – PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	67
4.1 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR	71
4.2 – EDUCAÇÃO SEXUAL	75

4.2.1 – Educação Sexual em Meio Escolar	79
4.3 - A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NAS APRENDIZAGENS SOBRE SEXUALIDADE	81
4.3.1 – Educação Sexual na Escola e o Imperativo de Articulação com as Famílias ...	83
4.4 – A TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA	85
4.4.1 – A Teoria Sócio-Cognitiva e a Educação para a Saúde na Adolescência	90
5 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	94
5.1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	96
5.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	97
5.3 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	99
5.3.1 – O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a Educação Sexual	103
PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	106
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	107
2 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE	110
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	112
2.1.1 – Resultados do Diagnóstico de Situação	117
2.1.2 – Problemas Identificados	119
2.1.3 – Necessidades Determinadas	122
2.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	123
2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	125
2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	137
2.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	140
2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO	141
2.7 – AVALIAÇÃO	150
2.7.1 – Resultados dos Questionários	159
3 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	167
CONCLUSÃO	176
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio de Grupo

Apêndice II – Projeto de Estágio Individual

Apêndice III – Cronograma das Atividades

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

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

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

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

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

Apêndice IX - Apresentação em PowerPoint dos Resultados do Diagnóstico de Situação

ANEXOS

Anexo I – Regulamento n.º128/2011

Anexo II – Questionário utilizado na Colheita de Dados

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

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

Índice de Figuras

	f
Figura 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde.....	112

Índice de Tabelas

	f
Tabela n.º1 – Composição da Amostra do Diagnóstico de Situação	116
Tabela n.º2 – Objetivos Específicos, Atividades, Recursos, Indicadores de Atividade (ou Execução) e Metas.....	129
Tabela n.º3 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Articulação e envolvimento da Direção da E.S.S.L.</i>	142
Tabela n.º4 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Diferenciação das áreas temáticas a abordar nos diferentes anos de escolaridade</i>	143
Tabela n.º5 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Motivação e envolvimento dos diretores de turma, das turmas envolvidas no projeto (8.º A,B e C e 11.º A, C, E, F, H e I)</i>	144
Tabela n.º6 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Sessões de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I)</i>	145
Tabela n.º7 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Avaliação da satisfação dos adolescentes do 8.ºano e do 11.ºano com as sessões de educação para a saúde</i>	148
Tabela n.º8 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Apresentação os resultados do diagnóstico de situação à Direção e pessoal docente da E.S.S.L.</i>	149
Tabela n.º9 – Indicadores de Atividade (ou execução) na avaliação do projeto	154
Tabela n.º10 – Indicadores de avaliação das atividades desenvolvidas	156
Tabela n.º11 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade e o género	160
Tabela n.º12 – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e o género...	160
Tabela n.º13 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género	161

Índice de Gráficos

f

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Como te sentiste durante a sessão</i>	162
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Simpatia e disponibilidade dos formadores</i>	162
Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Competência e profissionalismo dos formadores</i>	163
Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Utilidade dos temas abordados</i>	163
Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Forma como os temas foram abordados</i>	164
Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Esclarecimento de dúvidas</i>	164
Gráfico 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>A sessão correspondeu às tuas expetativas iniciais?</i>	164
Gráfico 8 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item <i>Grau de satisfação em geral</i>	165

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública 2012/2015, pretendendo ser o relato final de natureza reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º27/2002, de 8 de Novembro) tem como princípio geral a proteção da saúde, sendo este um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, relativamente à política de Saúde, está descrito que o objetivo fundamental é obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económicas onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços. Ainda de acordo com a mesma lei são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes, os trabalhadores com profissões de risco.

Na Declaração de Munique (2000) é referido que

“os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim, estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam” (OE, 2000).

Para que tal aconteça é fundamental a aposta numa formação pós-graduada de enfermeiros em áreas de especialização, especificamente na especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, cujo objetivo é desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

A realização da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública permite ao Enfermeiro o desenvolvimento de competências que possibilitam a participação

“(…) na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de Saúde Pública e no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção com vista à capacitação e «empowerment» das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva (...). Deste modo intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados,

continuados e ajustados, nomeadamente a grupos especiais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais”(OE, 2010).

A nível internacional, é feito um apelo à ação dos enfermeiros no sentido de liderarem a luta contra a doença crónica, agirem como exemplos saudáveis a seguir para as famílias, seus elementos e comunidades e a envolverem-se com os diferentes parceiros na necessária mudança social, económica e política (International Council of Nursing [ICN], 2010).

No Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente no artigo 80.º, é referido que o enfermeiro deve assumir o dever de:

- “a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2009).

A Enfermagem Comunitária é a área que por excelência faz intervenção comunitária, como tal torna-se pertinente o conhecimento sobre o desenho de projetos de intervenção na comunidade. Para planear em saúde é necessário conhecermos o terreno, população, família, grupo. O planeamento em saúde é de extrema importância, uma vez que, é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher.

A intervenção comunitária enquanto metodologia orientadora junto da comunidade abre um enorme leque de possíveis intervenções de enfermagem, sendo atribuídas ao enfermeiro especialista competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades. Esta perspetiva mais avançada baseia-se nos pressupostos de um conhecimento mais científico, de uma análise mais crítica e reflexiva relativa à nossa prática, isto é, a prática baseada na evidência.

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como

“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011).

Assim, a Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

“tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2011).

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a identificação das necessidades dos indivíduos/grupos que constituem uma determinada área geográfica e assegurar a continuidade de cuidados, criando as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com os outros parceiros comunitários. É neste contexto que se evidenciam as atividades de Educação para a Saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade (OE, 2010).

Meleis refere que, são objeto de estudo de enfermagem as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por exemplo, por eventos significativos da vida que exijam adaptação. A mesma autora assume que as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Por outro lado, as transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o conceito de si num contexto social. A Enfermagem surge como um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar (Martins, 2012).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo ele por excelência o especialista em diagnóstico de saúde de um grupo/comunidade e conseqüente intervenção, surge como facilitador das transições e adaptação a novos papeis e processos de saúde/doença, contribuindo para a saúde e bem-estar do indivíduo/família/grupo/comunidade.

Tendo por base o carácter profissionalizante da especialidade referida, as unidades de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica possibilitam um entendimento científico desta área de especialização e possibilitam o adquirir de competências inerente à prática de Enfermagem Comunitária.

Na escolha do campo de estágio e conseqüente área de intervenção (Educação para a Saúde em meio escolar), pesaram fatores de ordem pessoal e fatores institucionais. Os fatores de ordem institucional prendem-se com a pertinência de elaborar projetos que também sejam do interesse das instituições envolvidas. Assim, após reunião com a Coordenadora do Mestrado, constatou-se que seria pertinente a elaboração de um Diagnóstico de Situação e conseqüente intervenção na Escola Secundária de São Lourenço, uma vez que esta instituição já havia solicitado a colaboração da E.S.S.P. no âmbito da Sexualidade na Adolescência.

Em relação aos fatores de ordem pessoal, devo referir que a Educação para a Saúde em meio escolar é uma área que me apraz, e concordo com o lema de que a escola ocupa um

lugar central na ideia de saúde, de acordo com o estabelecido no documento da Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde, facilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Desta forma, a escola é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde. Ao desenvolver a educação para a Saúde na escola estamos a atingir indivíduos em fase de formação cívica, mental e social, que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos, sendo portanto mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

A escola enquanto parceiro da saúde tem o desafio de não se limitar a transmitir conhecimentos de matérias curriculares, mas também educar para valores, promover a saúde, a formação e a participação dos alunos, num processo de aquisição de competências que consolidem as aprendizagens ao longo do ciclo de vida e promovendo autonomia.

O presente relatório pretende espelhar e retratar a consciencialização e a importância crescente na criação de uma maior proximidade com as comunidades/famílias/grupos às quais os enfermeiros prestam cuidados e das quais se esperam alterações de comportamento que visem não só uma melhoria do estado de saúde das populações/comunidades, como também sentimentos de bem-estar por parte das comunidades/famílias/grupos sujeitos às nossas intervenções e cuidados de saúde.

Neste contexto, os objetivos propostos para este relatório são:

- Avaliar a execução do projeto de estágio, assim como as estratégias e intervenções selecionadas;
- Descrever de forma clara e concisa as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas rumo ao exercício autónomo de cuidados de enfermagem especializados na área da Enfermagem Comunitária;
- Refletir criticamente sobre as experiências vividas ao longo do estágio;
- Dar cumprimento a um imperativo da avaliação do estágio e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos: a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização dos apontamentos feitos durante o estágio com vista à consulta e reflexão sistemática; reuniões tutoriais com a Professora Orientadora e contactos via internet

com o Professor Co-Orientador, visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio e da redação do presente relatório; o recurso permanente à relação comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados; e a análise comprometida com a aquisição de competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

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

Posteriormente é feita uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, estabelecendo a ponte entre o projeto desenvolvido e as correspondentes mais-valias para o alcance da proficiência a que se relaciona o grau de Especialista em Enfermagem Comunitária.

Por fim apresenta-se a conclusão, que pretende explicar os principais ganhos deste Mestrado, tal como as dificuldades e barreiras ultrapassadas, procurando estabelecer uma análise crítico-reflexiva efetiva de todo o processo percorrido para a construção deste relatório.

Os diferentes apêndices foram colocados num cd que acompanha o trabalho.

O presente relatório pretende ser um documento definitivo, o produto final de um percurso percorrido e que descreve de forma clara e numa sequência lógica todas as suas etapas. Ele pretende ser um espelho do meu modo de ser, estar e de fazer, neste processo de aprendizagem, do significado e da essência do vivido, das dificuldades sentidas e estratégias usadas para superar as mesmas e obter os resultados desejados.

Espero que ao longo deste relatório se revele o profundo envolvimento nas atividades desenvolvidas, no sentido da contribuição relevante para o crescimento pessoal e profissional e, do modo como se ultrapassaram os constrangimentos e dificuldades.

De facto, fazer transparecer o dinamismo, prazer e amplitude das ações, num simples documento, revestiu-se de algumas dificuldades, porém, com empenho, interesse e disponibilidade tentei ultrapassá-lo e alcançar os objetivos preconizados.

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

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – A ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência vem do latim *adolescere* que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976; citado por Ferreira & Nelas, 2006), sendo que só a partir do fim do século XIX foi considerada como uma etapa distinta do desenvolvimento.

Rousseau (1712-1778) considerava a adolescência como um segundo nascimento, afirmando que “nascemos duas vezes: a primeira para a existência; a segunda para a vida. Num caso como seres humanos e noutra, como homens ou como mulheres” (Rousseau; citado por Costa, 2006).

Atualmente a adolescência é conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente. De acordo com a OMS, a adolescência compreende o período entre os 11 e os 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas resultantes da maturação fisiológica. No entanto, existem variações deste período etário impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano correspondente à segunda década da existência. Os limites exatos do período da adolescência são difíceis de determinar, mas considera-se geralmente que inicia com o aparecimento progressivo dos caracteres sexuais secundários, por volta dos 11 ou 12 anos de idade, terminando com a cessação do crescimento e das transformações corporais por volta dos 18 ou 20 anos (Hoffmann & Zampieri, 2009).

Do ponto de vista físico ou biológico, a adolescência abrange a fase das transformações anatómicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto. O termo puberdade é utilizado para designar todo o processo de maturação biológica, inserido no período da adolescência (Colli, 1985; citado por Hoffmann & Zampieri, 2009:59).

No aspeto psicológico, a adolescência representa um período de mudanças, entre a infância e a idade adulta, relacionadas à busca de identidade, à aceleração do desenvolvimento intelectual e à evolução da sexualidade (Colli, 1985; citado por Hoffmann & Zampieri, 2009:59). Assim, podemos afirmar que a adolescência é uma época de incerteza, sofrimento, dúvida e ambivalência (Jesus, 2000).

“Podemos referir-nos à adolescência como um período da vida no qual se produz um conjunto de alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia” (López, 1999:83).

Sendo a adolescência uma época da vida marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afetivas, intelectuais e sociais, podemos afirmar que, mais do que uma fase ela é um período de transição entre a infância e a idade adulta, em que se continua um processo dinâmico de evolução da vida, iniciado no nascimento.

Deste modo, podemos afirmar que a adolescência constitui um momento muito importante no desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos. Ocasão de grandes transformações físicas, sociais e psíquicas, na qual os indivíduos estabelecem novas relações com o meio familiar e social.

A adolescência é a etapa da vida em que a pessoa descobre a sua identidade e define a sua personalidade. Ela representa uma situação de crise, influenciada pelos diferentes contextos (culturais, religiosos, económicos e educacionais) nos quais os adolescentes estão inseridos pelos valores, pelas crenças e pelo estilo de vida. Nesse processo de crise, o indivíduo reformula os valores adquiridos na infância e assimila uma nova estrutura mais madura.

Provavelmente, a característica mais expressiva e evidente da adolescência é a multiplicidade de transformações biofisiológicas específicas da puberdade, que são avassaladoras e relativamente rápidas. Estas modificações são mediadas não só pela reação emocional do próprio adolescente, como pela resposta dos outros significativos e também do contexto social envolvente. A maneira como o adolescente encara e constrói toda a sua experiência maturacional é determinada pelas normas e padrões socioculturais e pelas expectativas sociais relativas à puberdade (Sprinthall & Collins, 2003).

Esta fase é, inevitavelmente, acompanhada por sentimentos que influenciam o modo como o adolescente se vê a si próprio e como responde aos outros e ao meio (Sprinthall & Collins, 2003). A satisfação que o adolescente sente com o seu corpo e com as respetivas transformações é fundamental para o seu sentimento de valorização pessoal e autoestima.

1.1 - IDENTIDADE PESSOAL

Apesar das imensas transformações que os adolescentes sofrem nos diversos domínios, os maiores desafios durante a adolescência são a construção e o desenvolvimento da identidade pessoal (Martins, 2009).

A identidade é algo uno com características dinâmicas e adaptáveis e que permanece para além do passar dos tempos. A construção da identidade é um processo complexo que acompanha todo o ciclo de vida do indivíduo. Neste processo, a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo (Papalia, 2000; citado por Martins, 2009:13).

A adolescência é uma fase de descoberta e de experimentação, onde o adolescente descobre que pode estabelecer relações diferenciadas com os outros, conhece novas realidades e experimenta novos papéis. O processo de formação e construção da identidade tem fases e ritmos próprios que acompanham a resolução dos problemas psicossociais inerentes à adolescência.

No domínio do desenvolvimento sócioafetivo, a adolescência é um período da vida marcado pelo desejo e pela luta pela autonomia. Durante a infância, a afetividade circunscreve-se essencialmente à família. Contudo, na adolescência, ela expande-se e orienta-se para amigos e amigas da mesma idade e outros adultos. Mais do que aprender coisas novas, o adolescente almeja por ser um ser social, procura descobrir alguém com quem se relacionar.

“De um ponto de vista afetivo, os adolescentes autonomizam-se em relação aos vínculos primordiais, sobretudo estabelecidos com os pais, e investem mais profundamente na construção do próprio Eu. Vivem um período contraditório: por um lado, procuram desesperadamente definir a sua própria identidade e, por outro, manifestam uma irreprimível necessidade de se sentirem aceites e integrados no grupo dos seus pares” (Dias, 2003:52).

Nesta etapa do desenvolvimento surgem efetivamente súbitas transformações físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas, na tentativa de obtenção de autonomia e identidade. A diversidade de contextos sociais e interpessoais constitui um conjunto de desafios e de fatores de risco para o adolescente que podem ter consequências na sua saúde e na sua adaptação social e emocional.

A construção da personalidade através de vivências e escolhas feitas ao longo do percurso da adolescência podem expor algumas fragilidades do indivíduo, condicionando à posteriori algumas estratégias como futuros cidadãos adultos. Nesta etapa não surge apenas o interesse pela descoberta do sexo oposto, mas é essencialmente nesta fase que se experimentam novas substâncias, como o tabaco, drogas ou o álcool, e se exploram alguns excessos, sem ponderação sobre as futuras consequências (Precioso, 2001; citado por Martins, 2009).

A adolescência é pois um período repleto de novidades, fisicamente e psicologicamente muito intenso, de busca e de investimento em novas oportunidades e escolhas. Deste modo,

assume-se como um período crítico e, por excelência, para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes de responsabilidade perante a saúde.

Sendo a Promoção da Saúde um processo que permite às pessoas aumentar a percepção de controlo sobre os determinantes da sua saúde, com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida, assume-se prioritário intervir na população adolescente em termos educativos, sociais e psicológicos para a promoção da saúde, sob pena de afetar a sua vida futura. Contudo, e dada a heterogeneidade desta população, é importante ter presente as especificidades das potencialidades, dos estilos e hábitos de vida, do contexto cultural e social, entre outros.

“Atualmente, as taxas de mortalidade e de morbilidade apresentadas pelos adolescentes são o resultado dos estilos e formas de estar na vida, sendo que os fatores de risco para uma vida saudável relacionam-se com o uso e abuso de substâncias danosas, tais como as drogas, o álcool e o tabaco; a violência e a delinquência; comportamentos do foro da psicopatologia, seja a depressão ou distúrbios do comportamento alimentar; a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis” (Martins, 2009:15).

Sabemos que os comportamentos de saúde e estilos de vida na idade adulta são, em larga escala, o produto do desenvolvimento durante a adolescência; sendo por isso fundamental ter presente as influencias exercidas pelos principais contextos onde decorre o desenvolvimento dos adolescentes, nomeadamente a família e o grupo de pares.

“A evolução psicológica do adolescente processa-se paralelamente em quatro campos: no emocional, no sexual, no intelectual e no social. Todos estão intimamente ligados. De um modo geral, pode dizer-se que os passos fundamentais neste desenvolvimento são:

- 1 – A interiorização das alterações físicas;
- 2 – O estabelecimento de um novo tipo de relações, primeiro isossexuais e, depois, heterossexuais;
- 3 – O aparecimento de um comportamento social responsável;
- 4 – A evolução para uma personalidade em equilíbrio com os valores éticos da cultura vigente;
- 5 – A capacidade para planear e orientar as suas atividades futuras” (Almeida, 1987; citado por Costa, 2006:16).

Em síntese, podemos afirmar que a adolescência e o modo como esta é vivida estão diretamente relacionados com a sociedade onde o adolescente está inserido. Por outro lado, também o modo com esta é entendida é específico em função da época, do ambiente social, cultural e económico a que se reporta.

Na revisão da literatura efetuada foram vários os textos analisados que tentavam explicar a adolescência. Alguns fundamentavam-se em teorias psicanalíticas, e outros destacavam as interações que o adolescente estabelece aos vários níveis, dando uma perspetiva relacional e

de desenvolvimento a esta etapa da vida humana. A junção de todas estas perspetivas contribui para a compreensão deste espaço cronológico por onde passam todos os indivíduos ao longo do seu percurso de vida.

A compreensão da adolescência será fundamental na capacidade de intervenção junto dos adolescentes, sobretudo junto daqueles que se distanciam do padrão de saúde e de qualidade de vida desejado.

2 – A SEXUALIDADE

Falar de sexualidade é falar de uma realidade complexa que “não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, de uma única ciência ou de algumas palavras” (López & Fuertes, 1999).

A sexualidade é uma parte integrante da vida de todo o ser humano, que se inicia à nascença e se mantém até ao fim da vida. São vários os fatores intervenientes durante este percurso, o que vai determinar a personalidade de cada indivíduo.

“A sexualidade faz parte integrante da vida e da identidade pessoal e influencia vincadamente a personalidade. A sexualidade humana inicia-se à nascença e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são culturalmente impostos, sendo definidos pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, pelos grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação social e, claro, pelos estabelecimentos de ensino” (Comunidades Europeias, 1995; citado por Costa, 2006).

Zapian (2002) designa este processo por sexuação:

“A sexuação é o processo pelo qual nos convertemos em seres sexuados. Na verdade, não somos nem mulheres nem homens, vamo-nos construindo enquanto tal. Esta construção é um processo complexo que vai do biologicamente mais simples ao psico-socialmente mais complexo. Na verdade, o que somos devemos-lo à herança filogenética que recebemos sob a forma de programação e predisposições adaptativas, por exemplo, a predisposição para a busca de prazer, ou a tendência para a procura de segurança no contacto com o outro, são vividas como necessidades básicas. Como é óbvio, devemos-lo também ao adquirido na inserção num determinado meio social, em que a socialização através da família, portadora de todo o peso da cultura, é determinante” (Zapian, 2002:33-34).

Devemos, assim, entender a sexualidade como um processo de construção individual com incertezas e hesitações, constituído por experiências e aprendizagens de vida positivas e negativas, que criam laços fortes, levando a uma transformação e permitindo aceder a uma sexualidade global (López & Fuertes, 1999).

É muito difícil definir sexualidade, uma vez que ela é influenciada pelo cruzamento de varias dimensões - a cultura e os modelos culturais, o tempo e o lugar onde vivemos, a educação que recebemos, a saúde física e psíquica, os processos da interação individuo/ambiente – assim como, pelos efeitos positivos de uma estimulação e apoio emocional adequados, tanto no ambiente familiar como na escola (Sprinthall & Collins, 1999).

Contudo, não podemos esquecer que a sexualidade é simultaneamente uma característica do ser humano, “...um elemento essencial na formação da identidade global, do autoconceito e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos” (M.E. *et al.*, 2000:23). A sexualidade é ainda uma parte essencial do relacionamento interpessoal, principalmente no domínio amoroso, “que vai evoluindo no contexto do nosso desenvolvimento global e expressa-se de formas diferentes nas várias etapas do ciclo de vida, atravessando períodos de evolução mais lenta e períodos de evolução brusca e acelerada, nomeadamente durante a adolescência” (M.E. *et al.*, 2000:23).

A OMS define a sexualidade como:

“Uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interação e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental” (OMS citado por Costa, 2006:14).

Mais recentemente, no âmbito do Convénio Internacional da Organização Mundial da Saúde, foi proposta a redefinição deste conceito, passando a definir-se a Sexualidade como:

“Um aspeto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A Sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (OMS, citado por Serrão, 2009).

Em suma, a sexualidade não só tem um caráter multidimensional, como está presente em todo o ciclo de vida do indivíduo.

A sexualidade possui uma vertente emocional e assume-se como elemento essencial na formação da identidade global, do autoconceito, da autoestima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Assume-se ainda como componente fundamental do relacionamento com os outros, principalmente no domínio amoroso. (López & Fuertes, 1999). Ao nível da identificação a sexualidade assume um papel importante na medida em que nos faz sentir biopsicossocialmente homens ou mulheres: na reprodução, porque é através das relações sexuais que, exceto em casos especiais, um homem e uma mulher podem ter um filho; na relação amorosa, porque a sexualidade é uma forma de manifestação física do nosso amor e reforça a relação amorosa; no desejo e prazer, porque a sexualidade é responsável por desejos extremamente intensos e por um prazer muito grande que habitualmente acompanham os pensamentos e as atividades sexuais (Miguel, 1995).

Quando é vivida de uma forma consciente, informada e saudável, a sexualidade torna-se fonte privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional. Contudo, ela também pode ser geradora de sofrimento se a sua vivência se faz de forma imatura, ignorante e violenta. É por isso importante ter consciência de que “a sexualidade tem percalços, uns evitáveis e outros inevitáveis. Os inevitáveis resultam da própria complexidade dos afetos com ela relacionados, das expectativas e das frustrações, dos amores e dos desamores” (Frade *et al.*, 2009:14). Os percalços evitáveis são aqueles que resultam de comportamentos negligentes ou pouco informados e imaturos, como por exemplo as infeções sexualmente transmissíveis as gravidezes indesejadas.

Deste modo, podemos afirmar que para além de toda a perspetiva pessoal, social e política, a sexualidade também é constituída por uma vertente de aprendizagem, na medida em que cada homem e mulher constroem a sua própria sexualidade ao longo de toda a vida. Em suma, cada pessoa desenvolve de uma maneira única e individual, o processo de sexuação.

“Se se define o ser humano pela experiência, ou seja, pela sua maneira própria de representar o mundo...um ser humano sem sistema sexual é tão incompreensível quanto um ser humano sem pensamento. Há osmose entre sexualidade e existência. A sexualidade é todo o nosso ser” (Ponty, 1975; citado por López & Fuertes, 1999:7).

Podemos concluir que a sexualidade possui valores muito próprios: é autolibertadora, enriquecedora do outro, honesta, promotora de vida, alegre e socialmente responsável (Rocha, 2013).

2.1 - SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência o organismo sofre transformações fundamentais que afetam todos os aspetos da vida biológica, mental e social. Quando surge a puberdade o corpo modifica-se profundamente, o pensamento também se altera e o adolescente passa a analisar tudo o que o rodeia de um modo crítico. A vida social do adolescente evolui e este começa a estabelecer novos tipos de relações e atitudes com os seus pais, com os seus amigos e com a própria sociedade.

Podemos pois afirmar que a adolescência representa um período conturbado da vida do ser humano. O adolescente é tomado por um turbilhão de transformações que fazem com que não consiga compreender o que se está a passar consigo. Em simultâneo, os impulsos sexuais

até então desconhecidos chegam à sua percepção, crescem os desejos e as fantasias, sem que os adolescentes saibam, de todo, lidar com tais sentimentos.

“(…) Freud via a adolescência como um período turbulento e os adolescentes como imprevisíveis, inconstantes e atormentados. O período é turbulento porque as mudanças físicas da puberdade aumentam os seus desejos sexuais, e os adolescentes sentem necessidade de encontrar objetos apropriados para investir a sua sexualidade” (Sprinthall & Collins, 2003).

Na adolescência assiste-se a um crescimento biológico muito rápido em oposição ao lento crescimento psicológico. Observa-se um crescimento desarmonioso entre as variadas partes do corpo, originando-se uma divergência entre a realidade externa física, principalmente no que diz respeito às transformações ao nível dos caracteres sexuais, e a realidade interna psíquica.

O início da adolescência, marcado pelas bruscas mudanças pubertárias, constitui uma fase de constante adaptação uma vez que o corpo muda todos os dias. Sob o ponto de vista erótico, nesta fase o corpo assume uma dimensão narcísica, pois é olhado com frequência, é inspecionado; assume-se também como um modo de expressão simbólica dos conflitos e modos de relação (identidade sexual, de grupo), e é um marco para a construção da identidade (Sousa, 2000).

O desenvolvimento sexual dos adolescentes ocorre em duas fases distintas. Numa primeira fase os adolescentes encontram-se preferencialmente voltados para si próprios e para o seu corpo, sendo a sua sexualidade genital caracterizada pelo autoerotismo. Deste modo, as suas necessidades sexuais assumem uma dimensão mais espiritual do que físicas podem manter-se muito tempo assim, num plano platónico. Através da masturbação o adolescente pode satisfazer os seus sentimentos e desejos, levando a uma aprendizagem da sexualidade e do prazer que lhe pode estar associado e, funcionando também, como uma das condutas fundamentais para a organização da sua sexualidade futura (Miguel, 1987; citado por Sousa, 2000).

Na segunda fase, após o adolescente ter adquirido autonomia e estar melhor definida a sua orientação e identidade sexual, surge a necessidade de uma maior proximidade física, como consequência do avanço da libido para novos objetos, aproximando-se deste modo do desejo de partilha, de proximidade e de união vivido pelo adolescente nas situações de amor e de paixão.

“O desejo da união sexual não completa começa, assim, a desenhar-se nas suas cabeças, pelo que tocar e ser tocado, dar as mãos, abraçar, beijar e acariciar-se mutuamente, vão impor-se como necessidade inadiáveis, através de atividades sociais, desportivas, escolares, flirts e namoros” (Vaz, 2011).

Embora o adolescente possa já ter experienciado emoções provocadas por estímulos sexuais mais íntimos, através de carícias e de contatos; nesta fase, ele está desejoso de explorar, ainda que inconscientemente, novas emoções e sensações que a vida sexual lhe pode proporcionar. Por isso, é frequente acontecerem as primeiras experiências de relações sexuais com penetração nesta fase da adolescência.

Todos os seres humanos têm impulsos sexuais, e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento sexual é fortemente condicionado e controlado pelas leis, pela moral e pela opinião pública.

Contudo, as atitudes e comportamentos dos adolescentes também variam de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e emocional e com o modo como se relacionam com os pais e com o grupo de pares. Assim, podemos afirmar que a sexualidade assume um papel fundamental em todo o desenvolvimento do adolescente e a sua vivência é marcada pela forma como estas transformações acontecem, isto é, pela forma como esta é aceite pelos pais e restante família (Sprinthall & Collins, 2003).

2.2 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL

Utilizamos o termo desenvolvimento psicosexual para nos referirmos ao desenvolvimento sexual no seu sentido mais amplo: a construção da identidade e da personalidade estão intimamente ligadas à sexualidade, ao género e à aquisição de papéis associados à masculinidade e feminilidade.

“O desenvolvimento sexual é um processo contínuo e dinâmico, no qual a capacidade de exprimir os significados eróticos associados a um comportamento sexual é apreendida ao longo da adolescência e no início da vida adulta. Este desenvolvimento é influenciado, de forma decisiva, pelos afetos relacionais, dos quais se salientam o desejo (que se baseia num interesse meramente instrumental do «objeto de satisfação»), a atração (que significa o interesse explícito por um «objeto» com valência erótica), o enamoramento (que implica o interesse pela pessoa, enquanto tal), a amizade (que pressupõe interesse pelo ser mais profundo do outro) e o amor (que pressupõe uma doação e partilha íntima)” (Sprinthall & Collins, 1999; citado por Vaz, 2011).

Verificamos assim que existe sempre algum tipo de influência da **afetividade** na sexualidade, “o que faz com que muitas pessoas (...) não encontrem sentido na atividade sexual se esta não se inserir num determinado contexto afetivo e de comunicação” (López & Fuertes, 1999).

As relações com as figuras de ligação afetiva (normalmente os pais, os irmãos e o/a companheiro/a) satisfazem necessidades profundas de segurança emocional e intimidade que não podem ser encontradas fora deste tipo de relações.

López e Fuertes (1999) referem que o ser humano não tem apenas apetência sexual instintivamente pré-programada, mas tem, também, necessidades e capacidades afetivas que frequentemente se associam à atividade sexual.

Durante a infância a afetividade circunscreve-se essencialmente à família, contudo, na fase da adolescência, ela alarga-se e pode orientar-se mais intensamente para amigos e amigas da mesma idade e outros adultos. O adolescente anseia por ser um ser social e procura descobrir alguém com quem se relacionar.

“De um ponto de vista afetivo, os adolescentes autonomizam-se em relação aos vínculos primordiais, sobretudo estabelecidos com os pais, e investem mais profundamente na construção do próprio Eu. Vivem um período contraditório: por um lado, procuram desesperadamente definir a sua própria identidade e, por outro, manifestam uma irreprimível necessidade de se sentirem aceites e integrados no grupo dos seus pares” (Dias, 2002; citado por Costa, 2006).

Desta intensa necessidade de se relacionar com o outro desperta o instinto sexual e o adolescente começa a estabelecer a ligação entre a sexualidade e a afetividade.

É na fase da adolescência que os jovens de ambos os sexos começam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação afetiva especial. Quando este desejo é correspondido, leva à formação de um par, e a relação transforma-se no que tradicionalmente se chama *namoro*.

“O namoro constitui um aspeto muito importante no desenvolvimento afetivo dos adolescentes: pelo reforço da identificação feminina ou masculina; pela maior segurança que obtêm pelo facto de se sentirem amados; pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer em tornar mais feliz o outro. Em contrapartida, a rutura do namoro, especialmente se esta não é de comum acordo, pode trazer problemas aos adolescentes tais como: sofrimento pela perda afetiva; sentimentos de inferioridade pela parte do que se sente abandonado; sentimentos de culpa por parte do que abandona e dificuldade de estabelecimento de futuras relações de namoro, pelo medo da desilusão e do sofrimento” (Miguel, 1995).

Constatamos que a sexualidade é influenciada por inúmeros fatores que interagem entre si de forma complexa. Deste modo, não é fácil antever a reação de cada pessoa perante um mesmo estímulo sexual. Esta dificuldade prende-se à complexidade da conduta sexual humana, na qual a sexualidade mediatiza todo o nosso ser mas, também, é mediatizada pelo que somos (Roque, 2001).

O comportamento sexual é condicionado e controlado em grande medida pelo contexto sociocultural envolvente. Assim, diferentes idades e diferentes sociedades admitem diferentes formas de comportamento sexual.

Na sociedade ocidental, até há pouco tempo atrás, a sexualidade e os comportamentos que dela decorrem eram fortemente regulados pelas leis, pela moral e pela opinião pública. Hoje em dia, a sociedade tornou-se mais tolerante e assume a vivência da sexualidade dos adolescentes como dimensão fundamental no desenvolvimento global do ser humano.

No entanto, se uma parte dos adultos reconhece que a vivência sexual dos adolescentes é algo de inevitável e positivo para o seu desenvolvimento posterior, outra parte continua a considerar os comportamentos sexuais dos adolescentes, principalmente das raparigas, como um perigo, uma nova desordem amorosa que deve ser controlada.

Este contexto pode frequentemente gerar nos adolescentes alguma dificuldade em expressar abertamente as suas opiniões e vivências sobre a sexualidade porque os adultos, particularmente os pais, não admitem, normalmente, os seus direitos neste campo, impedindo-os de viverem a sua sexualidade de forma plena e positiva, fomentando um afastamento progressivo em relação à família e uma maior proximidade ao grupo de pares, com os quais vai estabelecer relações de afetividade e de identificação, principalmente com os indivíduos do mesmo sexo, como consequência da necessidade de falar e de partilhar as experiências sexuais com uma pessoa de confiança, permitindo-lhes, desta forma, uma melhor compreensão sobre o seu desenvolvimento psicosexual, fundamental para a construção da sua identidade sexual (Sampaio, 2000; Vaz, 2011).

Para que o adolescente possa atingir a sexualidade adulta e completa, é importante que, ao longo do percurso, ele seja acompanhado por pessoas que o ajudem a encontrar o rumo certo para a sua vida. Como nos diz Rodrigues (2002), citado por Fernandes (2006):

“A (in)formação é necessária e urgente a fim de que toda esta «nova» tolerância seja um caminho consciente de cada um de nós, que favoreça a reflexão sobre a forma como vivemos a sexualidade, respeitando diferentes formas de a viver e de integrar os afetos e os desejos sexuais, que estimule o desenvolvimento da nossa autoestima e a assertividade dos nossos comportamentos, de forma a que cada um tenha a capacidade de escolher e decidir os seus comportamentos de acordo com planos de vida e valores pessoais e não com pressões sociais ou circunstâncias pontuais”.

Em suma, reconhecer que a sexualidade constitui uma dimensão fundamental no desenvolvimento integral da personalidade implica um processo de educação sexual e de educação da afetividade que predisponha à capacidade de observar, de analisar e valorizar o outro, e ainda, que prepare o indivíduo para ser capaz de se autoanalisar, autovalorizar e

expressar adequadamente os seus sentimentos como ponto fulcral para uma sexualidade bem conseguida.

2.3 - CARACTERÍSTICAS DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

“Durante e a partir da adolescência a sexualidade manifesta-se através de desejos, sonhos e excitações sexuais, pela masturbação e finalmente através das relações sexuais” (Miguel, 1995).

As principais manifestações sexuais na adolescência são os sonhos sexuais, as fantasias sexuais, os jogos sexuais, a masturbação e as relações sexuais com penetração (Bastos, 2001; Vaz, 2011).

Sonhos sexuais

No início da adolescência, os adolescentes de ambos os sexos têm sonhos eróticos involuntários (Miguel, 1995). Os sonhos sexuais são involuntários, como todos os sonhos, variáveis de pessoa para pessoa, acompanhados de excitação sexual e muitas vezes de orgasmo. Embora ter sonhos sexuais e orgasmos seja provável e perfeitamente normal, algumas raparigas podem ficar preocupadas, com receio que isso signifique uma tendência excessiva para o sexo (Miguel, 1995).

Este tipo de excitação sexual acontece na rapariga de forma menos intensa e relaciona-se com a sua vida afetiva. Por sua vez, nos rapazes, surge mais intensamente e relaciona-se com estímulos de diversas ordens e a grande maioria das vezes sem qualquer relação afetiva (Miguel, 1995).

Fantasias sexuais

As fantasias dos adolescentes representam um papel importante na sexualidade, pela capacidade que têm de excitar, dar prazer e pela sua participação na masturbação e nas relações sexuais. Elas são o resultado de experiências culturais e pessoais, e podem conter material muito variado, geralmente fazem referência a algum objeto ou pessoa externa. As fantasias sexuais arrastam-se por vezes ao longo da vida.

Jogos sexuais

Os jogos sexuais são um conjunto de carícias que despertam a excitação sexual, permitindo a *exploração* do corpo do companheiro e o conhecimento das suas respostas sexuais. Em adultos e adolescentes que mantêm relações sexuais frequentes, estes jogos sexuais podem ser apenas uma atividade preliminar ao coito.

Esta é a atividade principal dos adolescentes, uma vez que tem como principais vantagens, excluir a penetração vaginal permitindo assim a conservação da virgindade (Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

Masturbação

A masturbação é um fenómeno psicofisiológico que acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento. Consiste em manusear ou acariciar os órgãos genitais com a finalidade e obter prazer sexual.

Sousa (2000) citando Wilde (1975) refere que “a masturbação é uma manifestação normal, um comportamento sexual como qualquer outro, que não acarreta nenhum estrago fisiológico”. Nos rapazes e nas raparigas a masturbação é uma expressão habitual e absolutamente normal; a sua frequência é variável de pessoa para pessoa, havendo também indivíduos que não a praticam. Contudo, é menos frequente nas raparigas do que nos rapazes, o que poderá estar relacionado com a diferença do desenvolvimento psicossocial nos dois sexos (Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

A masturbação na adolescência adquire um carácter diferente daquele que tem na infância. Nesta fase, a masturbação pode ser acompanhada de fantasias sexuais que geralmente fazem referência a um objeto ou pessoa externa. Deste modo, e de acordo com López & Fuertes (1998), a masturbação adquire um certo carácter relacional.

Durante a adolescência a masturbação não tem apenas a função de satisfazer o desejo ou aliviar a tensão sexual, mas também de ajudar a conhecer o próprio corpo, favorecer a autoestima e, em determinadas situações, ajudar a superar estados de tensão e de ansiedade. Ela deve ser encarada como uma etapa da evolução da sexualidade, fundamental para preparar a sexualidade adulta.

Na opinião de Frade *et al* (2003), este tipo de acontecimentos na vida do adolescente vai permitir-lhe consolidar os sentimentos, as atitudes e os valores pessoais face à sua sexualidade, “nomeadamente no conforto/desconforto em relação ao corpo e aos diversos sentimentos, às fantasias, aos comportamentos sexuais e às formas de comportamento e de relacionamento”.

Na adolescência a masturbação tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas erógenas encaminhando os jovens para o prazer genital.

Até há pouco tempo atrás a masturbação era considerada uma prática *anormal*, prejudicial à saúde. Hoje em dia, verifica-se uma atitude mais permissiva e liberal, embora ainda continue a ser um dos grandes tabus no domínio da sexualidade. No entanto ainda existem por vezes, por parte dos adolescentes, sentimentos de culpabilidade, vergonha e ansiedade.

Perante esta realidade, é fundamental que tanto os pais, como os educadores de um modo geral, não influenciem negativamente as mentes dos jovens em relação a este comportamento. Na opinião de Almeida (1987; citado por Sousa, 2000) “se os pais desejam que o seu filho seja sexualmente saudável, terão de compreender que não existe nada de pernicioso no prazer sexual”. Deste modo, a masturbação deve ser falada com naturalidade e afeto, sendo no entanto importante que a criança/adolescente tenha a perceção de que se trata de um comportamento que deve ser praticado em privado, que não deve fazer-se em público.

É fundamental que os profissionais de saúde adotem uma conduta de compreensão, ao invés de uma conduta de repressão. Esta atitude pedagógica e afetiva deve procurar que a curiosidade se instrua sem tabus pois todas as “atitudes que impeçam o desenvolvimento espontâneo das crianças podem revelar-se prejudiciais no futuro” (Carvalho, 2008).

Relações sexuais

A adolescência é uma fase da vida em que o ser humano passa por profundas transformações e vivencia novas experiências no que diz respeito à sexualidade. Nesta fase é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas, que muitas vezes terminam na primeira experiência sexual.

Vários estudos recentes apontam significativas alterações comportamentais dos adolescentes em relação à sexualidade. Deste modo, Vaz (2011) cita López & Oroz (1999), Alves (1999), Vasconcelos (1999) e Nodin (2001) apontando

“a descida significativa da idade de acesso à primeira relação sexual, a redução do tempo que passa entre as primeiras carícias sexuais e o coito, o aumento do número de parceiros com quem se tem intimidade sexual, o facto de o adolescente raramente recorrer à prostituição para iniciar a sua primeira relação sexual e o facto de se terem esbatido as diferenças, não só entre os rapazes e as raparigas, como, também, entre as classes sociais, níveis educativos e meios rurais e urbanos”.

Neste contexto, a situação de pais e educadores, entre os quais se situam os enfermeiros, é delicada. Os jovens são simultaneamente reconhecidos, responsabilizados e solicitados, particularmente no que diz respeito à sexualidade, como nunca havia acontecido; e, ao mesmo tempo, são confrontados com dificuldades e perigos absolutamente reais.

O enfermeiro tem um papel fundamental no ensino, acolhimento e intervenção perante os adolescentes, de modo a ajudá-los a vivenciarem a sua sexualidade de forma informada e agradável, assegurando que o adolescente seja atendido e orientado atempadamente.

2.4 - CONSEQUÊNCIAS DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

A adolescência corresponde a uma fase de transição entre a infância e a vida adulta onde têm lugar uma multiplicidade de transformações físicas, psicológicas e sociais, na qual predomina a percepção de que as necessidades imediatas têm prioridade sobre as consequências de longo prazo, sentimento de invulnerabilidade, realinhamento da dependência familiar com a procura da autonomia e de aceitação pelos pares. É na adolescência que se estabelecem os padrões básicos de comportamento que se manterão ao longo da vida e o momento na qual ocorre a iniciação sexual, quase sempre acompanhada pela falta de conhecimentos e meios que permitam escolhas seguras, em grande parte associada ao ambiente cultural e socioeconómico em que os adolescentes se inserem.

Os adolescentes são considerados o grupo mais saudável, a nível da população total. Contudo, esta menor suscetibilidade para condições negativas associadas à idade, é balanceada, por exemplo, por influências e consequências comportamentais. Com frequência os adolescentes adotam comportamentos de risco, como por exemplo: hábitos alcoólicos, consumo de drogas, comportamentos de risco que conduzem a doenças de cariz sexual.

Muitos destes problemas estão associados à forma como os adolescentes procedem, à maneira como interagem com o meio envolvente e às mudanças sociais radicais às quais são altamente vulneráveis (Martins, 2009).

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que decorre principalmente dum início prematuro da atividade sexual, muitas vezes não desejado, ou então, de uma falta de consideração dos riscos possíveis.

A atividade sexual na adolescência, embora possa ser muito gratificante, pode também trazer graves consequências à vida dos jovens. A gravidez não desejada e as doenças

sexualmente transmissíveis são as grandes preocupações que circundam a atividade sexual precoce e desprotegida.

A gravidez na adolescência é um fenómeno universal cuja verdadeira incidência é difícil de conhecer porque em termos estatísticos apenas são contabilizadas as taxas de natalidade que, como se sabe, só representam uma pequena parte do número de gravidezes.

“Portugal é o segundo país da Europa Ocidental a registar maior número de grávidas adolescentes, muito embora na última década se verifique um decréscimo. Todos os dias doze adolescentes dão à luz em Portugal” (Rodrigues, 2010).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são outro problema evitável, gerador de angústia nos jovens. A OMS refere que, para além da violência, do uso de drogas e de acidentes, a propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e outras infeções de transmissão sexual, são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos.

“É durante a adolescência que se verifica maior incidência de DST: atinge 25% dos jovens com menos de 25 anos; 65% dos casos de SIDA manifestam-se entre os 20 e os 39 anos e refletem situações de aquisição de infeção por VIH durante a adolescência (período assintomático da doença – 10/15 anos)” (Rodrigues, 2010).

A OMS alerta ainda para a existência de uma grande ignorância entre os jovens relativamente a estas doenças e à sua forma de propagação, o que por si só constitui um fator de risco. O desconhecimento de aspetos fundamentais da própria sexualidade, da contraceção e da procriação, bem como a existência de crenças inadequadas, continuam a ser características da maioria dos adolescentes.

É importante que os pais, os educadores, os profissionais de saúde, os políticos e os próprios jovens adolescentes, tomem consciência da importância da situação e se tomem medidas no sentido de proporcionar uma educação sexual para vivência de uma sexualidade saudável e feliz.

Deste modo, torna-se evidente que a assistência precoce e os cuidados antecipatórios em saúde dos adolescentes, nomeadamente no domínio da sexualidade, constituem, por si só, um elemento positivo para a saúde e para o bem-estar durante esta fase da vida.

“Fazer educação sexual, é estimular um novo masculino e um novo feminino, dar aos jovens de ambos os sexos a possibilidade de assumirem os seus próprios passos e, através do reforço da autoestima, da assertividade e da resiliência, poderem manusear os riscos do seu percurso com prejuízo mínimo para a saúde” (Prazeres, 1995; citado por Brás, 2008).

Incentivar e apoiar os jovens adolescentes a assumirem o controlo e a tomada de decisões sobre a sua própria vida é uma das tarefas que cabe, também, aos profissionais de enfermagem, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O enfermeiro deve desenvolver com o adolescente um processo dinâmico, através do qual o ajuda a lidar com as suas próprias dificuldades e a tentar ultrapassá-las. O aconselhamento é fundamental numa relação de ajuda com o adolescente, pois estimula-o a exprimir-se sobre si próprio.

“O processo de aconselhamento de adolescentes deve contemplar a dependência estreita entre condutas individuais e coletivas, fenómenos muito característicos da segunda década da vida. Potenciar os fatores protetores individuais é uma faceta crucial da prestação de cuidados antecipatórios e que deve estar presente em todas as intervenções com os jovens” (Brás, 2008: 201).

2.5 - MITOS E CRENÇAS SOBRE SEXUALIDADE

“A sexualidade humana é uma realidade complexa, íntima e pessoal, ao mesmo tempo que envolve, abrange, penetra e dinamiza a pessoa humana como um todo na sua unidade de ser” (Panizza, 1987; citado por Cardoso & Lazzarotto, s/ data).

A influencia da cultura sobre o individuo é tão marcante que a personalidade deste “(...) mergulha as suas raízes no ambiente cultural em escala consideravelmente maior que na estrutura cromossómica, atribuindo à educação uma força maior que a da própria natureza humana” (Cardoso & Lazzarotto, s/ data).

Deste modo, podemos afirmar que o processo cultural dominante na família e/ou sociedade onde o jovem se insere determina a vivencia da sua sexualidade.

Nos dias de hoje, a nossa sociedade é ainda muito marcada por mitos e crenças relacionados com a sexualidade, que foram subsistindo ao passar dos anos, apesar da panóplia de estudos até então desenvolvidos e que evidenciam que estes não passam de opiniões deturpadas e de conceitos falsos, que podem ter repercussões graves nas vivências e no desenvolvimento dos indivíduos.

“Os mitos e as crenças sexuais existentes são reflexos de uma herança de permanente vigia da sociedade em relação à sexualidade individual e coletiva, tanto no espaço privado (do lar, da casa, da família), como nos espaços públicos (do trabalho, da rua, da escola)” (Lourenço & Vasques, 2013).

A sexualidade é uma manifestação psicoafectiva individual e social que ultrapassa a sua base biológica e cuja expressão é normalizada pelos valores sociais e é, ainda, suscetível de às influências culturais. A cultura define-se como um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendido, partilhado e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e ações, de maneira padronizada (Cardoso & Lazzarotto, s/ data).

Suplicy (1994, citado por Cardoso & Lazzarotto, s/ data) afirma que a questão da sexualidade mudou tão rapidamente, nas últimas décadas que dificultou a construção de um sistema de valores. A realidade é que, para lidarmos com a sexualidade do outro precisamos encarar a nossa própria sexualidade, o que muitas vezes pode gerar angústias e conflitos existenciais.

A família é o primeiro agente da função socializadora. É nela que são fixadas as expectativas sociais de conduta e o exemplo parental exerce um efeito modelador significativo sobre o mundo sexual da criança. “Pais apáticos, dominadores, submissos, irônicos ou revoltados contra as normas sociais vão modelar a atitude global dos filhos, o que certamente refletirá na vida sexual deles” (Lourenço & Vasques, 2013).

Apesar de ser ponto assente que o sexo é algo natural, ainda precisamos aprender que as atitudes e os comportamentos em relação a ela adquirem-se por meio do conhecimento.

A falta de conhecimento sobre a sexualidade humana é uma realidade muito presente na nossa sociedade, sendo esta precaridade de informação independente do nível socioeconómico dos indivíduos. “Quanto mais rígida for a educação numa sociedade em relação à sexualidade, maiores serão os preconceitos, mitos, proibições e imposições de como os indivíduos devem comportar-se em relação ao sexo e como devem praticá-lo” (Lourenço & Vasques, 2013).

O desconhecimento em relação a diversos temas relacionados com a sexualidade humana contribui para manter mitos e crenças falsas, provenientes de gerações anteriores. Assume-se urgente a necessidade de fornecer informação adequada e desconstruir essas ideias infundadas.

Neste sentido, devemos fomentar uma educação sexual que proporcione novos conhecimentos, que estimule o questionamento e o crescimento por meio da procura da verdade.

“A busca do discernimento é fundamental para a tomada de decisões. Agir com serenidade, questionando-se criticamente a validade, os riscos e as consequências desta ou daquela decisão. Valer-se da autocritica, do respeito, do compromisso com a responsabilidade e da busca do consenso é rumar pra a decisão mais acertada. Compreende-se melhor o sexo quando se observa, escuta e troca-se experiências, ou seja, pelo diálogo existencial” (Cardoso & Lazzarotto, s/ data).

Uma educação sexual assente nestes princípios contribuirá para que os jovens atuem de um modo crítico e responsável, e vivenciem a sua sexualidade de forma saudável e gratificante.

Neste sentido, é importante que a educação sexual não seja apenas espaço para se debater conhecimentos anatómicos, fisiológicos e genitais e doenças sexualmente transmissíveis, e

sim um espaço em que se possam discutir questões acerca da sexualidade em geral, incluindo as crenças e mitos sexuais. Segundo Foucault (1984; citado por Cardoso & Lazzarotto, s/ data) “a educação sexual constitui uma experiência em que os adolescentes são levados a reconhecer-se como sujeitos de uma sexualidade que abre para campos de conhecimentos bastante diversos, e que se articula num sistema de regras e coerções”.

2.6 - ATITUDES DOS ADOLESCENTES FACE À SEXUALIDADE

As atitudes refletem o funcionamento do conjunto dos processos psicológicos individuais e das influências sociais; elas têm constituído, desde há muito tempo, um foco da pesquisa sociopsicológica (Monteiro & Santos, 2001). As atitudes manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões, de comportamentos. Monteiro e Santos (2001) definem a atitude como uma tendência, uma predisposição para responder a um objeto, pessoa, ou situação de forma positiva ou negativa.

As atitudes formam-se pela inter-relação de três fatores: pela informação que recebemos, o grupo com o qual nos queremos identificar e as nossas próprias necessidades pessoais (Esteban *et al*, 1996; citado por Sousa, 2000). Essas atitudes não se mantêm constantes ao longo da vida, do mesmo modo como se formam, quando os fatores que as originam se alteram, elas também se modificam. É o que acontece nos adolescentes durante o seu processo maturativo, uma vez que o desenvolvimento da personalidade é o resultado de um processo em que intervêm fatores inatos e adquiridos, de natureza social e cultural. Por meio da socialização adquirimos atitudes de acordo com o meio envolvente, grande parte dos padrões de comportamento são aprendidos socialmente.

Desde que nascemos e durante toda a vida, somos submetidos, consciente ou inconscientemente, à adoção de atitudes, comportamentos e estilos de vida que resultam de um processo de socialização, que se inicia no meio familiar e se estende depois ao meio social em geral.

Quando se fala de atitudes pessoais em relação à sexualidade costumam distinguir-se, segundo López & Fuertes (1999), dois tipos: atitudes conservadoras e atitudes liberais. Tal distinção tem principalmente um valor pedagógico e refere-se sobretudo aos extremos de um contínuo no qual se costuma situar a maioria das pessoas, uma vez que, em alguns casos, a mesma pessoa pode ter os dois tipos de atitude consoante o assunto ou situação em causa.

Na atitude conservadora, a sexualidade apenas tem sentido quando acontece dentro do casamento e está associada à reprodução, pelo que não são aceites socialmente assuntos controversos como o divórcio, as relações sexuais pré-conjugais, a homossexualidade e a bissexualidade, a masturbação, o aborto, o uso de contraceptivos. Admite-se a existência a educação sexual, sempre que esta seja orientada para o amor, entendida como uma educação para o casamento e persistindo em temas referentes à reprodução, ao cuidado dos filhos, etc. (López & Fuertes, 1999; Vaz, 2011).

Na atitude liberal, a sexualidade é percebida como uma dimensão humana com variadas possibilidades, de prazer, procriação, comunicação, ternura, em que o individuo pode viver da forma que considerar mais proveitosa. Esta atitude é caracterizada por uma visão da sexualidade não limitada à reprodução, mas sim envolvendo também a procura do prazer, evitando a reprodução. Os indivíduos que partilham desta atitude mostram-se partidários de uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais e defendem a necessidade de uma educação sexual que ajude as crianças, os jovens e os adultos a vencerem a ignorância tornando-se mais livres (Vilar, 1999; Vaz, 2011).

“Relativamente à atitude do adolescente face à sua sexualidade, podemos concluir que as relações interpessoais interferem mais na componente afetiva do adolescente, enquanto as fontes de informação – educação/formação sobre sexualidade transmitidas pela escola, sociedade e família – interferem mais na componente cognitiva (opiniões ou crenças). A relação familiar, pelo contrário, interfere nas três componentes” (Vaz, 2011).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma acelerada mudança das atitudes sexuais dos adolescentes, que se traduz numa permissividade crescente em relação a questões relacionadas com a sexualidade como por exemplo a tolerância das relações sexuais antes do casamento e a homossexualidade.

Os diferentes tipos de educação que ainda hoje se dão às raparigas e aos rapazes, originam, naturalmente, diferenças na atitude e comportamentos sexuais dos mesmos.

Ainda existem muitos pais que promovem nas raparigas o “mito” da passividade feminina e da culpabilização do desejo e do prazer sexuais da mulher. Deste modo no comportamento afetivo e sexual das raparigas, é frequente estas apresentarem uma atividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências diretas em relação às atividades sexuais. “Muitas vezes as raparigas têm relações sexuais porque os namorados querem e elas têm medo que estes as abandonem, ou porque têm receio de ser consideradas antiquadas” (Sousa, 2000).

Por sua vez, aos rapazes são-lhe inculcados certos padrões comportamentais, por influência da sociedade e da própria família, como por exemplo: devem ser eles a iniciar a relação amorosa, o desejo sexual e a atividade sexual é uma necessidade fundamental no homem. Assim, os rapazes são levados a um comportamento afetivo e sexual onde a atividade sexual é influenciada pela procura de segurança e desejo de afirmação.

Destacamos uma expressão de Miguel (1995) “(...) quase poderíamos dizer que as raparigas querem o amor se possível sem sexo (...) e que os rapazes querem sempre sexo sem amor”.

Nos dias de hoje, verificam-se cada vez menos estas diferenças nas atitudes sexuais das raparigas e dos rapazes. São vários os estudos desenvolvidos nesta área que nos permitem afirmar que as raparigas demonstram uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e que os rapazes começam a dar mais importância à afetividade que envolve a relação sexual. Neste âmbito é essencial fomentar o autoconhecimento, a autoaceitação, a autoestima e a autoconfiança, promotoras de relações equilibradas no plano pessoal e interpessoal, pelo que uma resposta adequada a estas situações passa, pelo menos, por oferecer aos adolescentes uma boa educação sexual, uma atitude aberta e compreensiva no seio da família e o acesso facilitado aos serviços de planeamento familiar onde possam ser atendidos sem receios e sem algum tipo de controlo sobre o uso comercial e publicitário da sexualidade (López & Fuertes, 1999).

“Os pais não podem esquecer (...) a necessidade de confiança e de conquista de autonomia subjacente ao emergir de uma vida sexual ativa nem devem encarar com angústia esse momento, (...) trata-se de um marco organizador do desenvolvimento dos seus filhos” (Sampaio, 2006).

“A única forma de esbater esta diferença de atitude e de comportamento entre rapazes e raparigas é promovendo relações humanas de qualidade, no respeito por si mesmo e pelo outro, na autenticidade e congruência entre o que se diz e o que se faz, na compreensão empática de saber escutar o outro como gostamos de ser escutados, aceites e compreendidos. A necessidade de conseguir um equilíbrio entre a s necessidade próprias e as dos outros deve estar subjacente a todas as relações interpessoais” (Vaz, 2011).

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que as atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação à sexualidade variam de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e emocional e são fortemente influenciados pelas relações interpessoais e também pelas relações que estabelece com ao pais e com o grupo de pares.

2.7 - VIOLÊNCIA NO NAMORO

Sendo a violência considerada como uma violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos, ela é reconhecida internacionalmente como uma questão social e de saúde pública.

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) a OMS define a violência como o

“uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Esta definição realça a intencionalidade do ato violento e o uso do poder, que podem ter consequências na vida humana difíceis de identificar e com custos inestimáveis.

Nem sempre as consequências da violência são visíveis, torna-se fundamental reconhecer a vastíssima parte invisível da violência que não origina mortes ou lesões graves, mas que gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos.

De acordo com Caridade & Machado (2006) a violência entre pessoas ligadas por laços de intimidade não é um fenómeno recente. Contudo, em Portugal, só a partir da década de 90 se começou a verificar uma maior consciencialização sobre a gravidade e a dimensão do problema da violência na intimidade.

Inicialmente, a investigação desta temática centrou-se quase exclusivamente na violência marital, tendo-se estendido mais recentemente a outros grupos específicos, como é o caso da violência nos setores juvenis. O foco de atenção colocado em aspetos das relações íntimas em adolescentes tem revelado dinâmicas de violência entre os parceiros.

A adolescência é encarada como um período de grande vulnerabilidade para a ocorrência de violência na intimidade, pois é caracterizada por alterações significativas do desenvolvimento e por uma grande instabilidade emocional. O adolescente vivencia múltiplas experiências de relacionamento, onde as identidades sexuais e de género emergem e se clarificam (Jackson, 1999; citado por Caridade & Machado, 2006). Contudo, esta também é uma fase marcada por dinâmicas sociais adversas, como é o caso da violência.

A violência no namoro na adolescência é um problema relevante, não apenas devido à inquietante prevalência e às suas consequências na saúde física e mental, mas também porque coincide com uma fase da vida onde se iniciam os relacionamentos românticos e se apreendem os padrões inter-relacionais, podendo passar para a fase adulta (Werkerle & Wolfe, 1999; citados por Ferreira, 2011).

Existem atualmente estudos que divulgam que a violência no namoro se caracteriza por um *continuum* de abuso, que vai desde o abuso verbal e emocional, até à violação ou homicídio. Assim, constatamos que os adolescentes envolvidos em relações amorosas vivenciam variadas formas de abuso, nomeadamente físico, psicológico, verbal e sexual (Caridade & Machado, 2006). Contudo, segundo a maioria dos estudos, as agressões ocorridas neste contexto são, quase sempre, atos “menos graves” de violência (ex.: bofetadas, insultos). Simultaneamente, a literatura refere que a violência tem tendência para aumentar em frequência e gravidade quando a relação se prolonga no tempo, constituindo um fator preditor da violência conjugal (Caridade & Machado, 2006). Geralmente, os casamentos abusivos são precedidos de relações de namoro violentas e caracterizadas por estratégias de controlo e restrição da autonomia da mulher (Matos, 2006).

Os processos através dos quais se iniciam e/ou mantêm os comportamentos violentos nas relações amorosas dos adolescentes são muito complexos. As investigações mostram que os adolescentes têm diferentes perceções sobre o que constitui abuso e como resultado podem ter dificuldade em identificar um comportamento como abusivo (Levy, 1990; citado por Ferreira, 2011). Ainda neste contexto, Callahan (2003; citado por Ferreira, 2011) defende que os adolescentes encontram-se num risco ainda maior que os adultos, de sofrer abusos físicos ou psicológicos, devido à sua parca experiência, desejo de independência e a sua confiança no suporte dos pares, também eles inexperientes na temática.

Em Portugal, um estudo de prevalência da violência nas relações de intimidade juvenis desenvolvido por Caridade & Machado (2008) revela que numa população de 4667 estudantes do ensino secundário, do ensino profissional e do ensino superior, 25% dos jovens referiram ter sido vítimas de violência na sua relação de namoro, 30,1% são agressores e 3% revela ser vítima de violência severa.

A relação entre as atitudes de minimização ou legitimação da violência e os comportamentos de vitimação e de agressão, também tem sido objeto de estudo. Neste domínio, a literatura refere que crenças erradas acerca da violência parecem promover a culpabilização da vítima, a desresponsabilização do agressor e ser importantes preditores do envolvimento em relacionamentos abusivos (Machado *et al*, 2003; citado por Ferreira, 2011).

“Os rapazes tendem a evidenciar crenças mais legitimadoras, justificando a violência em função do comportamento da rapariga, considerando importante preservar a privacidade, acreditando que a violência poderá ser atribuída a causas externas (p. e. álcool) e minorando a “pequena violência” (...) as raparigas parecem confundir ciúme e controlo com amor, encarando a violência como normal” (Machado *et al*, 2003; citado por Ferreira, 2011).

Estes níveis inquietantes de violência contrastam com o facto de a maioria dos adolescentes apresentarem pouca concordância com o uso da violência nas relações de intimidade (Machado *et al*, 2003; citado por Ferreira, 2011).

Neste contexto, é fundamental que o fenómeno da vitimação continue a ser estudado com o intuito de delinear um conjunto de ações preventivas que possibilitem à população juvenil identificar como abusivas as condutas violentas e coercivas, e refutar as argumentações culturais que ainda as sustentam.

A literatura analisada fornece dados que nos alertam para a situação atual da violência, tanto a nível nacional como a nível internacional, permitindo estabelecer a necessidade de intervenção no âmbito da prevenção de comportamentos violentos, como prioridade junto do sector juvenil.

De acordo com Machado & Saavedra (2012) “informar é importante, mas não é suficiente para prevenir e/ou reduzir comportamentos de risco, sendo essencial treinar competências comportamentais com os jovens, nomeadamente o relacionamento com os outros de forma saudável”.

A problemática da violência assume-se também como um problema obrigatoriamente associado à saúde, não sendo encarado como uma questão essencialmente ligada “à lei e à ordem” em que aos profissionais de saúde resta lidarem com as suas consequências. Cabe aos profissionais de saúde responsabilizarem-se pela intervenção, posicionando-se no combate à violência, numa lógica de interdisciplinaridade onde exista a interseção de saberes e práticas promovida entre saúde e direitos humanos e sociais (Schraiber *et al*, 2006; citado por Mota, 2011).

2.8 - IDENTIDADE E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Embora a sexualidade esteja presente no ser humano desde a sua conceção, é na adolescência que ela assume uma posição de destaque. Assim, a sexualidade na adolescência deve ser entendida como parte integrante do processo de desenvolvimento da personalidade.

A sexualidade inclui, dentre outros, os aspetos afetivos, eróticos e amorosos, relacionados com a história de vida e valores culturais constituindo a identidade de género, o papel de género ou papel sexual e a orientação sexual, os três componentes da Identidade Sexual.

“Sendo esboçada desde os primeiros tempos de vida é na adolescência que a identidade sexual é definida, compreendendo a interação com os pais, os fatores morais, culturais, religiosos, dentre outros” (Nelas, 2010).

De acordo com a APF:

“A **identidade sexual** refere-se ao que cada pessoa pensa sobre si própria e sobre a sua sexualidade, sobre as emoções e sobre o desejo que sente em relação aos outros, que podem ser do mesmo sexo, de outro sexo ou de ambos os sexos;

A **identidade de gênero** refere-se ao modo como cada um de nós se vê: se como homem (masculino), se como mulher (feminino);

A **orientação sexual** refere-se à atração sexual mais significativa ou exclusiva que cada pessoa sente ao longo da sua vida. Uma pessoa é considerada... heterossexual se se sente sobretudo atraída por pessoas de sexo diferente, homossexual se se sente sobretudo atraída por pessoa do mesmo sexo, bissexual se se sente atraída por ambos os sexos” (*in sitio da APF*).

Saber como se determina a orientação sexual de uma pessoa é ainda um desafio para a ciência. Existem diversas teorias que procuram compreender o que determina a orientação sexual. Alguns autores defendem que ela é determinada pelas relações que a criança estabelece com os pais e familiares durante a infância. Outros associam os fatores ambientais e defendem que a orientação sexual se forma através de um processo de aprendizagem social. Existem teorias que apontam para fatores biológicos, indicando que a orientação sexual é influenciada pela ação e funcionamento das hormonas.

Em suma, parece-nos que “o modo como o individuo aprende a orientar o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interação de inúmeros fatores hereditários e biológicos, bem como fatores de ordem psicológica e socioculturais” (Brás, 2008).

Atualmente sabe-se que o comportamento sexual não é estanque, pelo contrário, é flexível podendo mudar ao longo da vida. Contudo, parece ser consensual às várias teorias que a orientação sexual é algo que se começa a definir precocemente.

Heterossexualidade:

Apesar de atualmente existir maior liberdade e tolerância face aos comportamentos e orientações sexuais, a heterossexualidade é geralmente associada ao padrão de normalidade.

A descoberta do sexo oposto e o desejo da intimidade intensificam-se na adolescência onde impera o pulsar das hormonas de cariz sexual.

À medida que o adolescente vai evoluindo e a sua identidade sexual se vai afirmando, os namoros e as relações de amor entre os adolescentes de sexos opostos, baseadas em sentimentos mais profundos e maior compromisso, assumem um carácter mais frequente e

duradoiro. Nesta fase, as relações com o sexo oposto adquirem uma nova e vital importância (Brás, 2008).

Homossexualidade:

Não se consegue explicar plenamente a origem da homossexualidade, mas a perspectiva biológica parece a ser a explicação mais credível, no sentido de se poder afirmar que se trata de uma variante da sexualidade humana como é a heterossexualidade.

Não se trata de ser “*normal ou anormal*”, pois independentemente da orientação sexual de cada um, todas as expressões são válidas, não existindo uma orientação sexual considerada certa ou errada.

É na fase da adolescência que surge, normalmente, a consciência de que se é homossexual. Segundo a literatura, esta descoberta acontece um pouco mais cedo nos rapazes e mais tardiamente nas raparigas. A forma de o descobrir é diferente de pessoa para pessoa, envolvendo quase sempre um período de confusão e de muitas dúvidas.

A discriminação e os estereótipos associados à homossexualidade ainda estão muito presentes na sociedade, levando muitas pessoas a negarem e esconderem a sua verdadeira orientação sexual.

Sendo uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a educação e promoção da saúde, cabe-lhe auxiliar o adolescente a perceber e a aceitar os diferentes comportamentos e orientações sexuais, desenvolvendo nele a distinção e aceitação da variação individual dos gostos e comportamentos sexuais e reconhecendo ainda as possíveis repercussões das distintas orientações sexuais tanto a nível pessoal como social. Tendo a percepção de que a orientação sexual não é uma escolha e que a sexualidade tem variadas manifestações, torna-se necessário que os jovens entendam e aceitem esta mobilidade, ajudando desta forma para que essa mesma sexualidade possa ser vivida em plenitude e com alegria (Brás, 2008).

2.9 - PLANEAMENTO FAMILIAR

O Planeamento Familiar está englobado pelo conceito de Saúde Reprodutiva que, de acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) implica que as pessoas possam ter uma vida sexual

satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, bem como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados. Abrange ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora de vida e de relações interpessoais, dando respostas adequadas, às necessidades nesta área, ao longo do ciclo de vida incluindo o período da adolescência.

A Constituição da República Portuguesa preconiza que “(...) incumbe, designadamente, ao Estado para a proteção da família: promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade consciente”. O nosso país considera “(...) o planeamento familiar como um cuidado básico de saúde, ocupando um lugar de destaque no âmbito da medicina preventiva, que cumpre aos governos garantir e promover” (Rodrigues, 2009).

O direito ao planeamento familiar é garantido a todos pela Lei n.º 3/84 e reforçado pela Lei n.º 120/99.

A OMS (1991) afirma que “A saúde sexual é a integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de formas que sejam positivamente enriquecedoras e elevem a personalidade, a comunicação e o Amor”.

É através de um planeamento familiar eficaz que se consegue alcançar o patamar da saúde sexual e da vivência sexual como condição essencial do desenvolvimento humano, desprendida das suas peias reprodutivas.

A OMS definiu o planeamento familiar como “(...) uma certa maneira de pensar e de viver aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimentos das atitudes e decisões tomadas, a fim de promover a saúde e o bem-estar do grupo familiar” (citado por Rodrigues, 2009).

As atividades de planeamento familiar constituem uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. São parte integrante dos cuidados de saúde primários e devem organizar-se, em cada Centro de Saúde em articulação com outras instituições, por forma a dar resposta às necessidades da população em geral, sendo os adolescente considerados como um dos alvos prioritários.

A abrangência do conceito de planeamento familiar faz com que:

“(...) uma consulta de planeamento familiar deve assegurar, também, outras atividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DST's, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-convencionais e no puerpério prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas” (DGS, 2001).

O planeamento familiar é muito mais do que prevenir gravidezes indesejadas, ele ensina, ou deve ensinar, a desfrutar o ato sexual de um modo pleno, consciente. Para que tal seja possível, é fundamental a contraceção, mas não só, pois o controlo das IST's e DST's é também importante, tal como todas demais patologias associadas aos órgãos sexuais e genitais. Para que haja um pleno desfrute o ato sexual é necessário não só conhecer o corpo, como também ter os problemas que possam existir sob controlo.

O planeamento familiar na adolescência é sempre delicado. Entre os motivos apontados constam a imaturidade cognitiva, o sentimento de invulnerabilidade próprio da adolescência, o facto de terem uma vida sexual esporádica, o receio dos pais tomarem conhecimento, ou da possível interferência do método com o prazer ou a saúde (Brás, 2008).

Nas consultas de planeamento familiar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter em atenção certos princípios como: a empatia e a interação com o adolescente para que este possa expor as suas dúvidas, assegurar confidencialidade e confiança, devem estar atentos ao que os adolescentes não conseguem verbalizar e, por fim, devem adequar a informação às necessidades da pessoa em presença, evitando informação excessiva (demasiada informação não permite reter o essencial).

O acesso às consultas de planeamento familiar é muitas vezes difícil para os adolescentes, uma vez que o seu respetivo funcionamento não lhes é particularmente acolhedor (lista de espera, técnicos de saúde pouco motivados, privacidade inexistente).

Estudos realizados por Prazeres (1998), Sampaio (2009), Sasseti (1991) e Vicente (1999), sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os jovens utilizam pouco e mal os serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfazamento entre os cuidados que lhes são prestados e as suas reais necessidades de saúde (Brás, 2012).

Neste contexto, seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes um atendimento personalizado e um absoluto sigilo profissional, com o objetivo de facilitar o reforço das atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, de forma a tomarem as suas próprias decisões (Parra, 1999; citado por Brás, 2008).

Torna-se fundamental sensibilizar as populações, nomeadamente os mais jovens, para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e dos seus direitos em usufruir de cuidados de saúde gratuitos vocacionados em dar resposta a alguns dos seus problemas, respeitando a individualidade e a privacidade. Em suma, é necessário motivar os jovens a participar de forma ativa na promoção da sua saúde sexual.

2.10 - CONTRACEÇÃO

Sendo considerada como um conjunto de processos que procuram evitar que a mulher engravide, a contraceção constitui uma importante vertente da saúde sexual e reprodutiva. Os métodos disponíveis para evitar situações de gravidez não planeada são diversos e Nodin (2002) classificou-os dentro de vários tipos: hormonais (pílulas, implantes, injeções, anel vaginal), de barreira (preservativo, diafragma), químicos (espermicidas), cirúrgicos (laqueação, vasectomia), temporários (dispositivo intrauterino) e naturais (método da temperatura, do calendário, do muco e do coito interrompido).

A preocupação com a contraceção assume especial importância se considerarmos a adolescência e juventude como etapas no desenvolvimento do ser humano onde a emoção e a razão se confrontam diariamente. O controlo das emoções não cede tão facilmente ao pensamento racional quando se é jovem, logo as preocupações que deverão ser inerentes a todo o ser humano adulto são, também, mais facilmente superadas ou escamoteadas, originando com frequência gravidezes precoces e infeções com DST's, na adolescência e juventude (Rodrigues, 2009).

De acordo com a literatura, se os jovens possuírem conhecimentos, informação e motivação acerca da contraceção, eles podem mudar as suas atitudes e, posteriormente, os seus comportamentos, percebendo que a sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, se possuírem uma atitude positiva (Reis & Matos, 2007).

Neste contexto, é fundamental que os jovens sejam informados dos vários métodos existentes, modos de ação, vantagens e desvantagens de cada um, para que tenham a possibilidade de realizar uma escolha livre e consciente do método mais adequado à sua situação. Para que tal seja possível, é premente atuar ao nível de ações de planeamento familiar, no sentido de promover continuamente a capacidade técnica e o uso contínuo, e que essas ações desenvolvidas sejam continuamente avaliadas, quanto à sua eficácia, junto da população alvo (Espejo *et al*, 2003; Reis & Matos, 2007).

É necessário promover programas de ligados à educação para a saúde sexual na adolescência, tendo em conta que cabe aos profissionais de saúde criar condições para que, nos diferentes contextos socioculturais, os adolescentes desenvolvam as capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos, assentes nos valores e atitudes individuais face à sexualidade (Sampaio, 2006; Brás, 2008).

2.11 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A contraceção na adolescência deve ser entendida como uma necessidade premente no sentido da prevenção e como parte integrante de uma educação para a vida, pois a gravidez na adolescência continua a ser um problema relevante na área da saúde pública a nível mundial e, particularmente em Portugal.

“Vários são os países com taxas elevadas de incidência de gravidez na adolescência, na frente dos quais se encontram os Estados Unidos da América (EUA). Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais elevadas de ocorrência deste fenómeno, tendo até há bem pouco tempo ocupado o segundo lugar desta lista, apenas suplantado pelo Reino Unido (Eurostat, 2004). Com a entrada de novos países na União Europeia, a posição do nosso país melhorou (Eurostat, 2008), mas continua a ser bastante desfavorável. Assim, o estudo deste fenómeno na nossa cultura acresce-se de significado e importância, não só pela compreensão teórica da sua ocorrência e das suas consequências, como pelas contribuições para a prática que tal conhecimento pode proporcionar” (Pires, 2009).

A gravidez na adolescência define-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, como a gestação que ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade. Contudo, apesar de se registarem gestações no grupo dos 10 aos 14 anos estas são muito mais frequentes na etapa tardia da adolescência. Este facto é relevante uma vez que a existência de riscos durante a gravidez é muito superior na adolescência precoce, havendo uma intensificação das perturbações emocionais e da negação da gravidez.

A gravidez na adolescência não é um fenómeno novo. As investigações nesta área têm procurado identificar fatores associados a este fenómeno, sendo que os seus maiores determinantes passam pelo envolvimento em relações sexuais sem utilização efetiva de contraceção (Pires, 2009).

Encontram-se grávidas adolescentes em todos os estratos sociais, contudo parece ser mais frequente nas classes mais desfavorecidas. A literatura aponta como fatores de risco o abandono escolar, o baixo nível de escolaridade da adolescente, companheiro e família, a ausência de planos futuros, a repetição de modelo familiar (mãe também adolescente).

Também o início precoce da atividade sexual, a imaturidade psicológica e a baixa autoestima, associadas ao desconhecimento sobre saúde reprodutiva e contraceção levam a uma maior incidência de gravidez na adolescência. Por fim, há ainda que considerar a própria vontade da adolescente de engravidar.

“A maior parte dos estudos conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais dá conta do mesmo panorama: apesar de transversal aos vários sectores da sociedade, a gravidez precoce ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem em áreas mais pobres e degradadas e que são mais desprotegidas ou mais

vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social. Muitas delas viveram a sua infância em ambientes familiares caracterizados por stresse, pressão e conflitos, apresentando, deste modo, maior disfuncionalidade e rigidez), e tendo passado por condições desenvolvimentais adversas na sua história de vida” (Pires, 2009).

A gravidez na adolescência é motivo de preocupação para profissionais de saúde de todo o mundo, principalmente pelas implicações biológicas e psicossociais para a mãe adolescente e para o seu filho.

Segundo o relatório Situação da População Mundial 2013, a gravidez tem consequências importantes para a saúde das adolescentes, pois existe uma maior probabilidade de problemas de saúde quando a gravidez ocorre pouco tempo depois de atingirem a puberdade.

Uma das consequências de uma gravidez na adolescência é o atraso na vigilância pré-natal que acontece, normalmente, devido à falta de apoio familiar.

As complicações mais associadas com a gravidez na adolescência são: anemia, aumentos da tensão arterial, infeções urinárias e infeções do trato genital, rutura prematura de membranas, desencadeamento prematuro do parto, aumento das complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais, bem como as consequências associadas à decisão de abortar (Rodrigues, 2010). Devido às várias potenciais complicações, a gravidez na adolescência costuma ser considerada como gravidez de alto risco. No entanto, é possível diminuir a incidência de todas essas complicações iniciando-se uma vigilância pré-natal precoce e, idealmente efetuada por uma equipa multidisciplinar, com apoio de obstetra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, entre outros.

Embora o número de gravidezes na adolescência tenha diminuído na última década, torna-se necessária a promoção de programas que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, contribuindo desta forma para a redução da incidência de abortamento e a reincidência da gravidez nesta faixa etária (Rodrigues, 2010).

Combater a gravidez não desejada entre adolescentes exige abordagens holísticas. Analisando a dimensão e a complexidade do desafio, verifica-se que não é possível que apenas um setor ou organização o enfrentem isoladamente. É fundamental um trabalho em parceria com todos os setores, e em colaboração com as e os próprios adolescentes.

2.12 - INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infeções sexualmente Transmissíveis (IST's) constituem uma das principais causas, a nível mundial, de doença aguda, infertilidade, perda de capacidades a longo prazo e de

mortalidade. Apesar de vivermos num mundo em constante evolução, onde se assiste ao progresso contínuo da tecnologia e da ciência, as IST's continuam a afetar indivíduos em todo o mundo. De acordo com a OMS, calcula-se que, anualmente se produzem mais de 340 milhões de IST's curáveis, em pessoas do sexo masculino e feminino, com idades entre os 15 e os 49 anos.

“Sensivelmente um milhão de indivíduos é infetado diariamente com uma IST. Essas infeções vão manifestar-se em sintomas agudos e infeções crónicas. Originam consequências graves, a médio-longo prazo, como gravidez ectópica, cancro cervicouterino e disfunções prematuras em crianças e adultos” (OMS, 2007; citado por Torres, 2011).

A OMS recomendou, em 2001, a substituição da designação de Doenças Sexualmente Transmissíveis por Infeções sexualmente Transmissíveis (IST's), com o objetivo de enfatizar as infeções assintomáticas.

As IST's podem ser caracterizadas como doenças do foro infeccioso, que podem ser ou não, propagadas por via sexual. São atualmente um problema crescente de saúde pública mundial, não só devido à elevada percentagem de casos, mas também pela relação próxima que têm com neoplasias genitais e anais e infeção pelo VIH.

“É durante a adolescência que se verifica uma maior incidência de IST: atinge 25% dos jovens com menos de 25 anos; 65% dos casos de SIDA manifestam-se entre os 20 e os 39 anos e refletem situações de aquisição de infeção por VIH durante a adolescência (período assintomático da doença – 10/15 anos)” (Rodrigues, 2010).

Os adolescentes, devido ao facto de não se considerarem como vulneráveis ao contágio de IST's, não manifestam apreensão quanto a estas doenças. Os adolescentes que iniciam a atividade sexual precocemente têm elevadas probabilidades de vir a contrair uma IST (Taquette *et al*, 2004; Torres, 2011).

A OMS alerta que, existe uma enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados. Não fazendo referência apenas à SIDA mas também a outras doenças que, não sendo mortais ou incuráveis como a Sífilis, Gonorreia, Herpes e Infeções por Clamídias, causam lesões a nível orgânico. É importante que os jovens tenham conhecimento destas doenças e percebam que não são graves se forem tratadas desde logo e de forma adequada, caso contrário acarretam riscos relacionados com o desenvolvimento de determinados tipos de carcinomas, esterilidade e nos casos mais graves podem levar à morte.

O aparecimento da SIDA trouxe novas exigências e desafios à modificação do comportamento sexual dos jovens, fomentado pelo medo de contaminação e pelo desconhecimento em torno de um tratamento eficaz. Com o aparecimento desta doença, o sexo como comportamento de risco adquiriu uma nova dimensão, enfatizando-se hoje, a

necessidade da promoção de comportamentos sexuais seguros nos jovens. Deste modo, é preciso tomar consciência de que as doenças de transmissão sexual, incluindo a infeção por HIV, se evitam não proibindo as relações sexuais, mas antes com uma educação sexual que proporcione informação sobre as formas de contágio, uso adequado do preservativo e medidas de higiene sexual.

Atualmente, estima-se que um em cada cinco adolescentes se encontra em alto risco para contrair infeção por HIV, devido a práticas sexuais pouco seguras, partilha de múltiplos parceiros sexuais, não utilização de preservativo, colocando-os numa situação de maior exposição ao seu contágio (Nodin, 2001; Sampaio, 2006).

A OMS salienta que o número de casos de SIDA, continua a progredir na população em geral e, com particular relevância nos jovens.

Portugal é o país da Europa ocidental com a maior prevalência de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana. Em estudos da Comissão Nacional de Luta contra a Sida, os portugueses reportam como pouco frequente o uso do preservativo com novos parceiros e desconhecem as outras infeções sexualmente transmissíveis. Nos estudos da Organização Mundial de Saúde, os adolescentes portugueses tiveram a menor percentagem de utilização do preservativo na Europa e esta é ainda menor nos adolescentes sem frequência escolar

Informar sobre todo o tipo de doenças de transmissão sexual, sobre as medidas a tomar no seu controlo e basicamente sobre as formas de as prevenir, é efetivamente um princípio ético de liberdade e responsabilidade que deve ser adotado como essencial na educação para a sexualidade e conseqüentemente, para a saúde e para a vida.

A prevenção primária é certamente indispensável na diminuição da incidência destes comportamentos de risco, no entanto, a sexualidade responsável deve assumir-se não pelo medo de correr riscos ou de contrair doenças, mas fundamentalmente, pelo respeito à própria dignidade como pessoa, bem como à dignidade da pessoa do outro.

3 - FONTES DE INFORMAÇÃO

Viver e aprender a lidar com a sexualidade é um desafio que tem sido potencializado pelo contexto de uma sociedade caracterizada por um grande aporte de informações, imagens e mensagens, que evidenciam e/ou reforçam comportamentos e atitudes relacionadas com o sexo.

Promover a saúde sexual na adolescência, como em qualquer outro momento da vida, também se refere à garantia do direito à informação, ação que favorece o empoderamento para a vivência da sexualidade de forma prazerosa e mais autônoma.

Deste modo, a informação é considerada um recurso necessário para o melhor desenvolvimento da saúde, bem como para a prevenção de doenças, através do desenvolvimento de habilidades pessoais, aumentando a possibilidade do autocuidado e da atenção às situações que tenham como consequência danos para a saúde.

“Quando se fala de informação em saúde, compreende-se que a comunicação eficaz em saúde do jovem pode ampliar a consciência dos riscos e da necessidade de ações de proteção ou autocuidados, incentivando-o a promover mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos e incentivar as normas sociais que beneficiam a saúde e a qualidade de vida. A prática de uma comunicação em saúde contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças” (Noronha, 2009).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano com características próprias e bem definidas, marcada por alterações múltiplas de carácter biológico, cognitivo, psicológico e social. Trata-se de uma fase em que o adolescente é invadido por dúvidas e inquietações, decorrentes do próprio processo maturativo, sendo por isso compreensível que o procure opções de fontes de informação e interlocutores de diálogo para a solução destas inquietudes.

No que diz respeito à obtenção de informações sobre o desenvolvimento da sexualidade, Tiba (1994; citado por Noronha, 2009) aponta que “em tudo na vida, as pessoas lidam melhor quando têm conhecimento. No sexo também é assim: o conhecimento é o único caminho para que o jovem não se exponha a mitos que podem arruinar a sua vida”.

3.1 - RELIGIÃO

Becker define religião como “um sistema de crenças unidas pela aceitação do poder supra-humano ou divino” (2001; citado por Campos-Brustelo, 20003). Por sua vez, Peterson (2001), percebendo a complexidade e diversidade da temática e, portanto, as dificuldades de definição, propõe a compreensão das religiões como “(...) visões do mundo que orientam comunidades e indivíduos na tomada de decisões e ações, as quais se baseiam nas normas e padrões de comportamento de cada religião. Essas visões do mundo, segundo o autor, são interpretações do mundo que se expressam através de crenças, de narrativas e de símbolos” (citado por Campos-Brustelo, 20003).

Atualmente, encontramos na literatura vários estudos no domínio do gênero e da sexualidade, que exploram a importância do universo religioso como instância reguladora da sexualidade. Cresce a influência de uma ideologia que elogia a individualidade e a secularização, atribui um novo significado às práticas sociais, desloca as fronteiras das instâncias que compõem a sociedade e modifica a gestão da religiosidade sobre a sexualidade (Silva *et al*, 2008).

O mundo religioso tem renovado os seus discursos sobre o gênero e a sexualidade, mantendo-se como dimensão sociocultural relevante no processo de socialização para a normatividade sexual.

Observa-se também nos vários estudos que têm sido desenvolvidos, que não existe necessariamente unidade na vivência entre pessoas pertencentes à mesma denominação religiosa. Podemos pois afirmar que as pessoas escolhem como querem viver a sua religiosidade. Neste contexto, como refere Duarte (2006; citado por Silva *et al*, 2008), “cada discurso religioso codifica as atitudes morais consideradas razoáveis para o seu rebanho, cabendo aos fiéis comparar as codificações disponíveis e aproximar-se da congregação que dialoga com a sua disposição moral”.

A literatura indica que a religiosidade pode ter uma influência importante nas questões de saúde e comportamento humano.

“Desde o primeiro estudo sobre sexualidade feminina, publicado em 1953, a religião já era considerada uma variável possivelmente associada com a iniciação sexual pré-marital. Mais tarde, numa revisão da literatura compreendendo 50 estudos sobre a religiosidade adolescente e o comportamento sexual, publicados entre os anos de 1980 e 2000, a religiosidade foi consistentemente encontrada como associada ao adiamento da atividade sexual e, quanto maior a sua influência, maior o tempo de adiamento” (Coutinho *et al.*, 2011).

A ideia de que a religiosidade tem sido um fator protetor para os comportamentos sexuais de risco é corroborada por Santos (2008) citando Rostosky (2004) ao afirmar que “a religião aparece como fator protetor, na medida em que adia o início da vida sexual e conduz a uma série de comportamentos como a monogamia, que evitam doenças entre outros problemas”.

No estudo desenvolvido por Silva *et al.*, (2008) muitos dos jovens entrevistados apesar de reconhecerem as autoridades da sua igreja, não aceitam todas as suas orientações, considerando algumas delas antiquadas.

“Abrem mão da lei de inspiração divina para dar lugar a outros padrões sociais contemporâneos, aos discursos que valorizam o uso do preservativo e de métodos contraceptivos, além de serem abertos a diversas orientações sexuais e ao sexo antes do casamento” (Silva *et al.*, 2008).

Perante as diversas realidades e o elevado número de fatores que podem ter influência na vivência da sexualidade, cabe à educação sexual abarcar todas essas diferenças possíveis.

Como sugere Silva *et al* (2008),

“se valorizarmos o diálogo que o sujeito religioso articula entre os discursos sobre sexualidade que frequentam o seu cotidiano, buscando lidar com a tensão e o conflito entre tradição e modernidade no plano individual, no plano programático estaremos aprendendo o caminho para o diálogo com as comunidades das diferentes matrizes e as suas concepções próprias de heteronomia moral religiosa”.

3.2 - MEIOS DE COMUNICAÇÃO

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

A televisão, a rádio, o cinema, a internet, as revistas os jornais, são elementos que fazem parte dos poderosos instrumentos de socialização do adolescente.

Na sociedade atual, os *mass média* assumem um papel muito importante na medida em que se cruzam na vida das pessoas e se fazem presentes nas mais variadas formas de estar, nos valores apreendidos e, até mesmo nos símbolos observados (Lemos & Leandro, 2002).

Assiste-se a uma exposição contínua dos jovens a imagens e informações que, na maioria das situações, não vão ao encontro das suas dúvidas e incertezas, alargando ainda mais a confusão que sentem.

Tanto Vilar (1987) como Papalia e Olds (2000), referem que o teor das mensagens de carácter sexual transmitidas pelos *mass media*, especialmente pela televisão, possuem um conteúdo frequentemente estereotipado, retratando papéis expectáveis, associando com frequência a sexualidade à mera diversão, ao culto hedonista, à excitação e erotismo, não procurando transmitir conteúdos de verdadeira informação nem associar os potenciais riscos que se podem vivenciar nas relações sexuais desprotegidas (Rodrigues, 2009).

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

A literatura consultada leva-nos a afirmar que os meios de comunicação como a televisão, a internet e as revistas são uma importante fonte de informação na área da sexualidade, no entanto, sendo difícil de controlar a qualidade da informação, muitas vezes podem deturpar uma verdadeira educação sexual criando mitos, ilusões e conceitos errados.

3.3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O profissional de saúde assume neste contexto um papel de facilitador, permitindo ao jovem adolescente aumentar a sua capacidade de decisão e de aceitação das decisões dos outros com que estabelece relações. O profissional de saúde deve levar o jovem a entender e a expressar sentimento e opiniões e, simultaneamente, deve fazer com que o jovem aceite dos outros os sentimentos, opiniões e decisões que sejam diferentes das suas.

Em contexto escolar, e numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar, o profissional de saúde associa-se aos professores. Deste modo estabelecem-se programas de Educação Sexual mas consistentes, que permitem abordar a sexualidade de forma mais completa e fiel.

Não podemos deixar de encarar o facto de que para muito professores não é fácil abordar temas mais relacionados com a vertente biomédica (ex.: métodos contraceptivo, gravidez na adolescência). Assim, os professores podem assumir um papel fundamental de intermediários entre os alunos e os serviços de saúde; sendo que o Centro de Saúde assume também a sua função especial no domínio comunitário, ao participar de forma efetiva na resolução de problemas identificados na escola.

3.4 - GRUPO DE PARES

A análise de variada literatura existente acerca do tema em estudo permitiu-nos verificar que, das várias possibilidades de fontes de informação possíveis de clarificar os adolescentes acerca da sexualidade, o grupo de pares/amigo constitui a fonte privilegiada de esclarecimento de dúvidas. Neste sentido, o grupo de amigos parece ser aquele onde os adolescentes mais procuram informação, o que é possível de ser explicado pela noção de pertença, pela semelhança de questionamento e também por haver afinidade ao nível de relacionamento e de contextos onde se movem.

Rodrigues (2009) refere que “os pares constituem o principal meio de formação sobre sexualidade, marcado pela cumplicidade. Os amigos são modelos reais sexuados, com quem partilham interesses, características, modelos intermediários e experiências sexuais.”.

Num estudo de Vasconcelos (1998) é referido que 54,1% dos rapazes e 32,8% das raparigas afirmam que os amigos influenciaram, até um certo ponto, a sua visão da sexualidade. Pais (1996) desenvolveu um estudo com os adolescentes do Concelho de Loures onde constatou que 60,6% afirmam que os amigos constituíram fontes de informação sobre sexualidade, percentagem bastante superior à dos que afirmam ter obtido esta informação junto dos pais (46,1%) ou dos professores (15,5%). Posteriormente, Nodin (2001) concluiu que 55,2% dos jovens adultos afirmaram ter obtido informação sobre os contraceptivos que utilizam junto dos amigos, valor mais uma vez superior ao relativo aos pais (49,6%) ou aos professores (23,4%) (Nelas, 2010).

Existem vantagens e desvantagens no facto de os adolescentes procurarem informação sobre sexualidade junto dos amigos. Por um lado sabemos que a influência dos amigos é marcante neste período do desenvolvimento. Por outro lado, as desvantagens associam-se com o facto de que os conhecimentos que os amigos têm sobre sexualidade são, não raras vezes, incompletos, incorretos, carregados de valores culturais e morais e, portanto, pouco adequados.

Na adolescência a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afetos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar a autonomia e a independência dos pais.

Neste contexto, onde podemos afirmar ser consensual e inegável a forte influência do grupo de pares nas atitudes, comportamentos e valores dos jovens, é pertinente pensar nestes como agentes de formação/informação de forma mais ativa e mediada pelos professores e profissionais de saúde.

“Os líderes de pares devem ser formados e ajudados em muitos papéis e responsabilidades que se espera possam desempenhar num programa de Educação Sexual (...). Este treino permitirá a um líder de pares: perceber os objetivos de um Programa de educação Sexual e a sua importância no decurso do mesmo; ser capaz de ajudar os colegas e os professores na resolução das atividades mais complexas; ser capaz de ajudar pequenos grupos de alunos a trabalhar eficazmente; ser um bom ouvinte e capaz de perceber os sentimentos dos pares; conhecer fontes de informação e recursos de aconselhamento para que os colegas possam recorrer a ajuda apropriada; ser capaz de refletir sobre as suas atividades e de as relatar e divulgar” (Ministérios da educação, Ministério da Saúde, 2000).

O papel dos pares é ainda referido por Costa (2006) ao citar Cortesão (1989):

“A influência dos pares é benéfica, na medida em que a aprendizagem numa relação horizontal é recíproca. Experiências comuns, múltiplas e repetidas, permitem testar as referências oferecidas pelos adultos e ensaiar alternativas. No entanto, existem também aspetos negativos associados à aprendizagem através dos pares: a informação transmitida entre eles é frequentemente imprecisa; o riso acompanha regularmente os conteúdos sexuais, por exemplo, através das anedotas; a pressão do grupo, no sentido da experimentação, leva à descoberta da sexualidade, muitas vezes sem preparação e desrespeitando ritmos pessoais”.

Apesar do contributo dos pares e dos profissionais de saúde, é fundamental que a escola e as famílias percebam que lhes cabe a elas o papel principal neste domínio.

3.5 - FAMÍLIA

A família pode considerar-se como o principal e natural espaço de realização e desenvolvimento da personalidade, de convivência solidária entre gerações e de transmissão de valores. A família é a unidade fundamental da sociedade, pois é nela que nasce, cresce e se desenvolve a vida. Assume-se como meio privilegiado de realização pessoal e, simultaneamente, de integração na sociedade.

A influência do ambiente familiar é um fator decisivo para a construção da personalidade e da sexualidade da criança. Sánchez (1990) valoriza a influência da relação com as figuras de apego nas relações sexuais, onde se recorre continuamente a formas de interação e comunicação íntima (Rodrigues, 2009). “Com as figuras de apego, transmite-se e aprende-se, por exemplo, a importância do olhar, tocar, expressar e entender expressões mais íntimas” (Rodrigues, 2009).

A família constitui o principal e primeiro agente educativo da sexualidade. É no meio familiar que se realizam as primeiras relações educativas e sociais que influenciarão as dimensões afetiva, amorosa e sexual dos jovens. “É na família que se relacionam pessoas de

sexos diferentes, de idades diferentes e de relações de parentesco diferentes, é a entidade de chegada, de partida e permanência” (Rodrigues, 1999; citado por Costa, 2006).

Os pais constituem os primeiros modelos de homem e mulher para os seus filhos, condicionando as aprendizagens destes. Os adolescentes vão construindo a seu conceito de sexualidade baseando-se essencialmente no que observam do comportamento e atitudes dos pais no âmbito da sexualidade.

“(…) a família, quando funciona adequadamente, é o lugar privilegiado da vivência/aprendizagem da identidade sexual, da coexistência ativa com os outros e da corresponsabilização social. Mais ainda: é aí que se pode fazer uma atuação/aprendizagem mais adequada de várias formas de educação (afetiva, erótica, social, ética ...) que têm reflexos importantes na educação da sexualidade. Trata-se, com efeito, de uma educação de carácter personalizado onde se pode ter em conta a história de cada um e o seu projeto pessoal de vida” (Rocha, 1996; citado por Costa, 2006).

Vaz *et al* (1996, citado por Fernandes, 2006) defende que os pais são fundamentais para que a criança adquira a identidade sexual e o papel de género, uma vez que “é com os pais que a criança primeiramente se familiariza com as características do homem e mulher e o modo de ser do género masculino e feminino”. Para López & Fuertes (1999) os pais são a “fonte de influência mais precoce e prevalecte no desenvolvimento do ser sexuado”.

Esta influência verifica-se quer ao nível do estabelecimento dos papéis sexuais, quer ao nível da estruturação de uma escala de valores no que toca ao corpo e aos comportamentos eróticos. Assim, podemos afirmar que as atitudes (positivas ou negativas) dos pais face aos comportamentos sexuais também irão influenciar positiva ou negativamente a abertura do adolescente face à sexualidade.

Todo o exposto não significa que não seja necessário falar de sexualidade em casa. Pelo contrário, para que o adolescente encare com naturalidade a sua sexualidade e possa procurar ativamente informação junto dos pais, é essencial que estes respondam às questões que lhes são colocadas sobre a sexualidade, desmistificando-as e não dramatizando pequenos incidentes que normalmente surgem na evolução sexual.

A família, pela função socializadora que lhe é inerente, deve fomentar a autonomização do indivíduo. “O processo de autonomia e construção de identidade adulta é um processo de construção de intimidade dos adolescentes, intimidade essa que não se deseja vulnerável ao conhecimento ou emissão de juízos de valor pelos pais” (Sousa, 2000).

Trata-se de uma fase da vida que não é fácil nem para os pais nem para os filhos, uma vez que nem uns nem outros sabem como se adaptar a esta nova individualidade alterada, e os

pais oferecem muita resistência em aceitar a intimidade e autonomia psicológica dos filhos (Almeida, 1996; Fernandes, 2006).

Neste contexto, estilos educativos adequados assumem particular importância no desfecho de todo o desenvolvimento sexual do adolescente, podendo facilitar ou dificultar este desenvolvimento.

Em suma, a comunicação verbal sobre sexualidade no contexto da família constitui uma das fontes possíveis de aprendizagem sexual. De facto, é importante que as crianças cresçam num ambiente familiar saudável, onde exista diálogo, carinho, respeito, educação e abertura, para que os adolescentes se desenvolvam de forma justa e harmonizada. Os pais assumem um papel fundamental na educação dos filhos e não devem renunciar um assunto tão importante como a sexualidade. Muitos problemas relacionados com a vivência da sexualidade são originados pela falta de informação e pela ansiedade que daí resulta, podendo ainda originar uma baixa autoestima para o adolescente (APF, 2005; Brás, 2012).

3.6 - ESCOLA

A escola é o espaço de grande permanência temporal nas idades em que se realiza uma grande parte das aprendizagens básicas de todos os indivíduos. Por isso, a escola desempenha um papel essencial na transformação das crianças e dos adolescentes e também das suas atitudes.

É na escola que as crianças e os adolescentes passam a maior parte do seu dia e “a maior parte da sua vida numa fase crucial para a sua formação como pessoa” (Cortesão *et al*, 1998), pelo que a escola se assume como agente formador e dinamizador de competências essenciais ao desenvolvimento do indivíduo, como espaço por excelência para a socialização.

A escola deve ter como objetivo “proporcionar felicidade, realização pessoal, satisfação, deve promover a dignidade humana...e a educação da sexualidade tem um papel preponderante em todas estas dimensões” (Bastos, 2003; citado por Fernandes, 2006).

À escola cabe um papel fundamental, que nenhum dos outros agentes de socialização consegue cumprir, pois trata-se de um espaço onde as abordagens são organizadas e onde os conhecimentos são assegurados, e, principalmente, tendo em conta que as opiniões divergem, é na escola que se pode desenvolver o debate necessário sobre estas temáticas (Sampaio, 2006; Brás, 2012).

Autores como Sprinthall & Collins (1999) ressaltam que

“a sexualidade é uma área da vida do indivíduo em que a aprendizagem de factos e duma postura mais confortável pode ajudar os adolescentes a lidar mais eficazmente com a sua sexualidade emergente, contribuindo para uma expressão sexual interpessoal saudável, responsável e competente” (Vaz, 2011).

Podemos afirmar que o papel da escola na educação sexual dos jovens é essencial e não procede apenas da implementação de espaços curriculares próprios, mas sucede de forma não explícita no desenvolvimento das atividades escolares, transmitindo valores e atitudes e fortalecendo crenças e comportamentos.

A educação sexual no meio escolar é importante quando é integrada no desenvolvimento das competências humanas, sociais e académicas dos adolescentes. Deve enquadrar-se no conjunto de relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros e numa vivência satisfatória e gratificante do corpo e do espírito. Deve ainda facultar informação e conhecimentos que possibilitem a escolha de atitudes, decisões e comportamentos mais adequados, no sentido de minimizar os riscos e permitir uma vivência responsável, segura e gratificante da sexualidade.

A lei n.º 3/84 de 24 de Março especifica que compete ao Estado auxiliar os pais na educação dos filhos. Neste sentido, a escola não demitindo a família das suas funções, tem um papel importante a desempenhar, assumindo uma atividade complementar na educação sexual das crianças e jovens, atendendo às suas diferenças de género, à maturação cognitiva e afetiva, esforçando-se por corrigir atitudes e colmatar a ausência de informação bem como acompanhando toda a sua ação educativa com a sensibilização para valores verdadeiramente humanos.

Cortesão *et al* (1998) apresentam de forma clara a importância da educação para a sexualidade na escola:

“É necessário que contribua para que os alunos deem os primeiros passos para poderem mais tarde viver com plenitude a sua sexualidade. (...) É necessário que se ligue a sexualidade à ideia de felicidade, à comunicação com o outro, a níveis de intimidade diferentes e em que, a certa altura, se privilegiará alguém ou algum outro projeto com alto valor humano ou moral. Para isso, é necessário criar na escola espaços de reflexão e de debate, que permitam a formação moral e social dos alunos. Sabemos hoje que essa formação não se adquire atuando apenas a nível cognitivo, nem muito menos de pode esperar que a formação moral e social resulte de uma aquisição espontânea. Conseguir que cada um veja o outro como diferente, mas com direitos semelhantes, é uma longa construção, exigindo aprendizagem”.

Todos os estudos tendem a mostrar que a informação não conduz a uma atividade sexual mais precoce, mas diminui a frequência das DST's/IST's e de gravidezes não desejadas, o que reflete certamente o recurso a práticas sexuais mais seguras. Neste contexto, torna-se

necessário proceder à sensibilização das populações, principalmente dos mais jovens, para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e dos seus direitos em usufruir de cuidados de saúde gratuitos vocacionados em dar resposta a alguns dos seus problemas, respeitando sempre a individualidade e a privacidade. É essencial que todos os intervenientes no processo educativo estabeleçam com os jovens uma relação de ajuda, sem os julgar e sem emitir qualquer juízo de valor. O sigilo é fundamental para qualquer paciente, mas em particular para os adolescentes (Sampaio, 2006; Brás, 2012).

4 - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Saúde teve como principal motor de desenvolvimento as várias Conferências desencadeadas no âmbito das Nações Unidas. A perspectiva comunitária e holística atribuída à Promoção da Saúde fundamenta-se nestas Conferências.

A Conferência de Alma Ata marca um ponto de viragem na conceção de saúde, conferindo-lhe um cariz positivo ao definir Saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, citado por Costa, 2006). Nesta definição é realçado o valor da pessoa na proteção da sua própria saúde, sem deixar de reconhecer e assumir o dever de todos na preservação da saúde coletiva.

Neste sentido, esta conferência permitiu também sublinhar a saúde como um direito humano fundamental e que, para a sua consecução ao mais alto nível requer a ação dos vários setores da sociedade, além do setor da saúde. Assim, “o povo tem o direito e dever de participar individual e coletivamente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde” (OMS, 1978; citado por Rodrigues, 2009).

A Declaração de Alma Ata ao preconizar a necessidade de uma participação comunitária e a interação intersectorial para a saúde, traça um esboço do conceito de Promoção da Saúde, uma vez que apela ao desenvolvimento progressivo das comunidades de modo a tornarem-se capazes de resolver os seus problemas de saúde.

Não obstante a valiosa importância da Declaração de Alma Ata, a Carta de Ottawa foi a grande impulsionadora do conceito de Promoção da Saúde. Trata-se do documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986. As discussões desenvolvidas nesta conferência tiveram por base a Declaração de Alma Ata e debates posteriores realizados por todo o mundo. O tema desta conferência centrou-se na questão “O que é a Promoção da Saúde?” e nas necessidades dos países industrializados.

Na Carta de Ottawa a Promoção da Saúde é definida como “um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Saúde Pública, 2005).

No entanto, para que o estado de completo bem-estar físico, mental e social, seja atingido, é necessário que esses mesmos indivíduos e essas mesmas comunidades estejam

aptas a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a responder de forma positiva ao meio envolvente.

A Promoção da Saúde pressupõe, pois, a instauração e a manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potencializadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas.

Analisando a definição de Promoção da Saúde expressa na Carta de Ottawa, concluímos que esta constitui um processo que implica a participação individual/comunitária na sua Saúde, controlando-a ou melhorando-a.

“A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde. Solidariedade, prestação de cuidados, abordagem holística e ecologia, são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Em consequência, quem está envolvido neste processo deve considerar como princípio orientador que as mulheres e os homens têm de ser tratados como parceiros iguais em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde” (Carta de Ottawa, 1986 citado em Saúde Pública, 2005).

O conceito de Promoção da Saúde inclui a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. A saúde é um processo, e não um estado, que tem a ver com a interação do organismo com o seu ambiente físico e social.

“A promoção da saúde envolve um vasto conjunto de fatores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas, reguladoras e tecnológicas, mantendo o foco na ação sobre as pessoas, os grupos e a população” (Egger *et al*, 1999 citado por Matos, 2008).

Após a Conferência de Ottawa foram desenvolvidas outras Conferências Internacionais que colocaram na agenda global a discussão sobre Promoção da Saúde, enfocando mudanças nos paradigmas da saúde no mundo. Através dessas Conferências foram reforçados e difundidos os princípios básicos definidos na Carta de Ottawa, que continuam a orientar políticas e ações de profissionais envolvidos na área da Promoção da Saúde.

A análise dos documentos resultantes das várias Conferências permite-nos afirmar que requisitos como a paz, condições habitacionais, populações com bom nível económico, ambiental e educativo devem constar da agenda política da saúde pública dos vários países intervenientes (Oliveira, 2004; Costa, 2006). Concluímos assim que a Promoção da Saúde não se restringe a uma área específica de intervenção, direcionando-se fundamentalmente para um estado positivo de saúde e bem-estar. Para tal, é essencial uma conceção de saúde numa perspetiva holística, atribuindo ao indivíduo um papel ativo e responsável na sua saúde e na

saúde dos outros. Deste modo, podemos afirmar que “(...)o propósito da Promoção da Saúde baseia-se essencialmente no fundamento educacional expresso na Declaração de Nairobi” (Costa, 2006).

A Conferência realizada em Nairobi, no Quênia, em outubro de 2009, mostrou a importância de reforçar a Promoção da Saúde perante as ameaças decorrentes da crise financeira, do aquecimento global e das alterações climáticas. Além disso, realçou a necessidade de aproveitar os ensinamentos obtidos nas últimas décadas com as cartas, declarações e resoluções que trataram da Promoção da Saúde e a sua real aplicabilidade. O encontro afirmou que a maioria das orientações preconizadas não foi praticada, pelo que estamos muito aquém dos compromissos assumidos.

O documento resultante da conferência de Nairobi intitulado “*Nairobi Call to Action*”, vem realçar a importância da promoção como um elemento fundamental para melhorar a qualidade de vida, reduzir as iniquidades e a pobreza e ajudar a promover sociedades justas.

O compromisso global assumido neste encontro assenta em três eixos fundamentais:

“ - Utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde;

- Tornar a promoção da saúde um princípio integral das políticas e das agendas de desenvolvimento;

- Desenvolver mecanismos eficazes e sustentáveis de expansão da promoção da saúde”

(WHO, 2009 citado por Carvalho, 2012).

Como estratégias e ações foram propostas cinco orientações temáticas, visando atuar relativamente aos fatores que limitam a eficácia dos processos de promoção da saúde:

“Empoderamento da comunidade (autonomia comunitária)
Conhecimento sobre saúde e comportamento (empoderamento individual)
Reforço dos Sistemas de Saúde – pertinência social e saúde
Parcerias e Ação Intersectorial – fortalecimento do trabalho de redes
construção de competências para a promoção da saúde” (Correia, 2011).

De acordo com o documento, no empoderamento individual, a aprendizagem em saúde é fundamental, pois proporciona os meios através dos quais o indivíduo efetua a escolha de comportamentos saudáveis. Além disso, este processo educativo deve ser desenvolvido considerando as necessidades de saúde, sociais e culturais das pessoas.

Por sua vez, no empoderamento comunitário, as comunidades devem partilhar o poder, os recursos e as capacidades de decisão, com o propósito de assegurar as condições sustentáveis para a equidade em saúde. O empoderamento da comunidade refere-se ao processo de capacitação das comunidades para aumentar o controlo e a capacidade de decisão, adquirindo domínio sobre os fatores e deliberações que têm impactos decisivos sobre as suas vidas.

“Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controlo sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre os seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade” (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Em síntese, o empoderamento é “(...) um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que lhes permite aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania” (Frederico, 2006 citado por Pereira *et al*, 2011).

Com a filosofia do Empoderamento as escolhas mais importantes que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio indivíduo. Este torna-se conhecedor do seu próprio poder para atingir os seus objetivos e resolver os seus problemas, e aumentar o controlo que tem sobre a própria saúde, melhorando-a. Esta perspetiva requer um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, nomeadamente os profissionais de saúde (Leal, 2006; Pereira *et al*, 2011).

Esta transmissão de poder para o utente implica que os profissionais de saúde maximizem o conhecimento que este detém sobre os autocuidados, recursos e capacidades para lidar com a doença no sentido da autonomia pessoal e autoeficácia. Tal abordagem provoca, inevitavelmente, uma mudança no papel do profissional de saúde que, de controlador, deverá passar a alguém que tem por função ajudar, apoiar e/ou criar condições para que o indivíduo assuma o controlo sobre a sua vida (Adolfson *et al*, 2004; Pereira *et al*, 2011).

A intervenção dos profissionais de saúde passa a ter como pressuposto a capacitação dos utentes para que adquiram poder sobre as suas vidas e para que reconheçam esse poder, assim como a sua capacidade para influenciar os cidadãos e as organizações que afetam as suas vidas. O utente torna-se um parceiro bem informado e ativo, que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, passando a solucionar os próprios problemas. O profissional ajuda o utente a tomar decisões informadas, por forma a alcançar os seus objetivos e ultrapassar dificuldades.

Concluimos que o empoderamento é, atualmente, um dos principais eixos da Promoção da Saúde.

Atualmente a saúde constitui um recurso de vida quotidiano e não um objetivo de vida, pelo que se torna fundamental facultar a todos os indivíduos o direito de aprender como

manter e melhorar a sua qualidade de vida. Surge assim a *Educação para a Saúde* que, de uma forma simplista, pode ser descrita como uma estratégia de Promoção da Saúde.

Assim, a Educação para a Saúde deverá consistir num conjunto de atuações orientadas no sentido de favorecer às pessoas uma maneira de pensar, de sentir e de agir que lhes desenvolva ao máximo a sua capacidade de viver quer individual quer coletivamente, de modo a assegurar o equilíbrio com o meio físico, biológico e sociocultural.

Trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas, tendo como objetivo o bem-estar total.

“A educação para a saúde assume-se como um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que os leve a sentir-se competentes, felizes e valorizados, ao adotar e manter estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde não se pode limitar a adotar uma abordagem específica da doença, nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais. Implica além disso uma resposta organizada do sistema no sentido de permitir que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu quotidiano, nomeadamente tornando acessíveis cenários e contextos promotores de saúde” (Matos, 2008).

Ao assumir um papel ativo na preservação da sua saúde, adotando estilos de vida e comportamentos saudáveis, o individuo faz as suas opções de vida e torna-se responsável pela mesma. No entanto, é importante ter em consideração que as escolhas que o individuo faz são muitas vezes condicionadas por sentimentos e emoções, que devem ser conhecidos e valorizados pelos intervenientes no processo de Educação para a Saúde, pelo que “(...) os programas de Educação para a Saúde devem contemplar não só dimensão física, mas também todas as outras dimensões que o ser humano encerra, de modo a constituir uma interação holística entre ela” (Damásio, 1998 citado por Costa, 2006).

A Educação para a Saúde assume-se como uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde. A Educação para a Saúde deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida. Deve começar na família, prolongar-se por todas as etapas do sistema educativo e continuar no local de trabalho, na comunidade, nos meios de comunicação, entre outros.

4.1 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

De acordo com o Ministério da Educação Português, *Educar para a Saúde*, em contexto escolar:

“(…) consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental.” (Ministério da Educação e Ciência).

A Educação para a Saúde na escola tem por finalidade promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos, por forma a favorecer o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade (Sanmarti, 1988; Precioso, 2004). Deve ainda procurar responsabilizar os alunos pela sua própria saúde e prepará-los para que no momento em que saem da escola e se incorporam na comunidade, adotem um estilo de vida o mais saudável possível e sejam também capazes de promover a saúde dos outros.

Após a influência inicial da família, a escola tem sido considerada um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis. A Educação para a Saúde na escola é particularmente sustentada pelos seguintes fundamentos:

- Em primeiro lugar, pelo facto de todas as crianças de um país passarem pelo sistema de ensino. Dificilmente algum programa de Educação para a Saúde implementado noutro local, atinge tanta gente, como os programas de Educação para a Saúde aplicados na escola (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990; Nebot, 1999).
- Em segundo lugar, porque os resultados de numerosas investigações mostram claramente que as raízes do nosso comportamento (o nosso modo de vida) no plano sanitário (e não só) se situam na infância e adolescência (Sanmarti, 1988; Lima, 1995).
- Em terceiro lugar, porque ao fazer Educação para a Saúde na escola estamos a atingir indivíduos em fase de formação física, mental e social que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos e que são muito mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação conhecimentos (Sanmarti, 1988).
- Em quarto lugar, conta com a colaboração de profissionais valiosos que sabem educar (Nebot, 1999).” (citado por Precioso, 2004).

O início da escolaridade causa alterações importantes no ritmo de vida das crianças. Estas entram em contato com um meio diferente do meio familiar, onde se confrontam com imposições sociais institucionalizadas e definidas, que irão influenciar o seu comportamento e a sua personalidade. Assim, facilmente se percebe que a escola possa representar uma oportunidade de acesso para a assimilação de comportamentos saudáveis e para o trabalho de prevenção em vários domínios. “Na escola aprende-se não só o conteúdo curricular, mas também inevitavelmente aprende-se a ser e a viver” (Mota, 2011).

A escola é um dos locais privilegiados para fazer Educação para a Saúde. A educação que propicia às crianças não só as habilitações académicas, mas também o conhecimento específico, as atitudes e as competências relacionadas com a saúde, é vital para o seu bem-estar físico, psicológico e social.

A Educação para a Saúde em meio escolar tem uma importância fundamental, contribuindo “para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construírem um projeto de vida, e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (...) estimulando o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa” (ME/MS, 2006).

Da necessidade imperiosa em abordar temas relacionados com a Saúde nas escolas, emergiu o conceito de Escolas Promotoras de Saúde, cujo objetivo é contribuir para o total desenvolvimento das potencialidades dos alunos, o que implica que os jovens tenham um papel ativo no processo:

“Uma escola que se deseja promotora de saúde deve criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. O processo educativo, numa escola que se assuma promotora de saúde, assenta no envolvimento dos diferentes elementos da comunidade local, valorizando a participação ativa dos jovens e o papel dos adultos de referência” (ME, MS, 2000).

Segundo a OMS, a Escola Promotora de Saúde preocupa-se em desenvolver nos alunos e restante comunidade a capacidade de:

“cuidar de si e dos outros;
tomar decisões saudáveis, e tendo controlo sobre as circunstâncias da vida;
criar condições que conduzam à saúde (por meio de políticas, serviços, condições físicas/sociais);
desenvolver competências para a equidade, a justiça social e o desenvolvimento sustentável;
prevenir as principais causas de morte, doença e incapacidade: uso do tabaco, drogas e álcool, HIV/DST, má nutrição (sobre e subnutrição), sedentarismo, violência e lesões;
influenciar comportamentos relacionados à saúde: conhecimentos, crenças, habilidades, atitudes, valores, de apoio.” (DGE, 2014).

Para as escolas desenvolverem todo o seu potencial de promoção da saúde, é fundamental que haja respeito mútuo entre os parceiros da educação e da saúde, e que se desenvolva todo um trabalho em comum, despendendo de tempo em comum.

Só realizando um trabalho em equipa e tendo por base uma orientação interdisciplinar poderá haver sucesso da promoção em saúde escolar, de modo a existir uma complementaridade e partilha de saberes e competências (Mota, 2011).

Atualmente verifica-se um crescente reconhecimento das vantagens das parcerias e do trabalho intersectorial nos determinantes sociais e económicos da saúde. “Os investimentos em educação e em saúde estarão comprometidos a não ser que a escola seja um lugar saudável para viver, aprender e trabalhar” (DGE, 2014).

É inegável a ligação que existe entre a saúde e a educação e a influência que exercem noutros parâmetros como por exemplo a pobreza e o nível de rendimento. Tal facto mostra-se bem evidente na importância atribuída pelos *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* das Nações Unidas à educação e à saúde nas suas metas de desenvolvimento.

Podemos afirmar que a escola assume um papel muito importante na formação das gerações mais jovens e na construção de uma sociedade mais saudável. Educação e saúde interligam-se mutuamente.

Sabe-se atualmente que crianças e adolescentes saudáveis prendem melhor e têm mais sucesso. Deste modo, podemos afirmar que a educação capacita as crianças e adolescentes para o processo de literacia. Por sua vez, a educação e a saúde são fundamentais para aumentar a literacia em saúde, condição facilitadora da tomada de decisão em saúde (DGE, 2014).

Em Portugal, a Saúde Escolar teve início em 1901. Evoluiu até aos nossos dias, sendo continuamente sujeita a várias reformas, procurando adaptar-se aos desafios da Saúde e à evolução do Sistema de Saúde português, e também às necessidades do próprio sistema educativo.

Há vários anos que o Ministério da Educação e da Ciência vem decretando medidas de política de promoção e educação para a saúde, no sentido de prover as crianças e os jovens com conhecimentos e valores que os ajudem a desenvolver atitudes e a adotar comportamentos promotores de saúde e do seu bem-estar físico, social e mental. Tem procurado adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e da *Schools for Health in Europe* (SHE), organismos nos quais está representado, através da divulgação de documentos e na definição de políticas comuns.

A colaboração e articulação entre a Educação e a Saúde tem sido fundamental na concretização de documentos orientadores para as escolas em matéria de Educação para a Saúde (da competência do MEC) e de Saúde Escolar (da competência do MS).

A própria parceria entre o MEC e o MS tem sofrido evoluções importantes ao longo do tempo. Atualmente, a parceria entre os dois Ministérios está consolidada em protocolo e visível a vários níveis. Ao nível central, entre a Direção-Geral da Educação (DGE) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem havido uma valiosa colaboração na definição de políticas comuns e na elaboração de documentos orientadores. Ao nível local, as unidades de saúde têm colaborado com as escolas no diagnóstico, na definição de prioridades de intervenção e no desenho dos projetos de educação para a saúde (DGE, 2014).

“É este paradigma de intervenção em que a escola e saúde trabalham em parceria, com o apoio da restante comunidade, para a promoção da literacia em saúde, da equidade em educação e em saúde e na melhoria dos indicadores de saúde, que se pretende que as escolas, progressivamente, integrem e assumam nas suas práticas quotidianas” (DGE, 2014).

4.2 - EDUCAÇÃO SEXUAL

A Educação Sexual foi definida no Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES,2005) como o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, que facilitem escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções.

A Educação Sexual para os jovens tem também como objetivo conseguir uma melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais, ao mesmo tempo que pretende reduzir as possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, como por exemplo a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis. Tem também como finalidade a necessidade de prover os mais jovens da capacidade de proteção face a todas as formas de abuso e exploração sexual. Numa perspetiva a longo prazo, a Educação Sexual deve contribuir para a tomada de decisões na área da sexualidade durante toda a vida.

Atendendo aos objetivos referidos, apreende-se o conceito de Educação Sexual como “(...) um conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade *et al*, 2009).

Este conceito de Educação Sexual parte de um conceito de Sexualidade baseado na perspetiva holística do ser humano, perspetivando a Educação Sexual como fundamental na construção da identidade humana. “A sexualidade é reconhecida como uma dimensão fundamental da personalidade humana de cujo desenvolvimento não se pode dissociar” (Dias, 2002).

A *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS) define a Educação Sexual como:

“Um processo ao longo da vida de aquisição de informação e formação de atitudes e valores sobre a identidade, relações interpessoais e intimidade. Envolve o desenvolvimento sexual, a saúde reprodutiva, as relações interpessoais, afeto,

intimidade, imagem corporal e papéis de gênero. A educação sexual engloba as dimensões biológica, sócio-cultural, psicológica e espiritual da sexualidade integrando um domínio cognitivo (informação), domínio afetivo (sentimentos, valores e atitudes) e domínio comportamental (comunicação, tomada de decisões e outras competências pessoais relevantes)” (citado por Serrão, 2009).

Neste sentido, a Educação Sexual deve promover, numa perspetiva de educação global do indivíduo, a capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões, ou de destacar a informação pertinente. É também importante, no domínio da Educação Sexual, discutir e compreender as diversas perspetivas morais e sociais sobre a sexualidade, numa posição de respeito pelas diferenças culturais existentes (GTES, 2005).

Podemos afirmar então que confinar a Educação Sexual a uma vertente meramente informativa é não só ineficaz como desajustado, pois não estará subjacente o desenvolvimento de atitudes promotoras da saúde, nem o desenvolvimento das competências necessárias para se fazer uso dessa informação; assim como não será possível que os indivíduos construam quadros de referência, definidores das suas opções individuais.

A informação é apenas uma componente do processo educativo e separada das restantes componentes não leva à alteração de atitudes e comportamentos. Nesta linha de pensamento, Zapián (2003) considera fundamental que a Educação Sexual se centre nas atitudes o que

“(…) pressupõe abrir espaços para trabalhar a capacidade de assumir o protagonismo no desenvolvimento do projeto próprio da sexualização, a disposição para integrar de forma positiva o erotismo – entendido como a experiência do desejo sexual e comportamentos derivados – na estrutura geral da personalidade, e a capacidade de se relacionar com os outros em ligação com os suportes emocionais e o espaço da intimidade”.

A Educação Sexual deve não só proporcionar aos jovens toda a informação necessária, mas também a oportunidade de compreender a dimensão afetiva da sexualidade, ajudando-os a compreender as emoções, os sentimentos e as decisões envolvidos no comportamento sexual. Assim, a Educação Sexual deverá ser entendida como a educação para os afetos, sendo para tal fundamental que cada educador tenha em consideração que a sexualidade não se reduz à reprodução nem a aulas de anatomia e fisiologia da reprodução.

“Falar de sexualidade é falar do corpo, corpo vivido, relacional, corpo pessoa, através dela dirigido e formado para o encontro, para o outro. Por isso falar de sexualidade é muito mais do que ensinar a simples descrição fisiológica dos aparelhos genitais e dos mecanismos de reprodução humana despidos de todo o contexto relacional que são condição normal da nossa humanidade. Falar assim da sexualidade é reduzir o corpo a um mero instrumento o que é de algum modo falar de um corpo instrumentalizado” (Biscaia, 2002 citado por Costa, 2006).

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

Verifica-se, mais uma vez, que a Sexualidade e a Educação Sexual devem ser enquadradas numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e social, e ser entendidas como uma vertente do processo global da educação e como uma das componentes da Promoção da Saúde.

Educar para a saúde não consiste simplesmente em ceder informação sobre os fundamentos científicos dos problemas de saúde ou sobre o perigo de certas condutas, mas sim em desenvolver atitudes críticas, autónomas e solidárias que permitam analisar os problemas, aceder à informação adequada, refletir sobre os valores que cada ação tem contida, assumir responsabilidades e aprender a tomar decisões.

Neste sentido, o Ministério da Educação assume a Educação Sexual como parte integrante do processo de Promoção da Saúde em meio escolar nas suas diferentes dimensões: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional.

Assim e de acordo com um modelo de desenvolvimento pessoal e social, constituem valores essenciais da Educação Sexual:

- “o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;
- o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de paz e de comunicação, e uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais;
- o reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- o respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas;
- a promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres, a promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;
- o reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis;
- o reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida;
- a recusa de expressões da sexualidade que envolvam violência ou coação, ou relações pessoais de dominação e de exploração” (ME/MS, 2000).

Decorrente deste conjunto de valores, podemos afirmar que o grande objetivo da Educação Sexual em meio escolar é “(...) contribuir – ainda que parcialmente – para uma vivência mais informada, mais autónoma, mais gratificante e mais responsável da sexualidade” (ME/MS, 2000).

Para efetivar a Educação Sexual em meio escolar, agrupam-se os objetivos em três grandes grupos: promoção do domínio dos conhecimentos, promoção do desenvolvimento de atitudes positivas e responsáveis e promoção do desenvolvimento de competências.

No que toca à área dos **conhecimentos** pretende-se que os programas de Educação Sexual contribuam para um maior e melhor conhecimento dos factos e componentes que integram a vivência da sexualidade, nomeadamente:

“das várias dimensões da sexualidade;
do corpo sexuado e dos seus órgãos externos e internos;
dos componentes anatómicos-fisiológicos e psicológicos da resposta sexual humana;
da diversidade das expressões do comportamento sexual humano ao longo da vida e das suas diferenças individuais;
dos mecanismos da reprodução humana e da contraceção;
das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos;
dos problemas que podem surgir ligados a esta esfera da vida e da saúde e dos apoios possíveis” (Frade *et al*, 2009).

O segundo conjunto de objetivos prende-se com os **sentimentos e as atitudes**, referindo-se especificamente à possibilidade de a Educação sexual contribuir para:

- “uma aceitação positiva e confortável do corpos sexuado, do prazer e da afetividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- uma atitude não sexista, ou seja, que recusa as formas de dominação de um sexo por outro e defende uma relação entre seres diferentes, mas iguais em direitos;
- uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos(as) outros (as);
- uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspetos relacionados com a sexualidade e a reprodução” (Frade *et al*, 2009).

O terceiro conjunto de objetivos situa-se no domínio das competências individuais, nomeadamente:

- “no desenvolvimento das competências para tomar decisões responsáveis;
- no desenvolvimento das competências para recusar comportamentos não desejados ou que violem a dignidade e os direitos pessoais;
- no desenvolvimento das competências de comunicação,
- na aquisição e utilização de um vocabulário adequado;
- na utilização, quando necessário, de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de IST;
- no desenvolvimento de competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário” (Marques *et al*, 2000).

Este conjunto de objetivos gerais aqui apresentado, estabelece uma base sobre a qual poderão ser criados objetivos específicos, atividades e estratégias adaptados aos diferentes níveis de ensino, às variadas idades e a outras características específicas dos alunos. Deste modo, pretende-se “estabelecer um conjunto de objetivos fundamentais, organizados em

dimensões temáticas, tratados com níveis de aprofundamento e complexidade crescentes em função do desenvolvimento dos alunos e dos seus próprios interesses” (Marques *et al*, 2000).

4.2.1 - Educação Sexual em Meio Escolar

Nos últimos anos, procurando acompanhar a evolução da sociedade, a escola tem sofrido imensas transformações, para se poder afirmar como local privilegiado de aprendizagem e socialização.

Ao longo de muitos anos, a principal preocupação da escola básica e secundária era simplesmente transmitir conhecimentos científicos e técnicos, que preparavam as crianças e jovens para o prosseguimento de estudos superiores e/ou para o mercado do trabalho. Pode-se afirmar que a escola se limitava à instrução, que se restringia ao ensino puramente académico. A demais formação, que permitia adaptar-se á realidade do dia-a-dia, era delegada na família ou na sociedade em geral.

Nos dias de hoje, a escola assume-se como instituição relevante de educação global; isto é, sem descurar a otimização dos conhecimentos académicos, promove as aprendizagens que beneficiam a autorrealização, observando o desenvolvimento de todas as capacidades do individuo, incluindo os valores e as atitudes, de modo a preparar os cidadãos para uma vida em sociedade.

“A escola constitui-se atualmente não só como um espaço de aprendizagens e convivência social, mas essencialmente como um lugar de interação, relação, cooperação e resolução de conflitos.” (Gonzaga, 2006; Assunção, 2010).

A Educação Sexual, perspectivada como uma das componentes da Promoção e Educação para a Saúde e entendida como uma vertente do processo global de educação, constitui uma parte essencial da visão de educação integral e as suas aprendizagens são fatores fundamentais de promoção de bem-estar biopsicossocial, reconhecido como objetivo final de educação.

Nesta área, o papel da família é sem dúvida primordial. Contudo, face às condicionantes da sociedade atual, a formação acaba por ser muitas vezes esquecida ou delegada nos meios de comunicação, aos grupos de pares e a outras fontes, resultando muitas vezes em informação pouco rigorosa ou mal sustentada.

A escola é um local de destaque onde se desenvolve o processo de socialização e construção da personalidade dos jovens. De forma intencional ou não, através de mensagens ou de comportamentos, a escola interfere no desenvolvimento sexual dos alunos.

Neste contexto, o espaço escolar, pelas suas características e pelo seu protagonismo no quotidiano juvenil, surge como um meio privilegiado onde podem ser adquiridos os conhecimentos e as competências pessoais e sociais sobre sexualidade.

“Na Europa, os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia desses mesmos adolescentes. A escola é ainda um palco privilegiado da relação do adolescente com os pares” (GTES, 2007).

A escola é a única instituição que pode desenvolver um processo de ensino/aprendizagem devidamente estruturado, sequenciado, globalizado e significativo (Assunção, 2010).

Na escola pode ser feita a sistematização das aprendizagens, garantindo que a educação chegue a todos em igualdade de oportunidades, preservando deste modo um direito do cidadão tão importante.

“O direito à educação é um direito fundamental do indivíduo, considerado como indispensável para o seu desenvolvimento, pois é através dele que se formam cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres, dispostos para o exercício livre da cidadania” (Gonzaga, 2006 citado por Assunção, 2010).

A escola tem a possibilidade de estabelecer parcerias e protocolos com outras instituições, nomeadamente instituições ligadas à saúde; e pode também aceder à colaboração de entidades governamentais e não-governamentais, enriquecendo sua atuação com numerosos recursos comunitários.

Através da escola é possível chegar aos pais e/ou encarregados de educação, envolvê-los e implicá-los no processo educativo, assegurando a sua co-responsabilização educativa.

Atualmente a escola dispõe de espaço e de recursos humanos, didáticos e comunitários muito diversos, pelo que deve ser reconhecida como um dos agentes educativos essenciais que garante às pessoas e às populações a verdadeira formação. A escola pode assegurar que aprendam o que é o bem-estar, desejem o bem-estar e assumam um estilo de vida saudável, considerado como competência para viver promovendo a própria saúde, de forma a contribuir para o bem-estar pessoal e o bem-estar da sociedade (Assunção, 2010).

Neste contexto, onde se tem uma perspectiva de atitude e de conduta, é fundamental a participação dos alunos como estratégia metodológica para mobilizar os aspetos afetivos e emocionais. Assim, os alunos devem ter a oportunidade de contribuir na decisão dos

problemas de saúde a abordar, na forma de organizar o trabalho, nas atividades a desenvolver ou em qualquer outro meio que permita a sua implementação.

Através desta participação ativa e envolvente, poderão aprender a determinar as normas de funcionamento, as responsabilidades que competem a cada indivíduo ou grupo, a expressar as próprias atitudes, a respeitar as diferentes opiniões, a fundamentar as opções tomadas e, ainda, a tomar decisões conscientes e a comprometer-se responsabilmente nas ações que permitam converter em hábitos de vida saudável todo o conjunto de aprendizagens realizado em função dos problemas de saúde levantados.

“(…) é talvez através da participação ativa dos jovens na sua comunidade e da reflexão profunda acerca dele próprio, do outro e do mundo, que promovemos a construção de cidadãos solidários, autónomos, participativos e civicamente responsáveis, capazes de fazer escolhas informadas e de formular opiniões coerentes sobre as diferentes problemáticas sociais” (Gonzaga & Nunes, 2006).

É necessário que a escola ajude os seus alunos a desenvolver um conjunto de qualidades que facilite a opção por um comportamento sexual que contribua para a sua realização como pessoas. Assim, a reflexão pessoal e crítica sobre o seu comportamento é um dos objetivos essenciais de um programa de educação sexual.

A Educação Sexual em meio escolar é uma forma adequada de contribuir com informação coerente e credível nesta área. Deve ser baseada na importância da vida afetiva, devendo a escola assegurar aos jovens a informação e o desenvolvimento das competências necessárias para enfrentar as emoções e as escolhas constantes que estão envolvidas na sua sexualidade.

4.3 - A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NAS APRENDIZAGENS SOBRE SEXUALIDADE

Assim como noutras esferas da vida humana, em que o contexto primário considerado como o mais influente e poderoso nas sociedades humanas é, sem dúvida, a família, também no âmbito da Sexualidade a família é, fundamentalmente na infância, o “contexto mais básico e primordial de aprendizagem e da vivência da Sexualidade” (ME/MS, 2000).

A importância da família na Educação Sexual das crianças e dos jovens assume-se como inquestionável; a vivência da sexualidade é um dos componentes do processo de desenvolvimento global da pessoa, no qual a família, como se sabe, é o primeiro e um dos principais agentes.

A família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmãos, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais ou programas de televisão constituem modelos e referências muito importantes para o indivíduo que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia.

Neste encadeamento, podemos afirmar que para além das iniciativas conscientes e ponderadas com que as famílias procuram aumentar e solidificar os conhecimentos dos seus filhos e educandos no domínio da sexualidade, o próprio contexto familiar assume-se como contexto básico e primordial de aprendizagem e de vivência da sexualidade.

Assim, é no contexto familiar que se realizam as primeiras relações afetivas, de apego e de sociabilidade que terão grande influência nos ciclos de vida subsequentes, nomeadamente nas suas dimensões afetiva, amorosa e sexual.

Em simultâneo, como mecanismo de influência da família nas crianças e jovens, a aprendizagem pela observação de comportamentos e pela integração de modelos que associam tanto o fazer, como o pensar e o julgar vem reforçar a inevitabilidade da participação da família na Educação Sexual.

Neste sentido, a comunicação verbal na família acerca da sexualidade é apenas uma das procedências possíveis da aprendizagem sexual, e não será, certamente, a mais importante. A verdade é que a linguagem afetivo-sexual tem múltiplas expressões e referimos alguns exemplos: a maneira como cada elemento da família exerce o seu papel sócio-sexual e como é, sistematicamente, organizado o conjunto familiar, a proximidade ou a distância física, as reações verbais ou não verbais acerca de acontecimentos que se relacionem com a temática em causa, os comentários sobre os comportamentos de outras pessoas ou sobre acontecimentos públicos e o silêncio, voluntário ou involuntário, em torno da temática afetivo-sexual.

Todas estas aprendizagens do domínio afetivo-sexual que as crianças e jovens realizam no contexto familiar podem ser questionadas, abaladas, reforçadas ou até mesmo complementadas aquando da sua inserção na sociedade. De facto, ao longo da vida, as crianças e jovens vão-se integrando em contextos diferentes, o que é normal e desejável, sendo previsível que, a cada um desses contextos, correspondam vivências diferentes, mensagens de intencionalidade e conteúdos diversos e canais de comunicação próprios (ME/MS, 200). Podemos pois afirmar que são múltiplos os agentes que participam na aprendizagem dos assuntos da sexualidade: a família, os amigos e colegas de escola ou de

vizinhança, os professores, os profissionais de saúde, a televisão, o cinema, as leituras (revistas, livros, jornais, cartazes, etc.).

De modo geral, nenhum dos agentes que intervêm nos conhecimentos que a criança e o jovem vão adquirindo substituem as funções e as potencialidades da família. No entanto, não é possível, nem aconselhável, desconsiderar o papel dos agentes exteriores à família e à escola na aprendizagem de conteúdos sexualmente conotados, sobretudo porque a sua influência é crescente ao longo da vida, como é o caso do grupo de amigos (Vaz *et al.*, 1996).

4.3.1 - Educação Sexual na Escola e o Imperativo da Articulação com as Famílias

Parece claro que a família é, por natureza, a primeira instância de educação e formação das crianças e adolescentes. Contudo, e pelo facto do tempo efetivo de vivência familiar ser cada vez mais restrito, a escola deve ter, em si, responsabilidades acrescidas na ajuda e apoio a esta educação/formação. A escola deve ser a “parceira” ideal nesta coligação.

A escola e a família devem agir em conformidade no que respeita à educação das suas crianças e adolescentes em matéria de sexualidade. Devem pautar-se por um mesmo objetivo fundamental: “promover uma maturação responsável no jovem e preveni-lo dos riscos das vivências sexuais precoces” (Lemos & Leandro, 2002).

Se compararmos a escola com outros agentes de socialização anteriormente referidos, constatamos que é sobretudo no domínio dos conhecimentos que esta poderá assumir um papel importante. Ao contrário dos meios de comunicação, a escola tende a promover uma aprendizagem de forma articulada e com sentido lógico. Além disso, por ser um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, tem capacidade para transmitir conhecimentos técnicos e científicos que, muitas vezes as famílias não podem promover, quer pela sua natureza informal, quer pela deficiente preparação e dificuldades de comunicação de muitos pais.

A escola juntamente com a família podem unir-se com vista a um único objetivo: o de acompanhar o adolescente para uma vivência mais informada, mais autónoma e, sobretudo, mais responsável da sexualidade.

Nos dias de hoje, é importante ter em conta que a escola é o espaço onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, logo, há que investir na educação sexual neste local. De facto, é neste espaço social que os adolescentes começam por interiorizar as primeiras sensações sobre os afetos, a amizade e o carinho com os pares. Porém, nem sempre a família e

a escola mostram a necessária abertura para compreender as atitudes e os comportamentos dos adolescentes referentes à sexualidade.

Neste contexto, é urgente que se implementem programas de Educação Sexual nas escolas, que assentem na perspectiva de desenvolvimento do indivíduo, no sentido que a sexualidade é considerada uma força estruturante no processo de evolução individual, desde o nascimento até à morte.

De acordo com o GATES (2007) é fundamental a participação dos encarregados de educação nas diversas fases dos programas de Educação Sexual em meio escolar e a cooperação entre a escola e a família como uma das vertentes nucleares dessas atividades.

Neste contexto, em que a articulação escola-família se assume como imprescindível, tem como objetivos:

- “- Garantir e promover a participação das famílias no processo educativo dos seus filhos e educandos;
- Encontrar formas de rentabilização e de continuidade das intenções educativas da escola no âmbito da sexualidade;
- Valorizar as iniciativas de pais – organizadas ou não em associação – neste domínio, por exemplo, a realização de encontros, debates e cursos;
- Impedir ou evitar que, em torno das atividades de Educação Sexual explícita, desenvolvidas na escola, se criem entendimentos ou receios infundados acerca da finalidade e dos efeitos dessas atividades” (ME/MS, 2000).

A Educação Sexual em meio escolar destaca a escola como local privilegiado para possibilitar aos jovens um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade, bem como reconhece a importância do território educativo para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos.

Como temos vindo a referir, contextos muito diversos podem fornecer oportunidades para a Educação Sexual. A família é um espaço emocional essencial para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade e os pais devem ter um papel importante em qualquer programa de Educação Sexual.

A verdade é que a educação da sexualidade toca aspetos sensíveis da intimidade e mexe com valores, motivos mais que suficientes para que as famílias se pronunciem neste domínio. Deste modo, são recomendados encontros entre pais e docentes, para que ambos estejam cientes dos seus objetivos e se comprometam no desenvolvimento integral dos jovens.

“Pais e professores sairão mais enriquecidos desses encontros e muitas vezes dar-se-ão conta de que não terão atuado da melhor forma. É um diálogo que proporcionará aos educadores uma autoanálise que certamente poderá enriquecer a sua qualidade humana e a sua atuação pedagógica.

Os pais devem tomar consciência de que a escola, tradicionalmente focalizada para a transmissão do conhecimento e para a transmissão da cultura dominante, tem hoje que se assumir como educadora no sentido lato (...) é no domínio da

sexualidade, mais ainda do que em qualquer outro, que é fundamental que pais e professores tenham perspetivas comuns, idênticas atuações, linguagem semelhante” (Vaz *et al*, 1996).

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a relação escola-família constitui um preceito básico de qualquer projeto de Educação Sexual, pois trata-se de dois contextos de socialização que se complementam no processo educativo, pelo que se torna fundamental a criação e manutenção de canais de comunicação estruturados e funcionais.

A necessidade de criação de vínculos duais e complementares entre estes dois sistemas é fundamentada, também, pelo facto de diversos estudos desenvolvidos relatarem que ambos os contextos são identificados, com bastante frequência, pelos estudantes como fontes de informação para a obtenção de um conjunto de conhecimentos relacionados com a sexualidade, assim como pelo facto de constituírem fontes de informação credíveis para a promoção da Saúde Sexual (Serrão, 2009).

4.4 - A TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

Aprender a comportar-se e a relacionar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que a pessoa apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio. O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade correspondem a duas das competências comuns dos enfermeiros especialistas, no domínio das aprendizagens profissionais conforme Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º122/2011). Particularmente, no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública espera-se que o enfermeiro especialista seja hábil ao nível das relações interpessoais, uma vez que utiliza esse saber e a si próprio como ferramenta terapêutica na interação com os outros.

A promoção da saúde em geral e, de modo mais específico, a educação para a saúde, são processos nos quais o enfermeiro assume um papel importante, defendendo sempre a participação ativa dos indivíduos. Deste modo, para que a educação para a saúde seja um aliado para a mudança de comportamentos deve ser encarada como uma tarefa de cidadania organizada e anteriormente planeada por profissionais de saúde.

Neste sentido, podemos afirmar que a educação para a saúde constitui uma das pedras angulares da promoção da saúde. A educação é um instrumento fundamental na saúde quando procura a participação dos cidadãos como forma de lhes garantir a possibilidade de decidir os seus próprios destinos (individuais e/ou coletivos), por meio de uma participação consciente (ação/reflexão/ação), na qual os indivíduos constroem a sua própria trajetória na procura de uma vida melhor.

Torna-se fundamental que, o enfermeiro que atua na comunidade e que deseja desenvolver uma efetiva educação para a saúde, tenha em atenção as teorias e os modelos existentes no âmbito da promoção da saúde, uma vez que estes constituem uma “base teórica forte, permitem que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Lancaster, Onega & Forness, 1999).

Notamos que após os debates promovidos nas conferências internacionais de promoção da saúde, as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo compreendidas como o estímulo para a utilização das capacidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilos de vida saudáveis, a mudança de comportamentos, o lazer e a prática de atividade física.

A utilização de modelos e teorias no âmbito da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas. Além disso, podem contribuir para a melhoria do conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, aumentando as possibilidades de alcançar os objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, como para a prevenção de doenças (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Se por um lado a teoria pretende prever e explicar comportamentos, abstraindo-se da realidade, por outro, o modelo sugere a forma como se deve alterar os comportamentos. Ambos procuram explicar as relações entre o pensamento e o comportamento dos indivíduos, relativamente às questões relacionadas com a saúde, baseando-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados (Reis do Arco, 2011). O modelo permite construir uma base mais sólida, para uma prática mais informada.

Temos vindo a assistir a uma mudança do paradigma no contexto dos cuidados de saúde que consiste na devolução do poder ao utente e numa valorização da importância atribuída a este no processo de colaboração, cooperação e reciprocidade através do desenvolvimento de estratégias de Empoderamento.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve procurar, de entre as várias teorias de mudança de comportamento desenvolvidas, aquela que melhor se adequa à sua prática, nos programas educativos que desenvolver.

“A capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões educacionais é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática dos enfermeiros comunitários. (...) As teorias pedagógicas ajudam os enfermeiros comunitários a compreender como as pessoas aprendem e como projetar e implementar a educação dos utentes” (Lancaster *et al.*, 1999).

Na educação para a saúde todas as estratégias devem originar a criação de significado, mudança de estilos de vida, de capacitação, sentido de envolvimento, participação e cooperação. Deste modo, todas as estratégias de promoção e educação para a saúde devem provocar transformações de contexto e de dimensão comunitária, não podendo confinar-se a métodos informativos ou persuasivos para mudar comportamentos.

Na literatura encontram-se descritas diferentes teorias e modelos de educação para a saúde, que fundamentam e orientam as ações dos enfermeiros, enquanto educadores de saúde, em todas as fases dos processos de intervenção, desde o diagnóstico das necessidades à avaliação da intervenção.

De entre as várias teorias de mudança de comportamento desenvolvidas e que ajudam a identificar e a explicar as relações complexas entre conhecimento, crenças e normas sociais percebidas, e também proporcionam uma orientação prática nos conteúdos dos programas educativos para promover a mudança de comportamento num dado conjunto de circunstâncias, selecionámos a Teoria Sócio-Cognitiva, anteriormente designada por Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Albert Bandura, como alicerce do trabalho desenvolvido ao longo do estágio e agora descrito.

A Teoria Sócio-Cognitiva tem como pressuposto que é no contexto das interações sociais que se aprendem comportamentos que nos permitem viver em sociedade e que possibilitam o desenvolvimento de capacidades específicas dos seres humanos, como sejam falar, ler, escrever. Além disso, Bandura defende ainda que muitos dos comportamentos que aprendemos são adquiridos de uma forma bastante mais rápida do que seria possível se fossem adquiridos por sucessivas aproximações e reforço.

Bandura defende que o ser humano é capaz de aprender comportamentos sem qualquer tipo de reforço. Para ele, o indivíduo é capaz de aprender através da observação do comportamento dos outros e das suas consequências.

Para Bandura, muitos dos nossos comportamentos são aprendidos através da observação e imitação de um modelo – modelação ou modelagem. O indivíduo intervém ativamente, na

medida em que não se limita a observar ou a reproduzir de forma exata o modelo que observa, mas reprodu-lo mediante a interpretação pessoal que faz desse comportamento.

Não obstante as pessoas serem produto do meio, têm também a capacidade de o escolher e de o alterar. Neste encadeamento, o ser humano é moldado pelo pensamento, as regras sociais e por aquilo que se aprende com os modelos transmitidos pelos outros.

A Teoria Sócio-Cognitiva de Bandura pode ser sintetizada em dois princípios básicos:

1. Princípio da Interação Recíproca

Existe uma interação recíproca entre fatores internos, fatores externos e o comportamento do sujeito, através da qual se influenciam mutuamente. Bandura agrupa estes três fatores para que nenhum seja considerado um fator independente pois, para ele, não há uma inevitabilidade do ambiente influenciar o sujeito mas antes uma possibilidade. O organismo responde a estímulos do meio, mas também reflete sobre eles, devido à sua capacidade de auto-reflexão, de aprender pela experiência dos outros e da sua capacidade de prever determinada situação.

2. Aprendizagem versus Comportamento

A aprendizagem difere do comportamento porque, enquanto a primeira diz respeito à aquisição de conhecimento, o segundo refere-se à evidência ou à demonstração observável desse conhecimento. Podem existir fatores (internos ou externos) que nos impelem a não agir da forma que sabemos.

A observação é essencial nesta teoria e Bandura defende que, na aprendizagem por observação, concorrem quatro elementos fundamentais: a atenção, a retenção, a reprodução e a motivação ou o interesse.

- **Atenção**

Não prestamos atenção a tudo, selecionamos os modelos a que prestamos atenção, de acordo com a idade e o sexo. É mais frequente a imitação de modelos do mesmo sexo e de idades mais próximas de cada indivíduo. Os modelos que apresentam estatuto social mais prestigiado são os mais frequentemente escolhidos para imitação. Por outro lado, a aprendizagem por observação será tanto mais eficaz quanto mais atento o observador estiver ao comportamento apresentado.

- **Retenção**

A informação proveniente da observação será codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, de acordo com uma organização por padrões, em forma de imagens e de construções verbais. Os observadores que transformam a atividade observada em códigos verbais, ou imagens, aprendem ou retêm a informação muito melhor do que aqueles que se limitam a observar.

- **Reprodução**

A reprodução consiste na tradução das concepções simbólicas do comportamento, armazenado na memória, em ações correspondentes.

- **Motivação/Interesses**

A aprendizagem é diferente da execução de um comportamento. Para que um determinado comportamento aprendido seja executado, o indivíduo deve estar motivado para o fazer, o que pode ser alcançado através de incentivos.

Segundo o autor, a aprendizagem ocorre, então, em duas fases: 1) a fase da aquisição do comportamento, norteadas pela atenção e retenção; 2) a fase de execução do comportamento, determinada por dois fatores, a motivação e o reforço.

Nesta linha de pensamento, Bandura defende que as consequências ditam em grande medida, o nosso comportamento. Só reproduzimos um comportamento se julgarmos que existe algum tipo de benefício, isto é, se estivermos motivados.

Logo no que se refere à segunda fase, Bandura defende que, se alguém estiver motivado para aprender um determinado comportamento, então esse comportamento será aprendido por observações claras. A motivação é entendida como a necessidade ou o desejo de que leva a um determinado tipo de comportamento e encaminha para um objetivo. Perante o exposto, enumera como tipos de motivação:

- Reforço direto: o observador recebe estímulos ao reproduzir o que observou;

- Reforço indireto ou vicariante: em que o reforço é recebido pelo modelo. Observar os resultados obtidos pelo comportamento de outra pessoa pode modificar o nosso próprio comportamento.

- Auto – Reforço: o indivíduo controla os seus próprios reforços, comparando o seu comportamento com padrões internos. Se tal comportamento estiver contra os seus padrões pode haver sentimento de culpa ou insatisfação, enquanto o comportamento á altura de tais padrões o deixa satisfeito e/ou orgulhoso.

As consequências são determinantes para o comportamento. Ações que geram boas consequências tendem a ser mantidas, enquanto as que geram consequências negativas tendem a ser inutilizadas.

Das teorias de Bandura, surge outro fator de relevo na forma como o individuo aprende, a **autoeficácia**. Isto é, “a percepção do indivíduo a respeito das suas capacidades no exercício de determinada atividade” (Bandura, 1986 citado por Carvalho, 2013).

A autoeficácia envolve a crença de que com empenho podemos administrar acontecimentos gerando o efeito desejado. Ela refere-se às crenças que o individuo possui sobre o seu valor e as suas potencialidades, refere-se à autoestima, em crer nas próprias habilidades. Não se trata de possuir certas capacidades, mas sim de acreditar que as tem, ou que pode adquiri-las por meio de esforço pessoal.

A este respeito, Bandura assegura que a crença no nível de autoeficácia ajuda a determinar quanto esforço as pessoas vão dedicar a uma atividade, quanto tempo elas persistirão ao se defrontarem com obstáculos e o quão resilientes serão perante situações adversas. Quanto maior a autoeficácia do individuo maior será o controlo sobre a sua vida e, consequentemente, maior será a capacidade de utilizar as suas competências para a resolução de problemas, de ser pró-ativo, de ser ator da sua própria vida.

Sendo o conceito de autoeficácia um conceito fundamental nesta teoria, é importante conhecer as três estratégias que permitem incrementa-la:

“Estabelecer objetivos pequenos e progressivos;
Aquisição comportamental: utilizando um processo formalizado para estabelecer metas e recompensas específicas (reforço);
Instrução e reforço: o feedback da autoinstrução ou manutenção de registos podem reduzir a ansiedade sobre a capacidade do doente realizar uma mudança de comportamento, aumentando assim a autoeficácia” (Glanz, 1999).

4.4.1 - A Teoria Sócio-Cognitiva e a Educação para a Saúde na Adolescência

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública precisa compreender que para que os adolescentes efetuem uma mudança positiva nos seus comportamentos de saúde, necessitam não só de estar informados sobre as razões e os fatores de risco da emissão de comportamentos indesejáveis, como de competências, recursos e apoio social para realizarem essa mudança de forma efetiva. A autorregulação de comportamentos de saúde requer certas competências de tomada de decisão, auto-motivação e auto-orientação

(Bandura, 1981 citado por Veloso, 2005). Por outro lado, existe ainda uma diferença entre possuir as competências necessárias para regular os comportamentos de saúde, e ser capaz de aplicar essas competências eficaz e consistentemente nos diversos contextos da vida, onde se encontram inúmeros obstáculos que dificultam a adoção de comportamentos positivos. Neste contexto, para que o adolescente use as suas competências autorreguladoras com sucesso, ele tem que ter uma forte crença na sua eficácia (autoeficácia).

Constatamos assim que, quer os comportamentos prejudiciais quer os preventivos para a saúde são socialmente aprendidos, propositados, e que o comportamento funcional resulta da interação entre fatores sócio-ambientais e pessoais. Assim, “comportamentos como atividade física, ver televisão, jogar jogos de vídeo, são aprendidos através de processos de modelamento e reforço que são mediados por fatores pessoais, tais como as cognições, atitudes e crenças” (DuRant & Hergenroeder, 1994 citado por Veloso, 2005).

De acordo com Bandura, para se reduzir o risco de adoção de comportamentos prejudiciais à saúde e aumentar a probabilidade de adesão a comportamentos saudáveis (como por exemplo: atividade física), existem quatro fatores que, provavelmente, podem alterar cada um dos três determinantes referidos atrás:

- 1º) “Aumentar a atenção e o conhecimento sobre a saúde, riscos e benefícios sociais inerentes à adoção de comportamentos particulares;
- 2º) Melhorar as competências sociais e autorreguladoras que os adolescentes possuem, necessárias à implementação de ações de prevenção efetivas;
- 3º) A quantidade de situações formais e informais nos gabinetes dos médicos, nas escolas, nos grupos religiosos, nos grupos de pares, na comunidade que providenciam oportunidades que permitem aumentar as competências e construir uma autoeficácia resiliente – guiar a prática e fornecer feedback corretivo – e aplicar essas competências a situações com barreiras à prática de comportamentos saudáveis;
- 4º) A quantidade de apoio social que previne a adoção de comportamentos prejudiciais à saúde, que promove os comportamentos de saúde preventivos e que está disponível aos adolescentes” (DuRant & Hergenroeder, 1994 citado por Veloso, 2005).

Verificamos que, na realidade, nem sempre estes quatro fatores estão disponíveis para os adolescentes, principalmente para aqueles que partilham ambientes sociais de risco eminente. Neste contexto, e com base na literatura, procuramos de seguida descrever algumas estratégias de intervenção que pretendem justamente desenvolver esses quatro fatores promotores da mudança, e que são suscetíveis de aplicação pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Com o desígnio de melhorar o primeiro ponto, é importante começar por proporcionar informação, analisar formas de desencadear ações e formular objetivos. As estratégias de promoção da saúde mais eficazes nos jovens são as que procuram desenvolver neles a

convicção de que têm a capacidade para modificar o comportamento ou hábito de saúde, e as que ensinam formas práticas de conseguir essas mudanças.

Somos remetidos para a noção de percepção de autoeficácia, que à luz da teoria de Bandura consiste na crença, por parte do adolescente, de que é capaz de exercer controlo sobre a sua motivação, o seu comportamento e o ambiente social. Vários estudos apontam que a percepção de autoeficácia dos adolescentes referente ao comportamento de saúde é o preditor mais importante do nível de resposta às mensagens de saúde. Esta convicção influencia a direção, intensidade de esforço e persistência que o adolescente dedica a um comportamento face às dificuldades e, influencia também, o padrão de pensamento que poderá ser auto-depreciativo ou auto-encorajador. Em suma, se os adolescentes acreditarem que não têm controlo suficiente sobre o seu próprio comportamento, ou sobre os comportamentos ou influência social dos outros, então eles anteverão poucas razões para tentar mudar o seu comportamento.

Neste encadeamento, é fundamental que a informação proporcionada pelo enfermeiro aos adolescentes não os atemorize quanto ao comportamento de saúde, mas sim lhes propicie informação factual sobre o comportamento, isto é, os benefícios e perdas associados aos diversos comportamentos de saúde positivos e negativos, e as “dicas” essenciais para que exercitem controlo sobre os seus hábitos de saúde.

É importante que os adolescentes compreendam que uma mudança bem sucedida só acontece quando se efetuam novos esforços seguidos de várias tentativas falhadas, e que por isso a perseverança é fundamental para que a percepção de eficácia do adolescente não diminua, quando confrontado com alguns obstáculos. Cabe ao enfermeiro reforçar a mensagem sobre a saúde nas sucessivas sessões com os adolescentes.

Em relação ao segundo fator, para se poder intervir a este nível, é essencial ensinar competências e estratégias para começar a mudança. As competências a desenvolver devem ser próprias para o tipo de comportamento de saúde a alterar, e também para o ambiente social em que o adolescente vive.

Segundo Veloso (2005), “se o componente de modelamento de um programa de educação para a saúde for conduzido por alguém com quem o adolescente se possa identificar étnica ou culturalmente será mais provável que venha a adquirir o conhecimento, competências e percepção de autoeficácia necessários para mudar o seu comportamento”.

Para corresponder adequadamente a esta necessidade, com vista a aumentar a sua eficácia, o enfermeiro poderá recorrer a vídeos educativos com atores adolescentes para promover o comportamento de saúde em causa.

Por forma a dar resposta ao terceiro fator, deve-se direcionar os adolescentes para as oportunidades que possam encontrar e proporcionar feedback relativamente ao comportamento que conseguem desenvolver. Se for o caso, numa fase inicial pode dar-se oportunidade de praticar as competências em situações fictícias onde o adolescente não terá receio de cometer erros ou parecer inadequado. Neste contexto, “o role-playing é uma estratégia útil, através da qual o adolescente pratica a forma como pode lidar com o tipo de situações que tem de enfrentar no seu ambiente social real” (Veloso, 2005). É importante que o enfermeiro vá continuamente dando feedback corretivo, eventualmente, até que o adolescente desempenhe as competências de uma forma consistente e espontânea. Numa fase posterior, e se for o caso de o adolescente colocar em prática as competências em situações reais, então é importante que o processo seja acompanhado por feedback e reforço; e ainda, é importante que se reforcem as competências de autoeficácia aprendidas, para que ele consiga realizar o comportamento de saúde em qualquer situação, principalmente em situações de maior risco.

Por último, deve-se encaminhar os adolescentes para formarem as suas próprias redes de suporte. Neste sentido, é importante manter presente que qualquer mudança nos comportamentos de saúde acontece no âmbito de redes de influência social e que a natureza dessas redes pode ajudar, protelar ou limitar os esforços de mudança dos jovens (Bandura, 1986, Veloso, 2005). O enfermeiro precisa de formas práticas de ajudar o adolescente a cortar a ligação com as redes sociais que não promovem a modificação, e a desenvolver fortes envolvimento com redes de apoio à mudança positiva.

5 - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A palavra comunidade tem origem no latim, derivando de “*communio*” e “*communitas*”, que significam comunhão, partilha e congregação. Assim, segundo Goméz

“(…) a comunidade como conceito designa uma entidade social e espacial determinada por um território e pelos seus habitantes, ...é um espaço de vida onde se concretizam os problemas, as necessidades, os projetos e as esperanças de um amplo grupo de pessoas que, a partir da sua organização em diversas instituições, pretendem dar resposta aos desafios do meio” (2007, citado por Dias, 2010).

A CIPE reforça este pensamento ao definir comunidade como “(…) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo coletivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, condições ou interesses comuns” (2011).

Atualmente, e acreditando que devido à compreensão da sua importância e necessidade no contexto atual, parece estar em moda o termo “Enfermeiro de Saúde Comunitária”. Contudo, é importante não esquecer que é longa a história de trabalho percorrida pelos Enfermeiros ao longo dos anos na comunidade e em comunidade. O Enfermeiro Comunitário adota um papel de relevo por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, com destaque para as atividades de educação em saúde, na prevenção da doença, na recuperação e manutenção da saúde, no planeamento, na coordenação, na gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve incorporar uma visão holística e contextual da pessoa/família/comunidade, o que por sua vez, potencializa a adequação de respostas face à especificidade dos problemas encontrados.

Correia (2001) refere que a “Enfermagem Comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade”. Contudo, as intervenções devem ser dinâmicas observando um conjunto de medidas que contribua para o bem-estar na ótica do cidadão inserido na sua comunidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha, para partilhar com a população, nos domicílios nas escolas, nas empresas, o seu

saber e o seu agir (Dias, 2010). Tal como refere Lancaster (1999) “Os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio”.

A Organização Mundial de Saúde destaca o papel dos enfermeiros na prevenção, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o propósito de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham (OE, 2006).

A perceção dos problemas próprios de uma determinada comunidade requer o entendimento e o envolvimento profundo com a mesma, o que se traduz em proximidade. A Ordem dos Enfermeiros é assertiva quando defende que “é no contexto da comunidade que, partindo da investigação das suas necessidades, é permitido compreender melhor os seus mecanismos e aumentar os conhecimentos nos quais os diferentes “artesãos de cuidados” se poderão apoiar” (Correia *et al.*, 2007).

Este incremento de conhecimentos só pode ser alcançado através da partilha de experiências que deverá ser facilitada com a criação de um elo de confiança, que deve ser conquistado e preservado. “O fortalecimento da relação entre o enfermeiro e o cidadão passa, entre outras, pelo respeitar de ideias, pontos de vista, conceitos providos de experiências passadas, sem que haja qualquer tipo de desvalorização” (Franco, 2009). Deste modo, podemos afirmar que a conjugação do saber técnico/científico com o saber popular, das experiências de vida, deve servir de base para uma melhor compreensão das necessidades e mudança, tanto do enfermeiro, como daquele a que ele assiste. A Ordem dos Enfermeiros defende que “o saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa já que, por definição, os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2007).

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde defende que o envolvimento e a participação da comunidade são atualmente um processo estratégico, sobretudo no âmbito da Enfermagem Comunitária, com especial foco na promoção da saúde. Muitos estudos mostram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação ativa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

5.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As transformações que se têm verificado na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de atuação profissional na área da saúde, invocam uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de consecução de um nível mais elevado de qualificação que possibilite dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

Estando atenta às modificações que se têm sentido nas sociedades e às novas realidades sócio económicas, a Organização Mundial de Saúde emanou um conjunto de diretrizes que assentam em pilares axiológicos fundamentais como: a equidade, a solidariedade e a justiça social. Tais pressupostos provocam uma reorientação da oferta dos cuidados de saúde, em especial no domínio dos Cuidados de Saúde Primários, como resposta às crescentes expectativas das populações e aos desafios de saúde do mundo atual que permeiam todos os contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

Neste contexto, Ordem dos Enfermeiros estabelece o sistema de individualização das especialidades em Enfermagem, enquanto parte integrante do modelo de desenvolvimento profissional dirigido a cada enfermeiro, transformando-o num dos instrumentos permanentes tanto para o desenvolvimento como para a regulação da profissão.

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

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

A formação do especialista procura o domínio amplo ou abrangente e profundo numa determinada área ou campo de conhecimento em enfermagem especializada. Deve também promover-lhe competências ou potencial para o domínio de um campo de conhecimento específico nos seus saberes ou conhecimentos, ajustados dentro de uma especialidade definida e reconhecida.

No entanto, independentemente da área de especialidade, a OE define quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista que são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011).

O Regulamento n.º122/2011 da OE refere ainda que seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas devem demonstrar “(...) competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” A atuação do enfermeiro especialista “também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 122/2011).

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

O *International Council of Nurses* refere que “os enfermeiros ao trabalharem junto da população assumem um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado”. O cumprimento desta aspiração requer profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que permitam a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente á realidade concreta de cada comunidade.

Em 1988, o *Institute of Medicine* definiu a Saúde Pública como o que a sociedade faz coletivamente para garantir as condições com as quais as pessoas conseguem ser saudáveis, e afirmou também que o seu objetivo era gerar esforços comunitários organizados para dirigir o interesse do público para a saúde, através da aplicação do conhecimento técnico-científico, para prevenir a doença e promover a saúde (Lancaster & Stanhope, 1999).

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo uma área de especialização do exercício profissional de enfermagem, utiliza os saberes e os conhecimentos da profissão e os conteúdos da saúde pública; tem como finalidade contribuir para a preservação e melhoria da saúde da população e dirige a sua intervenção ao indivíduo, à família e à comunidade através do esforço comunitário organizado.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública interliga a sua atividade com outras profissões, articulando e desenvolvendo um trabalho de parceria, apelando a uma visão holística e transdisciplinar da identificação dos problemas, intervenção e avaliação de resultados.

Tal como referem Lancaster & Stanhope, (2011), trata-se de uma área de especialidade com características próprias e que a distinguem como tal:

É focada na população. A ênfase principal dirige-se à população cujos membros vivem em liberdade na comunidade, por oposição àqueles que estão institucionalizados;

É orientada para a comunidade. Há preocupação pela ligação entre o estado de saúde da população e o ambiente no qual a população vive, existindo o imperativo de trabalhar com membros da comunidade de forma a desempenhar funções centrais de saúde pública; *As intervenções são realizadas ao nível da comunidade ou da população.* Os processos políticos são utilizados como estratégias importantes de intervenção para afetar políticas públicas e atingir objetivos;

Existe preocupação pela saúde de todos os membros da população/comunidade, principalmente subpopulações vulneráveis.

Deste modo é fácil definir os objetivos primordiais da sua atuação:

Promover a saúde, prevenir a doença e a incapacidade junto dos indivíduos, famílias e comunidade;

Identificar situações problemáticas no âmbito da saúde pública, nos indivíduos, comunidade e ambiente, recorrendo a metodologias epidemiológicas e de investigação;

Contribuir para a adoção de estilos de vida na população/comunidade.

Segundo a *American Public Health Association* a enfermagem comunitária e de saúde pública condensa a parte principal dos conhecimentos de ciências de saúde pública e das teorias de enfermagem com o intuito de propiciar a saúde de toda a comunidade. Esta meta embate no cerne da prevenção primária e promoção da saúde e é a fundamentação para a prática da enfermagem comunitária e de saúde pública.

No contexto português, de acordo com o Regulamento n.º128/2011 (Anexo I), sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (Regulamento n.º128/2011,2011).

Neste regulamento, mais concretamente no seu preâmbulo, é referido que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

“tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” as comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º128/2011, 2011).

Este mesmo documento refere que o enfermeiros especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública “intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (...)” (Regulamento n.º128/2011, 2011).

Neste contexto, distinguem-se “as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (Regulamento n.º128/2011, 2011).

O Artigo 4º do regulamento supracitado descreve as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- (Regulamento n.º128/2011, 2011).

A especialização na área de enfermagem comunitária e de saúde pública, por conceder um elevado grau de resposta às necessidades dos cidadãos e por proporcionar uma visão multidimensional da saúde, permite ao enfermeiro ir ao encontro dos problemas expostos, através da coordenação e/ou participação de projetos locais e no desenvolvimento de atividades em vários locais da comunidade como: centros de saúde, ambulatórios hospitalares, infantários, escolas, universidades, presídios, repartições públicas, centros de desporto e lazer, domicílios, entre outros, de forma a “interferir nos processos saúde/doença do cidadão, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social” (OE, 2006).

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

A educação para a saúde é fundamental em enfermagem. “A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes de saúde comunitária recebam informação compreensível relacionada com a saúde. Os clientes da saúde comunitária englobam os indivíduos, as famílias, as comunidades e as populações” (ANA, 2001, citado por Lancaster & Stanhope, 2011).

A educação para a saúde visa a promoção, manutenção, prevenção e restauração da saúde de um indivíduo ou comunidade. Para que tal aconteça, é fundamental que o profissional envolvido esteja preparado, ou seja, que possua conhecimento científico e que goste de trabalhar com a comunidade pois é através do contato direto com pessoas, linguagem simples e clara que deverá desempenhar o seu papel como educador.

A educação tem o dever de garantir ao cidadão o acesso de forma adequada, ao conhecimento científico, ponto elementar para que seja despertada a semente da curiosidade e o desejo de descobrir e criar.

“Porque os enfermeiros perspetivam os clientes como detentores de diversas necessidades e capacidades numa variedade de contextos, estão numa posição chave para desenvolverem a educação para a saúde” (ANA, 2001, citado por Lancaster & Stanhope, 2011).

Falar de um processo educativo é refletir sobre mudanças de atitude, assim, ao desenvolver a educação para a saúde, o enfermeiro atua diretamente sobre os conceitos individuais de bem-estar e cria um ambiente sobre os estilos de vida de cada um.

Educar requer habilidade do educador, pois nem sempre quando se diz algo, se tem a garantia de que ocorreu a aprendizagem. Para que tal aconteça, é necessário haver uma resposta ao estímulo oferecido.

Segundo Freire “a construção de um conhecimento, ocorre através de uma reflexão sobre a prática. A educação é uma via de mão dupla em que educadores e educandos constroem um conhecimento em comum, através de uma reflexão crítica sobre a prática, sem a qual a teoria fica sem sentido” (1999, citado por Andrade & Diniz, 2008).

No caso da educação para a saúde deve considerar-se com especial atenção a afetividade. A educação para a saúde veicula conhecimento e a construção destes baseia-se no denominador afetivo. Ou seja, a construção do conhecimento depende das relações que se estabelecem entre as pessoas, pelo que será fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação tão próxima quanto possível com os sujeitos alvo da sua intervenção.

A componente afetiva encontra-se intimamente relacionada com outros pré-requisitos do processo educativo: comunicação, motivação e apoio.

Sendo o Homem um ser de relação, não pode privar-se da comunicação com os outros para obter a sua realização pessoal. A comunicação mobiliza todas as ações do ser humano, constituindo-se em fundamento à organização e ao funcionamento de todos os grupos.

A comunicação em enfermagem pode ser definida como sendo o processo pelo qual a equipa de enfermagem oferece e recebe informações do indivíduo, cliente, da família, do grupo, da comunidade, para planear, executar, avaliar e participar, conjuntamente com os

outros membros da equipa de saúde, na assistência prestada no processo de saúde/doença tornando-se assim instrumento básico da enfermagem. Constitui-se em habilidades e conhecimentos, sem os quais o enfermeiro não pode produzir um trabalho eficiente e desenvolver-se profissionalmente, com o propósito de contribuir para o estabelecimento da enfermagem avançada.

No entender de Kuregant, é através da comunicação que se sustentam os relacionamentos interpessoais, tanto em relação à interação social que se estabelece entre amigos, como em relação aos vínculos profissionais que o enfermeiro estabelece com o cliente, com o público, com os outros profissionais e com os colegas da própria equipa de enfermagem (1991, Andrade & Diniz, 2008).

A comunicação é pois um instrumento básico da enfermagem, pois torna possível um relacionamento entre o enfermeiro e o cliente atribuindo qualidade ao serviço prestado. Todos os contactos que o enfermeiro estabelece com o utilizador do serviço de saúde, estando a pessoa doente ou não, devem ser considerados uma oportunidade de educação para a saúde.

“(…) Apesar de a pessoa ter o direito de decidir se aprende ou não, o enfermeiro tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender. Os ambientes educacionais podem incluir domicílios, hospitais, centros de saúde, locais de trabalho, organizações de serviços, escolas, grupos de apoio” (Figueiredo, 2005, citado por Rocha, 2013).

O enfermeiro tem o constante papel de educador atuando tanto na equipa como diretamente na comunidade, desenvolvendo atividades que ofereçam condições para a promoção da saúde e prevenção da doença. A formação recebida pelo enfermeiro é muito importante, pois resultará na capacitação de um enfermeiro educador, ou seja, um profissional que, através de ações educativas conscientiza a população sobre a importância de uma saúde integral e, não apenas, a erradicação de doenças.

“(…) A educação em enfermagem deve oferecer caminhos que visem à construção do saber e que possibilitem a formação de pessoas críticas, criativas e preparadas para atuarem de forma efetiva nas diferentes comunidades, pautando-se na busca de soluções efetivas para os problemas de saúde da população” (Figueiredo, 2005, citado por Rocha, 2013).

Deste modo, o curso de enfermagem, e em particular a especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública deve procurar desenvolver nos formandos a compreensão de que a educação é um processo social, histórico e que ocorre ao longo da vida, que os processos educativos permeiam as práticas sociais de saúde, institucionalizadas ou não. Deve ainda encaminhar os formandos no sentido de considerarem as especificidades dos diferentes grupos sociais, dos distintos processos de vida, trabalho e adoecimento e colocar-se de forma

ética e humanizada na relação educativa, procurando a troca de saberes e práticas (Figueiredo, 2005, Rocha, 2013).

Ao abranger o ser humano holisticamente, a enfermagem serve-se diversos meios para promover o bem-estar e o cuidado. A enfermagem deve ser compreendida como a arte e a ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras pessoas, com o princípio ético de restaurar a dignidade do indivíduo em todos os âmbitos da vida (Andrade & Diniz, 2008).

A educação em saúde é pois um processo constante na profissão do enfermeiro, principalmente o profissional que está envolvido na saúde comunitária e pública. O enfermeiro, como educador em saúde, deve ser capaz de influenciar na construção de novos paradigmas.

“Os enfermeiros centrados na população têm a responsabilidade de liderar a criação de um novo futuro com comunidades mais saudáveis” (Lancaster & Stanhope, 2011). A informação proporcionada pelos enfermeiros deve capacitar os indivíduos para que alcancem níveis ótimos de saúde, previnam problemas de saúde, identifiquem e tratem precocemente problemas de saúde e minimizem incapacidades. A informação permite aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida.

Em jeito de síntese, podemos afirmar que educar em saúde é uma das funções de maior importância no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, pois através da transmissão do seu conhecimento ele pode levar os indivíduos a mudarem os seus hábitos de vida, a adotarem novos conceitos de saúde e práticas saudáveis para uma vida melhor. Para que tenha sucesso como educador, é fundamental que estabeleça uma relação de confiança com o indivíduo/grupo envolvido, e é através da comunicação, do diálogo existente, que será estabelecido o elo de ligação entre o enfermeiro e o cliente.

Cabe-nos a nós enfermeiros, e futuros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, tomarmos consciência do especial papel de constante educador tanto com a equipa como com a comunidade ou o indivíduo na sua especificidade.

5.3.1 - O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a Educação Sexual

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no seu Parecer nº109/2009, defende 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 (...)” (OE, 2009).

No Parecer nº109/2009 a OE assume uma posição oficial acerca da operacionalização da Educação Sexual nas Escolas:

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

O enfermeiro como profissional capacitado para assistir a pessoa em todas as etapas da vida, necessita estar inserido nos programas de educação sexual das escolas, promovendo ações e projetos voltados para a saúde dos adolescentes e famílias, que atendam as reais necessidades de ambos.

“Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sociofamiliar, atuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua atuação” (Oliveira *et al*, 2008, OE, 2009)

Os trabalhos de educação sexual desenvolvidos tanto por profissionais que atuam nas escolas como por profissionais da área da saúde são fundamentais para o confronto de problemas sociais individuais e coletivos que afetam os adolescentes. Os projetos de educação sexual das escolas devem contemplar esta especificidade trazendo benefícios para as suas vidas, pois estão numa fase peculiar de desenvolvimento, tanto emocional, como físico e social.

“A promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar atividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde. A educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adotarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida” (Hockenberry, 2006, citado por OE, 2009).

O papel do enfermeiro nas sessões de educação sexual passa por desenvolver a análise de hipóteses alternativas de escolha que se deparam ao adolescente, mostrando as vantagens e

desvantagens, e fomentando um espaço de reflexão e discussão das mesmas. Deste modo estimula o crescimento/amadurecimento interior de cada jovem.

Neste contexto, é fundamental que o enfermeiro, enquanto educador, possua uma série de competências e procure constantemente adaptar-se às mudanças investindo na própria formação contínua. Segundo Ferreira, o enfermeiro deve possuir os seguintes atributos:

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

A enfermagem, enquanto disciplina social e humanista destaca-se por estar intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, pelo que se enquadra perfeitamente no desafio de ações de educação para a saúde que permitam incentivar os jovens à reflexão crítica da sua realidade.

Na busca constante da excelência no exercício profissional os enfermeiros assumem o fornecimento de informação fomentadora de aprendizagem cognitiva e de novas competências do adolescente. A relação terapêutica aqui promovida é uma Relação de Ajuda, caracterizada pela parceria estabelecida com o adolescente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, que tem como principal objetivo ajudar o adolescente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.

O papel do enfermeiro não pode jamais ser um papel substitutivo. As suas abordagens devem focar-se no empoderamento dos adolescentes, fazendo com que estes reforcem o seu poder interior para expressar ideias e opiniões, aumentem a sua autoconfiança e direcionem as suas ações apontando uma melhor qualidade de vida.

Deste modo, enfatizam-se as metodologias participativas como fomentadoras de uma aprendizagem ativa. Esta ideologia tem por base, por um lado, a convicção de que o indivíduo é o principal agente da sua aprendizagem e deve ser capaz de construir o seu próprio conhecimento nas suas diferentes dimensões – cognitiva, emocional e comportamental – embora seja, enquanto ser social, o fruto de inúmeras interações proporcionadas pelos diferentes contextos em que se insere. Por outro lado, o papel do enfermeiro centra-se no apoio e acompanhamento ao longo desse processo de construção, permanecendo atento e fornecendo os meios e recursos necessários na construção do seu processo de aprendizagem (Frade, 2009).

O enfermeiro pode estruturar as atividades de aprendizagem e o ambiente de forma a facilitar a aprendizagem participativa, pois as pessoas aprendem melhor quando estão ativamente envolvidas no processo de aprendizagem. A participação aumenta a motivação, a flexibilidade e o nível de aprendizagem, capacidades fundamentais quando se pretende a aquisição de conhecimentos, a mudança de atitudes, a aquisição de capacidades e o desenvolvimento de competências.

A OE definiu como uma das competências básicas dos enfermeiros o atuar “de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis”.

Na perspectiva da educação para a saúde, nomeadamente da educação sexual, a intervenção do enfermeiro deverá ser estruturada no sentido de desenvolver no adolescente a consciência das suas atitudes, a qualidade das suas relações sociais, além de os levar a refletir sobre os valores e as expectativas deles em relação ao futuro. Deste modo, a educação sexual procura auxiliar a transformação contextual da vida dos adolescentes, atuando na forma de pensar e agir, uma vez que os ajuda a posicionar-se criticamente diante dos seus próprios atos.

PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Neste capítulo serão descritas, de forma fundamentada, crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo da unidade curricular Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Ao longo deste módulo foi desenvolvida a Intervenção Comunitária, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas pelo Diagnóstico de Situação anteriormente concretizado.

Neste contexto, as intervenções de âmbito comunitário implementadas tiveram em conta a relevância dos Programas de Saúde e a sua coerência e articulação com os objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde, como também a promoção do empoderamento, enquanto estratégia na promoção e educação para a saúde.

No decorrer do estágio, as atividades desenvolvidas e reflexões produzidas foram registadas num caderno de apontamento, que se revelou um instrumento valioso para a redação do atual relatório.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Segundo Imperatori & Giraldes (1986:19) “A primeira tarefa do diagnóstico de será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação”.

Embora possa parecer trivial, a realidade é que para se intervir numa população é necessário conhecer a sua realidade. Assim, fazemos agora uma breve caracterização da Escola Secundária de São Lourenço, por forma a conhecermos o ambiente onde se desenvolveu todo o projeto apresentado e agora relatado.

A informação que permite caracterizar a E.S.S.L. foi recolhida através de uma reunião com a Vice-diretora, que por sua vez nos facultou o livro comemorativo dos 125 anos da escola intitulado *Histórias da história, 125 da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre*, que constituiu a bibliografia de referência, enriquecendo este capítulo do presente relatório.

A origem da Escola Secundária de São Lourenço remonta a 1884, ano de criação da Escola de Desenho Industrial. Em 1952, passou a funcionar nas atuais instalações, situadas na Avenida George Robinson, no centro da cidade de Portalegre.

Tem como principal objetivo “formar jovens, tendo em vista a sua integração no mundo do trabalho, ou o prosseguimento dos estudos, sem esquecer, em qualquer dos casos, a sua formação como cidadão autónomos e responsáveis” (Garraio, 2011).

O concelho de Portalegre possui uma área de 447 Km² e faz fronteira, a norte, com o concelho de Castelo de Vide, a nordeste com o concelho de Marvão, a leste com a Espanha, a sul com os concelhos de Arronches e Monforte e a oeste com o concelho do Crato. A E.S.S.L. recebe não só alunos da cidade e das freguesias rurais do concelho, mas também dos concelhos limítrofes.

No ano letivo 2009/2010, quando das comemorações dos 125 anos da Escola, iniciaram-se as obras de requalificação e modernização do atual edifício, no âmbito do programa de requalificação das escolas, levado a cabo pela «Parque Escolar».

Após as obras de requalificação a E.S.S.L. ficou com 42 salas de aulas, oficinas e laboratórios, e passou a dispor de espaços amplos e apelativos, onde se incluem uma ampla e

moderna Biblioteca, áreas de lazer ajardinadas, Complexo Desportivo, entre outras infraestruturas de apoio.

No que diz respeito à população estudantil, no ano letivo de 2012/2013, momento em que foi efetuado o diagnóstico de situação, a E.S.S.L. contava com cerca de 900 alunos distribuídos do seguinte modo: 4 turmas de 7.ºano, 12 turmas de 10.ºano, 9 turmas de 11.ºano, 10 turmas de 12.ºano e uma turma de educação e formação de adultos.

No passado ano letivo, 2013/2014, quando se concretizou o projeto de intervenção no âmbito da educação para a saúde, nomeadamente no domínio da educação sexual, a E.S.S.L. possuía um total de 841 alunos distribuídos por: 3 turmas de 7.ºano, 3 turmas de 8.ºano, 6 turmas de 10.ºano, 11 turmas de 11.ºano e 9 turmas de 12.ºano.

No que diz respeito aos recursos humanos, os dados mais recentes que foi possível obter constam do Relatório de Avaliação Externa da Escola Secundária de São Lourenço 2013/2014, sendo referido que

“Dos 75 docentes que desempenham funções no estabelecimento de ensino, 81,0% fazem parte dos quadros e 78,6% lecionam há 10 ou mais anos, dados que refletem uma grande estabilidade do corpo docente. Relativamente aos 26 trabalhadores não docentes em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 80,7% têm 10 ou mais anos de serviço” (p. 2).

No projeto educativo da escola estão integradas estratégias de promoção da saúde, através da organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação da escola com a comunidade educativa. A E.S.S.L. integra a Rede de Escolas Promotores de Saúde.

No que respeita à Educação Sexual, a sua integração é feita de acordo com os moldes da portaria n.º196-A/2010, de 9 de Abril. A Educação Sexual, com uma carga horária mínima de 12 horas, é distribuída de forma equilibrada ao longo do ano letivo, incorporando um conjunto de conteúdos disciplinares de forma transversal, que constam no Projeto Curricular de Turma, elaborado no início do ano letivo. A planificação do Projeto de Educação Sexual e os temas a abordar são definidos em Conselho de Turma, em colaboração com o representante dos Encarregados de Educação e discutido com os alunos.

Apesar da responsabilidade do desenvolvimento do Projeto ser do professor responsável de educação sexual em cada turma, a escola propõe que haja uma interdisciplinaridade, aplicando-se o conceito transversalidade que o tema requer.

Os conteúdos a serem abordados por cada turma são previamente selecionados, respeitando as orientações do Ministério da Educação. As estratégias desenvolvidas na consecução do projeto são da autonomia dos Conselhos de Turma, que adotam as decisões

que consideram mais adequadas, em função das necessidades e dos interesses diagnosticados aquando da auscultação/caracterização das turmas e elaboração dos respetivos Projetos Curriculares.

A E.S.S.L. defende que o sucesso depende da forma como os alunos são envolvidos, implicados e comprometidos na construção do seu próprio conhecimento, de uma forma dinâmica e contínua, na procura da melhoria educativa que se vai desenvolvendo no dia-a-dia escolar. Deste modo, a E.S.S.L. ambiciona desenvolver nos alunos o pensamento crítico, atuante e reflexivo, de modo a promover um processo cognitivo que os ajude a construir o seu percurso formativo e a sua participação ativa na sociedade.

“Um ensino humanizado e transformador, que responda às exigências do século XXI, é a pedra angular do Projeto Educativo da E.S.S.L.” (Projeto Educativo da E.S.S.L., 2011/2013:5).

2 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento consiste basicamente numa aplicação da lógica à tomada de decisões, neste caso concreto no domínio da saúde, racionalizando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente.

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

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

O planeamento em saúde, mais que um conjunto de métodos e técnicas, é uma atitude/postura que o profissional de saúde assume perante a realidade em que se insere.

Como previsão da mudança, o planeamento em saúde preconiza a aquisição de um nível mais elevado de saúde e qualidade de vida da comunidade, através da intervenção dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). O processo de planeamento é considerado

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

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, pois tende a ser reestruturado, tendo em conta a previsão de recursos e serviços necessários no decorrer da execução. Ele parte de um diagnóstico e segue uma ordem de prioridades previamente estabelecidas. Tem uma atitude futurista e racionalidade na tomada de decisões, implicando uma ação interativa, ou seja, uma ponte no processo de gestão.

Deste modo, ele prevê a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia do planeamento determina uma análise multissetorial de uma comunidade com o objetivo de produzir uma mudança sociocultural, de produzir ganhos em saúde no âmbito da área de intervenção (Imperator & Giralde, 1993). É através da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação que os enfermeiros intervêm na comunidade.

O planeamento em saúde permite-nos optar pela solução mais proveitosa, isto é, aquela que possibilita alcançar os objetivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados desejados, com o menor gasto possível de recursos. É um processo que requer uma intervenção dirigida para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva e orientada, em função dos objetivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes.

De acordo com o estabelecido pelo *Diário da República*, 2.^a série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2001

“a metodologia do Planeamento em Saúde, tem por base a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

A necessidade do planeamento em saúde torna-se evidente porque os recursos são escassos, há que intervir nas causas dos problemas de saúde e dos respetivos serviços, as prioridades devem ser definidas, as intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis, as infraestruturas são caras, os equipamentos podem e devem ser tão equivalentes quanto possível, os progressos da medicina são rápidos e há que integrá-los na prestação de cuidados, a complexidade tecnológica aumenta, não se podendo correr o risco de a não utilizar eficazmente.

O planeamento em saúde consiste numa forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar uma realidade segundo um projeto prefixado, reportando-se sempre ao futuro, mas tendo o passado e o presente como referências. Para se alcançar o estado de saúde ambicionado é fundamental fazer uma interpelação entre os recursos existentes e os necessários, à medida que são determinados objetivos e estratégias, para que, assim se possam prestar cuidados de saúde com qualidade, evidenciando-se pela eficácia e eficiência

Sendo uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2011), então, a metodologia do planeamento em saúde assume-se como um instrumento de trabalho fundamental para este enfermeiro.

Do conceito de planeamento em saúde decorrem as principais fases do seu processo: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

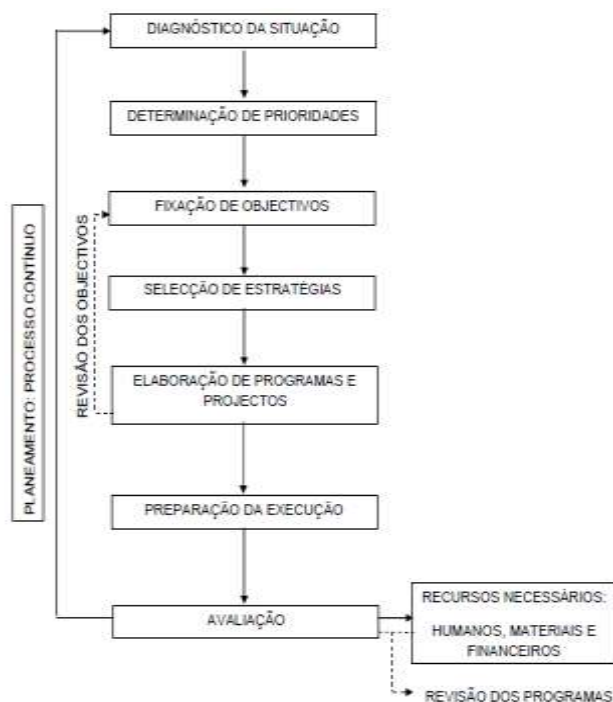


Figura 1: Etapas do Processo de Planeamento em Saúde

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

2.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Qualquer intenção de formular programas de saúde e de executá-los com êxito requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do **diagnóstico de situação**. O diagnóstico de situação constitui a primeira fase do processo de planeamento em saúde e deve corresponder às necessidades da comunidade, mais concretamente, do grupo-alvo, que neste caso é a comunidade escolar.

Devemos identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, pois é relevante ter conhecimento das causas desses mesmos problemas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Elaborar um diagnóstico de situação requer conhecimento de dois conceitos: problema e necessidade (Tavares, 1992). Para o autor “(...) um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade (...)”, enquanto que “(...) a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1992).

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

O diagnóstico em saúde, como conceito mais alargado do que a identificação de problemas de saúde, deve compreender a análise das características do grupo-alvo com o propósito de adaptar a metodologia, as atividades e os recursos a essas mesmas características (Carvalho & Carvalho, 2006).

Seguindo as linhas do planeamento em saúde, concretizámos o primeiro passo durante o primeiro estágio, no 2º Semestre do 1º Ano do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, no ano letivo 2012/2013.

Neste período, os mestrandos realizaram o diagnóstico de situação junto dos adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre.

Em termos metodológicos o diagnóstico efetuado define-se como um estudo exploratório e descritivo. Exploratório na medida em que se verificou não haver nenhuma investigação anterior no âmbito da Sexualidade na Adolescência na E.S.S.L., pelo que nos questionámos se o que a investigação tem mostrado para outros grupos, se aplicará do mesmo modo nesta população. Como refere Gil (1989), o estudo exploratório é aquele que explora os domínios da investigação pouco estudados ou explorados, pelo que tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista á formulação de problemas mais precisos.

Define-se também como descritivo porque tem como principal objetivo apresentar o que se encontrou, isto é, descrever as características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1995; Sousa, 2000). Pretendemos não só conhecer algumas características dos adolescentes, a sua atitude e conhecimentos face à sexualidade, mas também identificar o “que” e “quem” contribuiu para essas atitudes e conhecimentos. Fortin (1999) corrobora ao dizer que os estudos descritivos descrevem “(...) simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população”.

Dentro do descritivo ele define-se como transversal pois foca um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2008).

No que concerne ao paradigma, trata-se de um estudo do tipo quantitativo, pois expressa-se através de números e utiliza um questionário enquanto instrumento de colheita de dados (Ribeiro, 2008).

O instrumento de colheita de dados deve ser escolhido de acordo com o tipo e o objetivo do estudo (Fortin, 1999). Desta forma optou-se pelo questionário, pois como refere a mesma autora, num estudo descritivo, por se descrever fatores ou variáveis, deve-se utilizar um método de colheita de dados mais estruturado.

O questionário utilizado foi-nos cedido pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, que posteriormente autorizou a sua utilização e adaptação. Trata-se de um questionário estruturado e misto, pois é constituído por questões abertas e fechadas. Foi adaptado do instrumento validado e utilizado por Martins (2007) num estudo efetuado numa cidade do Norte Alentejo, e da escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2003) num estudo realizado em Portugal. Deste modo, não foi necessária a aplicação de um pré-teste pois o questionário já existe na comunidade científica, e portanto, a sua fidedignidade já está avaliada (Anexo II).

Para uma aplicação ética e profissional dos questionários e para uma maior adesão de respostas, foi importante haver uma apresentação prévia da nossa parte, explicar o questionário e o seu objetivo, tal como manifestar a sua confidencialidade, utilizando uma linguagem acessível aos participantes.

Foram também respeitados todos os fatores de cariz ético, sendo que os questionários foram apenas utilizados para este estudo, não tendo qualquer outro fim e os dados dos alunos foram de cariz voluntário. Os respondentes receberam o questionário diretamente por entrega pessoal feita por nós, em contexto de aula, e foi preenchido por cada inquirido sozinho. Durante o preenchimento estiveram sempre presentes pelo menos dois investigadores (mestrandos), que responderam a todas as solicitações dos alunos e que garantiram a confidencialidade das respostas.

Segundo Fortin (1999) os sujeitos menores podem dar a sua opinião, se tiverem competências para entender as informações incluídas no questionário, pelo que se torna importante a presença dos inquiridores durante o preenchimento do mesmo. Também Wong (1999, citado por Oliveira, 2012) justifica esta presença com o facto de “as crianças e jovens quererem explicações e motivos para tudo. Elas precisam de saber o que vai acontecer e o

motivo pelo qual estão a ser objeto de estudo. Por conseguinte, o jovem transforma-se num participante entusiástico”.

A realização do estudo e a aplicação dos questionários não exigiu um pedido de autorização à Direção da E.S.S.L. uma vez que esta mesma já havia solicitado a colaboração da E.S.S.P. para um projeto de trabalho conjunto no âmbito da Sexualidade do Adolescente.

Relativamente ao consentimento dos pais para aplicar os questionários aos alunos, este foi solicitado através de um documento elaborado pelos mestrandos e distribuído a todos os alunos que integravam a amostra selecionada, com alguns dias de antecedência relativamente às datas programadas para a aplicação do questionário (Anexo III).

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

Para definir a amostra a ser trabalhada no diagnóstico de situação, focámo-nos na essência deste projeto que consiste em identificar as necessidades, conhecimentos e opiniões/attitudes da população em estudo, de modo a possibilitar, numa fase posterior, o desenvolvimento de estratégias de Educação Sexual adequadas à promoção da saúde sexual dos adolescentes. Assim, optámos por direccionar o estudo para o 7º e 10º ano, pois a maioria dos alunos que agora responderam ao questionário, serão posteriormente alvo dessas intervenções a planear.

Por outro lado, escolhemos os alunos do 7º ano, porque se encontram numa fase inicial da adolescência, onde começam a sentir as grandes transformações biológicas e onde, à partida, ainda não têm experiências que possam moldar os seus testemunhos. Escolhemos os alunos do 10º ano porque se encontram já numa fase mais avançada da adolescência, pelo que os seus testemunhos são muitas vezes fruto das suas experiências. O facto de terem já vivenciado várias situações e diversas emoções, coloca-os em condições de refletir sobre a importância da problemática apresentada.

Posto tudo isto, pode-se concluir que a população ou universo deste estudo são os alunos da E.S.S.L. em Portalegre, pois segundo Ribeiro (2008) o universo designa a população à qual o investigador pretende generalizar os resultados da investigação.

Já a amostra inicial definida neste estudo é de 252 alunos (4 turmas de 7º ano e 6 turmas de 10º ano) da escola referida. Tendo em conta que alguns alunos que faziam inicialmente parte da constituição das turmas já haviam desistido do curso, outros alunos faltaram às aulas no dia da aplicação dos questionários e, por fim, considerando ainda os alunos que não puderam participar no estudo porque os seus encarregados de educação não autorizaram a sua

participação, ficou-se com uma amostra final de 214 alunos, o que representa aproximadamente 24% do nosso universo. A tabela seguinte ilustra a composição da amostra final.

7º ano		Turma A	22 alunos
		Turma B	21 alunos
		Turma C	9 alunos
		Turma D	24 alunos
10º ano	Curso de Ciências e Tecnologias	Turma A	28 alunos
		Turma C	24 alunos
	Curso de Ciências Socioeconómicas	Turma E	17 alunos
	Curso de Línguas e Humanidades	Turma F	22 alunos
	Curso de Artes Visuais	Turma H	21 alunos
	Curso Técnico de Auxiliar de Saúde	Turma I	26 alunos
Total: 214 alunos			

Tabela nº 1 – Composição da amostra do diagnóstico de situação

Fonte: Serra *et al.* (2013) *Diagnóstico de Situação: Atitudes dos Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço face à Sexualidade*.

Tendo em conta os dados apresentados, podemos dizer que a nossa amostra tem uma amplitude razoável, sendo representativa da população a quem as descobertas e as conclusões possam ser generalizadas (Hanson, 2005).

O método de amostragem foi *não probabilístico*, pois “(...) a probabilidade relativa de um qualquer elemento da população ou universo ser incluído na amostra é desconhecida” (Ribeiro, 2008). A seleção dos elementos da população que compuseram a amostra dependeu, pelo menos em parte, do julgamento da Vice-Diretora da E.S.S.L. em conjunto com os investigadores.

Tratando-se de uma amostra não probabilística, é também classificada como *intencional*, pois partindo do conhecimento privilegiado da Vice-Diretora acerca das diferentes turmas e dos respetivos alunos foi constituída a amostra com as turmas que julgamos serem as mais representativas da população em estudo.

“Nas amostras intencionais enquadram-se os diversos casos em que o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos bem representativos da população” (Neto, 1977 citado por Fonseca, 2011).

2.1.1 – Resultados do diagnóstico de situação

Toda a recolha de informações teve como suporte a conceção de Andrade (1995) que refere que “na maioria das escolas, a ideia de realizar um projeto de Educação para a Saúde nasce de um problema observado, de questões levantadas ou de preocupações expressas pelos alunos, professores ou pais”.

Deste modo, conjugámos as necessidades manifestadas pela escola com os interesses pessoais, pois trata-se de uma área que considero bastante interessante e fundamental no domínio da saúde comunitária.

Além disso, não podemos deixar de referir que os adolescentes constituem um grupo considerado prioritário no que diz respeito à educação sexual e à adoção de estilos de vida saudáveis, pois

“as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde (...) onde se incluem acidentes, depressão, violência, adição, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. A promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar atividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde. A educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adotarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida” (Hockenberry, 2006 citado por Conselho de Enfermagem, 2009).

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

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

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

Procurámos também, com este estudo, identificar os principais canais de informação dos jovens no que se refere às questões da sexualidade. Da análise das respostas a esta questão,

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

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

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

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

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

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

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

Face à questão se os jovens se consideravam bem informados relativamente às questões da sexualidade, a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente, sendo que 76,6% consideram-se bem informados e apenas 23,4% referem que não estão bem informados acerca desta temática.

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

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal/conservador face à sexualidade, concluiu-se que:

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

Em termos conclusivos, no que diz respeito ao índice liberal/conservador, podemos afirmar que os jovens inquiridos se revelaram tendencialmente liberais, com um valor de índice de 64,5%.

O planeamento em saúde é um processo que permite a identificação de problemas e a determinação de necessidades a partir de um diagnóstico de situação. Neste sentido, após a análise dos dados obtidos pela aplicação do questionário, foram identificados problemas e determinadas necessidades relacionadas com as atitudes dos adolescentes inquiridos face à sexualidade.

2.1.2 - Problemas identificados

Da análise dos resultados obtidos através do diagnóstico de situação identificamos os seguintes problemas:

- Uma percentagem significativa de adolescentes (11,2%) não fala com ninguém sobre sexualidade, o que reforça o facto de estes assuntos ainda serem considerados tabu na vida dos jovens.

- Os jovens escolhem como principal fonte de informação e partilha, no que diz respeito ao tema da sexualidade, os pares/amigos. Contudo, cerca de 70,6% dos jovens inquiridos referem não ter dificuldade em falar com os pais, apenas 29,4% assumem esta dificuldade. Estes resultados são corroborados por resultados de diversos estudos realizados tanto em Portugal como noutros países. Como exemplo referimos o estudo de Brás (2012) que identifica ser n seus pares que os jovens procuram apoio e a criação de novos modelos e novas formas de identificação. Estes resultados vão no sentido das conclusões do estudo de Kinsman *et al* em 1998; Martins, Nunes, Silva & Garcia (2008) referem-nos que “muitas vezes a influência dos pares resulta do conceito de «comportamento normativo» para o grupo.

É assim consensual mesmo noutras referências bibliográficas, a influência que o grupo exerce sobre o adolescente. Esta influência pode ser negativa, no entanto, o grupo pode constituir-se como gerador de comportamentos saudáveis (Matos, 2011). Contudo, a sexualidade é também influenciada por outros fatores, tais como, as mensagens divulgadas através dos média, como sejam a televisão, o cinema e a publicidade, quantas vezes contraditórias e confusas (Nodin, 2001).

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

- No que concerne à intencionalidade de iniciar a vida sexual, cerca de 29% dos inquiridos já decidiram iniciar a sua vida sexual. Tais resultados mostram consonância com diversos estudos desenvolvidos tanto em Portugal como em outros países, que têm vindo a provar que os adolescentes iniciam a sua vida sexual ativa cada vez mais cedo. Referimos os seguintes estudos desenvolvidos em Portugal: Sampaio, 1987; Almeida, 1996; Pais e Cabral (coord.), 1998; Pais (coord.), 1998; Cardoso, 1999; Nodin, 2000; Vilar, 2002; Sim-Sim, 2003. No estrangeiro, referimos os seguintes: Pagès-Poly e Pagès, 1997; Lopez e Fuertes, 1999; Braconnier e Marcelli, 2000.

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

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

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

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

Neste ponto encontramos concordância no estudo desenvolvido por Martins (2007) destaca que “ as raparigas referem não falar ou falar pouco com as suas mães sobre os temas seguintes: sexualidade de adultos; pornografia; sonhos molhados e masturbação (...) os rapazes revelam-se muito menos comunicativos, mesmo com a sua mãe” (Martins, 2007:224). Já no estudo realizado por Vilar (2002) confirma estes mesmos resultados nomeadamente ao referir que os temas mais abordados pelos jovens mais frequentemente com as mães são “o namoro, a SIDA e a menstruação” (Vilar, 2003:275). Relativamente aos assuntos que aparecem mais referenciados como “nunca” conversados” este mesmo autor refere serem “os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia e os locais onde se pode obter métodos de contraceção (Vilar, 2003:275). Na procura de explicar este comportamento por parte dos jovens o autor refere que “as razões deste silêncio prendem-se aqui com o conhecimento de que este comportamento faz parte da esfera mais íntima” (Vilar, 2003:317). No entanto, concluímos que são vários os autores que defendem a importância da família como fonte de informação e como meio privilegiado onde o adolescente constrói a sua sexualidade (Sampaio, Batista, Matos e Silva (2007) Martins (2010) Ferriani (2000; citado por Ribeiro, 2011; Ribeiro (2011) Brás (2012).

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

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

2.1.3 - Necessidades determinadas

Após conhecermos as características gerais da nossa amostra, importa identificar as necessidades em saúde. A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de enfermagem, podendo ser considerado o mais importante (Lancaster & Stanhope, 1999).

Foram identificadas as seguintes necessidades:

- Iniciação sexual precoce associada a um baixo índice de informação, coloca os adolescentes num grupo de elevada vulnerabilidade a infeções sexualmente transmissíveis e gravidez não planeada.

- Partilhar com a família a responsabilidade pela educação sexual das crianças e adolescentes.

- Colocar os adolescentes a refletir e a organizar os seus próprios sentimentos, comportamentos e conhecimentos face à sexualidade.

- Proporcionar aos adolescentes conhecimentos acerca do seu corpo e suas formas de obter prazer, e também, dos riscos de determinados comportamentos, para que possam elaborar para as suas vidas projetos que visem lidar com a sexualidade de forma ética e responsável, tornando-se agentes na promoção da própria saúde.

- As influências que o grupo de amigos exerce sobre os adolescentes aparecem de maneiras diversas, com novas descobertas, trocas de experiências, partilha e parceria nas relações. Neste sentido, é importante que os adolescentes percebam que podem comparar e partilhar atitudes e comportamentos, mas que a intenção não deverá ser copiar, mas sim encontrar o próprio modo de fazer as coisas.

- A necessidade de espaços para diálogo que sejam permanentes, para que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e/ou professor no contexto da educação sexual seja amplo e contínuo, tanto no âmbito da consulta individual, como no desenvolvimento de atividades de grupo.

Assim, após a análise de todos os dados e após a reflexão nos pressupostos descritos anteriormente, emergiu a necessidade de colaborar com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço, no desenvolvimento da Educação Sexual em Meio Escolar, integrada num projeto global de Educação para a Saúde.

2.2 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do planeamento é a **determinação de prioridades** e surge devido à impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente, sendo fundamental definir as prioritárias.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) esta fase do planeamento consiste em:

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

Todos os processos de decisão abrangem sempre, de forma mais ou menos explícita, a adoção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis (Tavares, 1992).

Pineault e Daveluy (1987) referem que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução (Pereira, 2011).

Critérios *Major* de priorização dos problemas de saúde:

Magnitude: é o critério mais simples e conhecido, sendo utilizado para definir a importância de um problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1992). Caracteriza o problema pela sua dimensão, isto é, refere-se ao tamanho do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Geralmente a magnitude de um problema é determinada em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema (Teixeira *et al.*, 2010). Para Sánchez *et al.* (2008) a incidência e a prevalência são as medidas deste critério.

Vulnerabilidade: corresponde à possibilidade de intervenção, ou seja, à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva. A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault & Daveluy, 1987; Pereira, 2011).

Segundo Imperatori & Giraldes (1992), a vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área, pelo que este critério se torna essencial, uma vez que o processo de planeamento pretende empregar os recursos onde produzem maior resultado.

Teixeira *et al.* (2010) acrescenta sobre a importância deste critério que, ainda que um problema seja considerado de grande magnitude, se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade.

Gravidade: a gravidade ou severidade das consequências pode ser definida de várias formas, podendo ser estudada em termos de mortalidade, morbidade, criação de incapacidades e custos associados ao problema (Tavares, 1992; Pereira, 2011). Imperatori & Giraldes (1992) estabelecem que deverá ser dada maior prioridade aos problemas que provoquem sequelas, consequências e cujos danos sejam irreversíveis.

Transcendência: pode ser definida como a importância segundo grupos etários, ou seja, a ponderação por grupos etários, de maneira a valorizar as consequências nos diferentes grupos de idade. Imperatori & Giraldes (1992) destacam que este critério tem uma base discutível, dado considerar a vida humana com valores diferentes segundo as idades.

Exequibilidade: é identificada como critério de priorização por diversos autores, e refere-se à viabilidade de execução tecnológica, económica, deontológica, legal, organizacional, sociocultural, ética e política das intervenções possíveis (Pereira, 2011).

Aceitabilidade: este critério refere-se à aceitabilidade da população e às necessidades sentidas pela comunidade. De acordo com Pineault & Daveluy (1987, citados por Pereira, 2011) a perspetiva da população, que tenha em conta os seus problemas e necessidades, deve servir de guia ao processo do planeamento estratégico. Para Imperatori & Giraldes (1992), a receptividade, o comprometimento ou o grau de controlo da população sobre um problema podem ser fatores a ponderar na escolha de prioridades.

Evolução: a evolução, ou tendência, é reconhecida por Imperatori & Giraldes (1992) como critério de determinação de prioridades, e é definido como a possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente.

Para além dos critérios enunciados, outros critérios foram reconhecidos por distintos autores, para a determinação de prioridades. De referir: *equidade, alinhamento estratégico*

com o nível nacional, custo da doença, Benchmarking, conformidade social, capacidade de prevenção, custo-eficácia, entre outros (Pereira, 2011).

Apesar da grande quantidade de critérios de determinação de prioridades propostos pelos diversos autores, não existem normas nem métodos universais de os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes, sendo que a utilização de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992). “Um conjunto único e universal de critérios não refletiria adequadamente as variações socioeconómicas e culturais que explicam essas preferências” (Baltussen *et al.*, 2010 citado por Pereira, 2011).

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

Deste modo, procurámos desenvolver sessões de Educação para a Saúde abrangendo a diversidade dos problemas/necessidades identificadas e de modo a possibilitar a aquisição ou o desenvolvimento de competências que promovam o crescimento social e pessoal do adolescente, habilitando-o e responsabilizando-o pelas suas opções.

Procurámos proporcionar aos adolescentes uma base sólida de conhecimentos sobre a Sexualidade, tornando-os mais informados, mais conscientes dos riscos e mais aptos a fazer escolhas informadas e com impacto positivo nos seus processos de saúde/doença.

Neste momento, estavam reunidas as condições para definir os objetivos deste projeto e refletir sobre as estratégias e recursos a utilizar.

2.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e definidas as prioridades, segue-se a fase de **fixação de objetivos**. Segundo Tavares (1992) os objetivos devem traduzir mudanças de comportamento que originem ganhos em saúde, relacionados com as atuais características da população-alvo. Os objetivos devem ajustar-se á situação que originou o planeamento em saúde, devendo conter a exatidão do trajeto a efetuar e definir o novo estado ambicionado.

Segundo Imperatori & Giraldes (1992) existem quatro aspetos fundamentais a considerar nesta fase: “a seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários, a determinação da

tendência dos problemas definidos como prioritários, a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo, a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”.

- Seleção dos indicadores dos problemas de saúde:

“Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1992). Podem distinguir-se dois tipos de indicadores:

- indicadores de resultado ou de impacto: têm por finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema” (Imperatori & Giraldes, 1992)

- indicadores de atividade ou de execução: permitem “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori & Giraldes, 1992).

- Determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários:

Esta é entendida como a “determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as situações atuais, tecnológicas e outras, se mantenham” (Tavares, 1992). Para se proceder à sua realização é necessário recorrer a métodos de análise quantitativos e qualitativos.

- Fixação dos objetivos:

Após determinada a tendência dos problemas procede-se à fixação do objetivo, sendo este definido como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1992). Interessa pois estabelecer objetivos de forma positiva, pois a sua fixação implica uma inflexão positiva na tendência de evolução natural do problema.

- Objetivos operacionais: metas

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 & Giraldes, 1992).

Também é importante distinguir objetivo e meta (ou objetivo operacional) no que diz respeito ao prazo de avaliação possível num e noutro caso. Assim, enquanto um objetivo (que

se traduz em indicadores de resultado) só é passível de avaliação a médio prazo (5 a 6 anos), por sua vez, a avaliação de um objetivo operacional ou meta (indicador de atividade) pode ser feita a curto prazo (ex.: anualmente) (Imperator & Giraldes, 1992).

Para desenvolver este estágio no âmbito Promoção de Estilos de Vida Saudáveis – na área da Educação Sexual, delineamos objetivos gerais e específicos, assim como algumas das atividades a desenvolver de forma a poder atingi-los.

Objetivo geral:

Promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes da E.S.S.L. em Portalegre, no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável.

Objetivos específicos:

- Contribuir para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes do 8.º ano (turmas A, B e C) e do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.
- Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A, B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas pelo diagnóstico de situação, até final de Janeiro de 2014.
- Utilizar abordagens ativas nas estratégias a desenvolver no âmbito da educação sexual, até final de Janeiro de 2014.
- Promover a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.
- Proporcionar aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade.
- Promover a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.
- Proporcionar aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade.
- Promover a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da

sexualidade, aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da ESSL, até final de Janeiro de 2014.

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

Nesta fase não é possível obter o impacto deste projeto de intervenção, pois em saúde comunitária muitas das intervenções produzem efeito a longo prazo. Assim, os ganhos em saúde que este projeto poderá proporcionar, não poderão ser por nós avaliados, uma vez que isso implicaria uma avaliação a longo prazo, e tal não seria possível de concretizar neste relatório.

Deste modo, uma vez que só é possível avaliar as atividades desenvolvidas e as sessões de educação para a saúde realizadas, decidimos não só fixar objetivos, mas também definir indicadores de atividade ou de execução, e indicadores de resultado das atividades realizadas.

Para uma melhor compreensão desta fase do processo de planeamento, optou-se pela elaboração de um mapa estratégico sob a forma de uma tabela onde, de modo esquematizado, se enumeram as atividades, os recursos utilizados, os indicadores de atividade ou execução e as metas definidas para cada objetivo específico delineado.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE ATIVIDADE (OU EXECUÇÃO)	METAS
<p>Contribuir para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação dos mestrandos da E.S.S.P. com a Direção da E.S.S.L. • Sessões de educação para a saúde, no âmbito da educação sexual, aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Direção da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	<p>$\frac{\text{n.º reuniões com E.S.S.L previstas}}{\text{n.º reuniões com E.S.S.L realizadas}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$</p>	<p>Realizar 100% das reuniões com Direção da E.S.S.L. previstas.</p> <p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p>
<p>Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com a Direção da E.S.S.L. para planeamento das sessões a realizar. • Reuniões de orientação com a Coordenação do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Elaboração de apresentações multimédia em formato <i>PowerPoint</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 	<p>$\frac{\text{n.º reuniões com E.S.S.L previstas}}{\text{n.º reuniões com E.S.S.L realizadas}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado previstas}}{\text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado realizadas}} \times 100$</p>	<p>Realizar 100% das reuniões com Direção da E.S.S.L. previstas.</p> <p>Realizar 100% das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas.</p>

<p>identificados e as necessidades determinadas pelo diagnóstico de situação, até final de Janeiro de 2014.</p>	<p>para as sessões de educação para a saúde, sobre as temáticas Identidade e Sexualidade e Expressões da Sexualidade.</p>	<p>3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direção da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p>
<p>Utilizar abordagens ativas nas estratégias a desenvolver no âmbito da educação sexual, até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias entre a E.S.S.L. e a E.S.S.P. • Criar sessões abertas dentro das temáticas a abordar, de modo a possibilitar a interação entre os adolescentes e os mestrandos. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a participação dos adolescentes nas sessões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p> <p>Que 50% dos alunos demonstrem interesse e participem durante as sessões.</p>

<p>Promover a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Autoestima; Género; Sentimentos, gostos e decisões. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 8.º ano da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Proporcionar aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Autoestima; Género; Sentimentos, gostos e decisões. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas.</p>

<p>Identidade e Sexualidade.</p>	<p>prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<p>E.S.S.L.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 8.º ano da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 		<p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Promover a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<p>I) da E.S.S.L.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 		<p>cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Proporcionar aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>

	adolescentes relativamente à sua sexualidade.			
Promover a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade, aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da ESSL, até final de Janeiro de 2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
Avaliar a satisfação dos adolescentes que	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização 	$\frac{\text{n.º questionários respondidos após as sessões de EpS}}{\text{n.º questionários distribuídos após as}}$	<p>Obter 100% de respostas aos questionários de satisfação no</p>

<p>frequentam o 8.º ano (turmas A,B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) face às atividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em meio escolar, até final de Janeiro de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar um questionário a cada adolescente no fim de cada sessão de educação para a saúde. 	<p>Enfermagem Comunitária.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	<p>sessões de EpS</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na utilidade dos temas bordados}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na forma como os temas foram abordados nas sessões}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 com o esclarecimento de dúvidas}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 no grau de satisfação em geral}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p>	<p>fim de todas as sessões de EpS.</p> <p>Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões</p> <p>Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões</p> <p>Que 80% dos alunos tenham ficado satisfeitos ou mais quanto ao esclarecimento de dúvidas</p> <p>Obter 80% dos questionários preenchidos com</p>
--	---	---	---	---

				posicionamento na escala de satisfação na categoria <i>Satisfeito</i> ou mais.
--	--	--	--	--

Tabela n.º2 – Objetivos Específicos, Atividades, Recursos, Indicadores de Atividade (ou Execução) e Metas

Deste modo, tendo por base os indicadores de atividade e os indicadores de resultado das atividades realizadas, acredito ter contribuído para que os adolescentes da E.S.S.L. estejam hoje mais informados acerca da Sexualidade na Adolescência, pois as metas foram atingidas e registou-se um interesse e motivação constantes durante as sessões de Educação para a Saúde, o que leva a um maior envolvimento e adesão voluntária aos comportamentos de saúde, a uma maior proximidade entre os serviços de saúde e a comunidade da E.S.S.L., melhor relação com os parceiros da comunidade adequação das intervenções na área da Educação para a Saúde por parte dos seus atores, uso proficiente dos recursos existentes nos serviços de saúde e na comunidade.

Tanto na E.S.S.L. como na E.S.S.P. ficou o registo também o registo de um projeto de intervenção que pode ter continuidade e obter a avaliação dos resultados a longo prazo, ou ser base para o desenvolvimento de outros projetos desta natureza.

2.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A etapa da **seleção de estratégias** é fulcral num processo de planeamento pois concebe qual o procedimento mais adequado para minimizar os problemas de saúde já definidos anteriormente como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1992).

Esta etapa deriva principalmente dos objetivos fixados e é fundamental para planear as atividades a executar. É também a etapa que requer maior criatividade. Para além disto definir as estratégias é também prever as medidas que possibilitem eliminar ou evitar os obstáculos potenciais à realização dos objetivos.

Definindo estratégias de modo inovador e criativo é possível apontar novas formas de atuação que possibilitem alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.

Imperatori & Giraldes (1992) descrevem as fases que devem ser consideradas no processo de definição de estratégias:

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

Segundo Tavares (1992) a seleção de uma estratégia deve considerar quatro parâmetros: os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens/desvantagens.

Trata-se de uma fase do planeamento que, como referido anteriormente, procura alguma criatividade e também um conhecimento aprofundado acerca do problema em estudo, pelo que investigar sobre situações semelhantes pode facilitar a construção de estratégias inovadoras e operacionalizar na fase seguinte do processo de planeamento.

O contexto escolar é particularmente atrativo e potenciador do desenvolvimento de ações conducentes à aprendizagem de comportamentos e ao desenvolvimento de atitudes. Neste sentido, orientámos as nossas estratégias para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências e de valores sócio-afetivos, que possibilitem a construção de um quadro de referências pessoal, indispensável a uma tomada de decisão consciente e responsável no domínio da saúde sexual e reprodutiva.

As estratégias selecionadas foram as seguintes:

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

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

Realizaram-se reuniões preparatórias com a Direção da E.S.S.L. e com a professora responsável pelo PES, onde houve oportunidade de expor os objetivos do projeto e as principais conclusões do diagnóstico de situação efetuado; debater as temáticas a desenvolver nas sessões de educação para a saúde e definir datas e salas de aula para realização destas.

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

Como o nosso projeto se dirige a dois diferentes grupos dentro do grupo-alvo em si mesmo (adolescentes que frequentam o 8.º ano e adolescentes que frequentam o 11.º ano) e, atendendo à sua perspectiva desenvolvimental, considerando os centros de interesse mais comuns dos adolescentes nas várias etapas do ciclo vital, decidimos desenvolver temáticas diferentes em cada grupo.

Assim, nas turmas do 8.ºano a área temática desenvolvida foi *Identidade e Sexualidade*, e os temas abordados foram: Autoestima, Género e Sentimentos, gostos e decisões. Nas turmas do 11.ºano, a área temática desenvolvida foi *Expressões da Sexualidade* e os temas abordados foram: Conceito de Sexualidade, Orientação Sexual, Comportamentos Sexuais, Relações com Pares, com a Família e com os Outros.

Motivação e envolvimento dos diretores de turma, das turmas envolvidas no projeto

Como referido anteriormente, foram privilegiadas as aulas com os diretores de turma, das respetivas turmas envolvidas no projeto, para a concretização das sessões de educação para a saúde.

Sessões de Educação para a Saúde dirigidas aos adolescentes

Foram desenvolvidas e realizadas 9 sessões de Educação para a Saúde, uma por cada turma envolvida no projeto, utilizando uma metodologia expositiva/participativa.

Avaliação da satisfação dos adolescentes com as sessões

No fim de cada sessão de educação para a saúde foi entregue a cada aluno um questionário de avaliação da sessão.

O facto de os questionários poderem adquirir formas muito diversas, poderem ser anónimos ou identificados, concede-lhes um âmbito de aplicação muito alargado, torna-os muito versáteis e faz com que permitam a recolha de dados de uma forma mais rigorosa do que uma observação ou mesmo uma reunião.

Neste caso, tratou-se de um breve questionário anónimo e de autopreenchimento, cuja análise dos dados obtidos permitirá fazer a avaliação das atividades desenvolvidas.

Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à Direção e pessoal docente da E.S.S.L

Foi proposto à Direção da E.S.S.L. fazer uma sessão de apresentação dos resultados do diagnóstico de situação ao corpo de docentes da escola e a eventuais técnicos colaboradores desta que mostrassem interesse em estar presentes.

2.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Chegados a esta fase do processo de planeamento, é necessário planear operacionalmente a execução do projeto. Assim, a etapa do planeamento em saúde que se segue é a **elaboração de programas e projetos**.

Na fase anterior do planeamento definiram-se as grandes linhas de intervenção tendo em vista resolver os problemas de saúde e atingir os objetivos estabelecidos. Agora, como referem Imperatori & Giraldes (1992) “após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico, e de aceitação pela população, haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento: a formulação de programas e projetos”.

Neste contexto, é importante fazer a distinção entre Programa e Projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1992). Um projeto, por sua vez, é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1992). Portanto, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo.

A elaboração de programas requer o conhecimento das suas componentes básicas: a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do mesmo e o seu financiamento. Assim, são definidas as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais estabelecidos. Tavares (1992) refere que

“cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade, se possível: o objetivo que deve atingir, eventualmente: o custo da atividade”.

Neste contexto, elaborámos um Projeto de estágio em grupo, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, que nos permitiu definir o caminho que queríamos seguir de forma a concretizar os objetivos a que nos havíamos proposto (Apêndice I).

Posteriormente houve necessidade de adaptar este projeto inicial de forma a construir um projeto de estágio individual (Apêndice II).

2.6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/EXECUÇÃO

A **preparação da execução/execução** é uma etapa operacional do planeamento em saúde (Tavares, 1992). Procura facilitar a concretização das atividades mostrando as inter-relações entre elas e evitando sobreposições e acumulação de tarefas em excesso em determinadas fases, visualizando possíveis entraves na sua execução e prevendo os recursos necessários para a sua concretização (Imperatori & Giraldes, 1992).

Nesta etapa “haverá que especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar e/ou executar” (Imperatori & Giraldes, 1992).

Os autores mencionados destacam a importância de se recorrer a cronogramas que facilitem a esquematização cronológica das estratégias e atividades definidas e melhor orientação do (s) planificador (es).

Neste contexto, iniciámos esta etapa com a elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver neste projeto (Apêndice III).

Um projeto tem um ciclo de vida que parte da identificação de um problema e do desejo de solucioná-lo, e que se materializa por meio da sua elaboração e implementação. Um projeto bem elaborado deixa claro o ponto de partida, o caminho a ser percorrido, aonde se quer chegar, que conjunto de atividades serão desenvolvidas e com quais recursos será implementado. Peno que a cronologia estabelecida neste projeto permitiu responder a estes requisitos e foi fundamental para a eficiência e eficácia do mesmo, pois possibilitou que todos os intervenientes tivessem conhecimento de todas as suas etapas e do seu desenvolvimento.

Realizámos reuniões periódicas de grupo de trabalho, para planeamento desta intervenção comunitária. Também realizámos reuniões de orientação com a Coordenadora do 3.º Mestrado em Enfermagem, sempre que sentimos necessidade de o fazer, que serviram essencialmente para definir estratégias, atividades e recursos a utilizar nas sessões de

educação para a saúde, assim como para o esclarecimento de dúvidas que iam surgindo com o desenvolvimento do projeto.

Com o objetivo de clarificar esta etapa do processo de planeamento e consequentemente facilitar a sua compreensão, elaborou-se uma tabela para cada atividade a ser desenvolvida, onde é especificado: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito e os recursos a utilizar.

Tabela n.º3 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Articulação e envolvimento da Direção da E.S.S.L.</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Direção da E.S.S.L. Professora responsável pelo PES na E.S.S.L.	Durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2013	Sala da Direção da E.S.S.L.	Reuniões para: - comunicação dos objetivos do projeto, - apresentação dos resultados do diagnóstico de situação efetuado, - debate das áreas temáticas a desenvolver, - calendarização das sessões de educação para a saúde e definição das salas onde iriam acontecer.	<ul style="list-style-type: none">• Grupo de 5 mestrandos• Vice-Diretora da E.S.S.L.• Professora responsável pelo PES na E.S.S.L.• Sala de Direção• Computador portátil

Realizaram-se reuniões preparatórias com a Direção da E.S.S.L. e com a professora responsável pelo PES, onde foram expostos os objetivos do projeto e apresentados, ainda que de forma sucinta, os resultados do diagnóstico de situação, que aliás já havia sido enviado à Direção por via eletrónica. Também foram debatidas as áreas temáticas a desenvolver nas sessões de educação para a saúde no âmbito da sexualidade, tendo-nos sido solicitado que evitássemos temas muito específicos e técnicos, nomeadamente Infeções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos, pois segundo a professora responsável pelo PES, trata-se de temáticas que já haviam sido exaustivamente apresentadas aos alunos da E.S.S.L.

Nestas reuniões foram ainda definidas as datas e salas de aulas onde as sessões de educação para a saúde iriam ser desenvolvidas, tendo sido privilegiadas a aulas com os Diretores de Turma (Anexo IV).

Através desta estratégia pretendeu-se concretizar o que mais tarde foi estabelecido pelo Protocolo de Colaboração assinado entre a Direção Geral da Educação e a Direção Geral da Saúde em 26 de Fevereiro de 2014, cujo objetivo é

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

De referir que participei em todas as reuniões realizadas com a Direção da E.S.S.L.

Tabela n.º4 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Diferenciação das áreas temáticas a abordar nos diferentes anos de escolaridade (8.º e 11.º) onde se realizaram as sessões de educação para a saúde</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Direção da E.S.S.L. Professora responsável pelo PES na E.S.S.L.	Outubro e Novembro de 2013	Sala da Direção da E.S.S.L.	Em reunião para debate das temáticas a desenvolver, decidiu-se unanimemente fazer distinção entre os dois anos de escolaridade. As áreas temáticas selecionadas foram: - 8.ºano: <i>Identidade e Sexualidade</i> - 11.ºano: <i>Expressões da Sexualidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 mestrandos • Vice-Diretora da E.S.S.L. • Professora responsável pelo PES na E.S.S.L. • Sala de Direção • Computador portátil

A diferenciação de temáticas a desenvolver nos diferentes anos de escolaridade teve como propósito equilibrar as sessões de educação para a saúde com o grupo a que se destinavam, levando em consideração o grau de desenvolvimento e os interesses próprios da etapa em que se encontram.

“Com efeito, se em qualquer área é importante partir sempre do que já é conhecido ou foi vivenciado, para desenhar momentos subsequentes, em Educação Sexual mais necessário se torna este ponto de partida” (APF, 1999).

Com esta diferenciação de temáticas dentro da *grande área* em abordagem que é a Sexualidade na Adolescência, acreditamos que ajustámos tanto os temas como as estratégias

de ensino/aprendizagem à idade, ao nível de desenvolvimento e ao nível educacional da nossa audiência.

Esta distinção foi debatida entre os mestrandos e os representantes da E.S.S.L., e foi posteriormente comunicada à Coordenação do 3.º Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P., que de imediato concordou e mostrou agrado pela iniciativa e decisão.

Tabela n.º5 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Motivação e envolvimento dos diretores de turma, das turmas envolvida no projeto (8.º A,B e C e 11.º A, C, E, F, H, e I)</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Direção da E.S.S.L.	Outubro e Novembro de 2013	Sala da Direção da E.S.S.L.	Em reunião com a Direção da E.S.S.L., e por iniciativa da Vice-Diretora, foi decidido que o elo de ligação entre os mestrandos e as respetivas turmas seriam os diretores de turma. Coube depois à Vice-Diretora informar os diretores de turma acerca do desenvolvimento do projeto e agendar as sessões de educação para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Grupo de 5 mestrandos• Vice-Diretora da E.S.S.L.• Sala de Direção• Computador portátil

Nos dias em que se concretizaram as sessões de educação para a saúde tivemos oportunidade de conhecer os diretores de turma que ainda não havíamos conhecido. Fomos muito bem recebidos e parabenizados pelo projeto em desenvolvimento.

A colaboração destes docentes foi preciosa, não só porque permitiram a nossa presença na sala de aula e disponibilizaram o tempo de aula para a sessão de educação para a saúde prevista; mas também porque se mostraram bastante interessados no projeto que estávamos a desenvolver, sendo eles próprios motivadores das dinâmicas estabelecidas durante as sessões.

Verificámos que realmente os professores mostram uma atitude favorável à educação sexual na escola, contudo, continuam a ter dúvidas sobre a forma como a mesma deve ser desenvolvida.

Pareceu-me clara a necessidade de formação por parte dos professores, sendo que eles próprios sentem essa necessidade e a manifestam. Formação não só sobre como lidar com situações imprevistas no domínio da sexualidade, mas, essencialmente, de formação que os ajude a trabalhar o seu próprio conceito de sexualidade, pois sendo a sexualidade uma construção sociocultural, ela é fortemente marcada por crenças, preconceitos e tabus que concorrem para uma visão redutora da mesma e que influencia em muito a sua abordagem.

Alguns dos professores chegaram mesmo a colocar dúvidas sobre determinados assuntos no âmbito da sexualidade, principalmente no que diz respeito ao funcionamento dos serviços de saúde mais específicos para atendimento de jovens com problemas no contexto da vivência da sexualidade.

Tabela n.º6 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Sessões de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I)</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. Professores do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L.	15 e 16 de Janeiro de 2014	Salas de aulas das turmas do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) E.S.S.L.	Plano de Sessão de Educação para a Saúde para os adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C), elaborado no projeto de estágio (Apêndice IV) Plano de Sessão de Educação para a Saúde para os adolescentes do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I), elaborado no projeto de estágio (Apêndice V)	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 mestrandos • Alunos • Professores • Sala de aulas • Computador portátil • Projetor multimédia

Como referido anteriormente, dentro da *grande* área da Sexualidade, decidiu-se desenvolver duas áreas temáticas distintas, uma para cada ano de escolaridade das turmas que integram o projeto. Com esta distinção procurámos organizar sessões que dessem resposta aos problemas/necessidades levantados pelo diagnóstico de situação e que, em simultâneo

integrassem a relação entre o desenvolvimento/crescimento esperado para a idade dos adolescentes alvo e as necessidades de educação sexual.

Optámos pela estratégia mais aceite, que se centra em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Cada sessão teve a duração de 50 minutos.

As sessões de educação para a saúde contaram com a presença e participação dos 5 mestrandos que constituíam o grupo de trabalho, que não só as enriqueceram, como também foram determinantes para o seu sucesso, contribuindo com uma intervenção mais alargada e abrangente e, dessa forma, mais completa na resposta providenciada.

Cada sessão de educação para a saúde foi desenvolvida com o propósito de que os adolescentes, por meio da discussão de conceitos fundamentais, possam ter uma visão positiva da sexualidade, percebam a importância de uma comunicação clara nas relações interpessoais, desenvolvam o espírito crítico e reflitam a cada tomada de decisão relativa à sua vida sexual e reprodutiva, garantindo assim o seu bem-estar.

- Sessões para as turmas do 8.º ano:

Foram concretizadas 3 sessões para os alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) com os objetivos de sensibilizar e caracterizar as mudanças emocionais e intelectuais que ocorrem nesta fase da vida e ainda, de melhorar as suas relações pessoais e sociais através de um melhor conhecimento de si próprio e dos outros (autoestima, confiança pessoal).

A área temática desenvolvida foi por nós designada como *Identidade e Sexualidade* e os conteúdos organizaram-se nos seguintes temas: autoestima; identidade sexual e identidade de género; sentimentos, gostos e decisões (Apêndice VI).

Durante as sessões recorreu-se a atividades baseadas na interação com os alunos em contexto de turma, utilizando-se metodologias expositivas e participativas com a criação de espaços de debate. De um modo geral, observou-se interesse e envolvimento dos alunos em todas as sessões, manifestado pela atenção, interação e colocação de perguntas, nitidamente enquadradas nos temas abordados.

Pode-se afirmar que, nas turmas do 8.º ano se observou uma vontade enérgica de “saber tudo”, justificada pela sua capacidade de questionar e ser curioso sobre tudo o que o rodeia, que se expressa através de questões sobre a reprodução e a vida sexual (Marques *et al.*, 2000). É o desenvolvimento precoce desta capacidade de pensar e questionar que favorece o desenvolvimento de pontos de vista próprios e bem fundamentados (Carvalho, 2008).

- Sessões para as turmas do 11.º ano:

Foram concretizadas 6 sessões para os alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) com os objetivos de reconhecer a sexualidade como uma das dimensões da personalidade humana; reconhecer a construção da intimidade, no que respeita às relações amorosas e à sexualidade, como um elemento fundamental nesta etapa da vida; ganhar a noção de ser-se pessoa sexuada, diferenciada do semelhante; reconhecer a importância da comunicação no âmbito da sexualidade.

A área temática desenvolvida foi por nós designada como *Expressões da Sexualidade*, e os conteúdos abordados centraram-se no desenvolvimento afetivo-sexual nas dimensões: conceito de sexualidade, orientação sexual, comportamentos sexuais e relações com pares, com a família, com os outros.

Em termos de estratégias recorreu-se ao método interativo, com recurso à exposição oral, apresentação de diapositivos e debate. Adotou-se sempre uma metodologia participativa que permitiu não só reconhecer a experiência dos diferentes participantes, mas também fomentar a reflexão e o intercâmbio de pontos de vista.

Constatou-se ao nível dos alunos do 11.º ano um menor envolvimento, sendo que alguns expressaram mesmo já saberem tudo o que estava a ser falado. Também foi possível observar, por parte de alguns alunos, uma atitude pouco positiva face a uma questão colocada por um colega, que dava a entender “sabes tão pouco!” ou “não tens qualquer experiência!”.

Penso que este menor envolvimento dos alunos pode prender-se com questões como: a presença de um considerável número de alunos por sessão, bem como o facto de se tratar dos colegas com quem convivem diariamente na turma e na grande maioria das atividades inerentes ao espaço escola.

Trata-se de uma fase em que a vivência da sexualidade que já se construiu tem um cariz intimista e individualizado, pelo que os próprios adolescentes muitas vezes preferem abordagens individuais. Contudo, considero ter sido positivo o desenvolvimento destas atividades com os alunos do 11.º ano, pois deve haver um acompanhamento progressivo do desenvolvimento afetivo-sexual, onde a informação e a formação sigam este mesmo desenvolvimento, pois é frequente colocarem-se questões, por parte dos jovens, que já haviam sido discutidas, mas não integradas, devido ao desfasamento entre as suas necessidades e o momento em que os assuntos são abordados (Apêndice VII).

Todo o processo de planificação e desenvolvimento das sessões de educação para a saúde teve como eixo a Teoria Sócio - Cognitiva de Bandura, já descrita no enquadramento

conceptual deste relatório. Assim, consideramos que os adolescentes não têm um papel passivo no processo de aprendizagem: influenciam e são influenciados pelo meio, afetam e são afetados pelas situações; sendo neste processo de interação contínua que se modificam e modificam o meio de acordo com as suas competências, expectativas, experiências, condutas anteriores.

Ao desenvolver estas sessões de educação para a saúde em que se proporciona conhecimentos que permitam opções responsáveis em termos dos comportamentos em relação à saúde, estamos a dar resposta a uma das intervenções mais relevantes em saúde comunitária, que é o empoderamento das pessoas, famílias e grupos.

Os enfermeiros de saúde comunitária nas equipas de saúde escolar, devem ser os profissionais que fazem o diagnóstico das situações de risco nas escolas e colaboram em parceria com elas na satisfação das suas necessidades educativas.

O enfermeiro de saúde comunitária na equipa de saúde escolar acaba por ser o profissional mais indicado para organizar e realizar as sessões de educação para a saúde, pois é ele que tem acesso constante a todas as instituições de saúde, desde os hospitais, aos centros de saúde, e às escolas, e é ele que encaminha os casos que necessitem respostas mais específicas. Para além disto, tem contato direto com a comunidade e utiliza conhecimentos sobre a doença.

Tabela n.º7 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Avaliação da satisfação dos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) com as sessões de educação para a saúde</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L.	15 e 16 de Janeiro de 2014	Salas de aulas das turmas do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) E.S.S.L.	Aplicação dos questionários de avaliação da satisfação dos adolescentes após as sessões de educação para a saúde (Apêndice VIII)	<ul style="list-style-type: none">• Grupo de 5 mestrandos• Alunos• Sala de aulas• Computador portátil• Questionários

			Tratamento e análise dos resultados obtidos	
--	--	--	---	--

Procura-se com a avaliação da formação que as medidas formativas aplicadas sejam consequentes e adequadas às necessidades e aos contextos específicos de aplicação de cada ação. Só desta forma serão alcançados resultados positivos, e para que estes resultados possam ser apurados, é necessária a avaliação. Com a implementação da avaliação, abre-se o espaço para a mudança e indica-se o caminho para onde deve apontar essa mudança.

Deste modo, os resultados obtidos na avaliação, constituirão a base de uma análise crítica realizada no contexto das competências adquiridas/desenvolvidas por mim, enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Tabela n.º8 – Preparação da Execução para a Estratégia: <i>Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação à Direção e pessoal docente da E.S.S.L.</i>				
Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Grupo de 5 mestrandos Direção da E.S.S.L. Pessoal docente da E.S.S.L.	Janeiro de 2014	Auditório da E.S.S.L.	Sessão de apresentação dos resultados do diagnóstico de situação (Apêndice IX)	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 mestrandos • Direção da E.S.S.L. • Pessoal docente da E.S.S.L. • Auditório da E.S.S.L. • Computador portátil

Embora esta atividade não tenha sido concretizada, ela foi planeada e estruturada com a colaboração da Coordenação do 3.º Mestrado em Enfermagem, pelo que se decide fazer-lhe referência.

A Direção da E.S.S.L. mostrou-se recetiva e até agradada com a proposta. Contudo, devido à escassez de tempo e a aspetos burocráticos, nomeadamente a mudança de Diretor, esta não chegou a concretizar-se.

Devo dizer que lamento que esta sessão não se tenha concretizado, principalmente porque se pretendia com ela sensibilizar toda a comunidade escolar para a importância da educação

sexual em meio escolar; e também porque já havíamos despendido de bastante tempo na elaboração de uma apresentação multimídia em PowerPoint, onde era feita uma contextualização do nosso projeto, apresentados os dados obtidos com a concretização do diagnóstico de situação e as principais conclusões que retiramos desse diagnóstico.

Acredito que teria sido relevante e proveitoso realizar esta sessão, pois não só permitiria dar visibilidade ao estudo que efetuamos, como poderia também envolver os parceiros na manutenção e prossecução de etapas futuras. Além disso, teria proporcionado visibilidade à ação e intervenção dos enfermeiros no ambiente escolar, bem como serviria de meio para informar a população escolar dos recursos em saúde disponíveis na comunidade e da possibilidade de parcerias futuras a desenvolver.

“As parcerias em Saúde, pelos contributos, pelo *know how*, pelas competências e por serem recursos potenciais, são uma mais-valia e contribuem para a capacitação da comunidade” (PNSE, 2014).

2.7 - AVALIAÇÃO

A **avaliação** é a última etapa do processo de planeamento em saúde. A avaliação deve entender-se como uma atividade permanente e que percorre cada uma das etapas do planeamento em saúde.

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

Assim, os progressos alcançados com as atividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos traçados.

Chianca (2001) proporciona uma definição muito ajustada de avaliação ao descrevê-la como

“a colheita sistemática de informações sobre as ações, as características e os resultados de um programa ou projeto, juntamente com a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a efetividade e a importância do programa” (citado por Prata, 2007).

Tavares (1992) refere que de acordo com a

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

A avaliação é efetuada com o objetivo de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficácia (objetivos/atividades, recursos utilizados/previstos) e a eficiência (o que se faz, objetivos atingidos, recursos utilizados e as atividades realizadas).

“A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências (...).” (Imperatori & Giraldes, 1992).

A principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso do planeamento realizado. Para que tal seja possível, é necessário recorrer a critérios e normas. “Um critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico” (Tavares, 1992).

Por fim, apresentamos um dos conceitos que consideramos mais amplos, que reúne diversas dimensões e, de certa forma, considera as definições anteriores:

“A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados” (Aguilar & Ander-Egg, 1999 citado por Prata, 2007).

A literatura torna evidente a existência de várias tipologias de avaliação do planeamento em saúde, que procuram responder a diversos critérios e estão relacionadas com a finalidade concreta da avaliação.

Clark (1996, citado por Carvalho & Carvalho, 2006) indica três tipos de avaliação:

- a avaliação formativa: o educador/avaliador durante o decorrer das sessões avalia através do feedback dos participantes, se o conteúdo está a ser adequadamente transmitido. Pode fazê-lo através das expressões faciais, colocação de questões acerca dos conteúdos abordados e da resposta emocional daqueles ao conteúdo;
- avaliação de resultado: no fim do programa avaliam-se os efeitos através do grau em que se alcançaram os objetivos de resultado;
- avaliação de processo: em que é avaliada a adequação da estratégia de ensino/aprendizagem e conteúdos selecionados em relação às necessidades de aprendizagem dos participantes.

Utilizando a classificação anteriormente mencionada e realizando a avaliação das Sessões de Educação para a Saúde efetuadas às diferentes turmas da ESSL abrangidas por este projeto, é importante ressaltar que se trata de uma avaliação a curto prazo, pois o período em que decorreu o estágio foi curto, não permitindo apurar o verdadeiro impacto que o projeto vai ter no seu grupo alvo.

Neste sentido, é de referir que a avaliação global realizada neste relatório de estágio compõem-se de três aspetos: análise do feedback dos participantes durante as sessões, verificação da consecução dos objetivos específicos fixados e aferição da adequação das estratégias selecionadas, dos conteúdos abordados e dos materiais utilizados nas sessões.

No que diz respeito à avaliação formativa, podemos afirmar que de uma forma geral, o feedback que obtivemos dos adolescentes foi muito positivo. Através da observação, verificámos que nas diferentes turmas, os adolescentes, na sua maioria, mostraram grande interesse e entusiasmo, participando ativamente nas atividades realizadas, quer de forma espontânea, quer quando estimulada a sua intervenção.

Quanto à articulação efetuada com os professores das diferentes turmas, o feedback também foi muito positivo, pois todos mostraram interesse e disponibilidade em colaborar na implementação do projeto.

Como temos vindo a referir, um projeto implica a criação de métodos de avaliação que o monitorizem ao longo do seu percurso. Essa avaliação é feita com base nos objetivos delineados e revelada através dos indicadores de avaliação e metas. Assim, é através dos indicadores que se mede os avanços alcançados.

“A escolha final de um indicador para integrar um sistema de avaliação resultará da apreciação de todas as suas características na situação específica em que será utilizado, mas chama-se a atenção sobretudo para a facilidade de obtenção dos dados e o seu cálculo e a sua especificidade quanto ao fenómeno que pretende medir” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Valarelli (1999, citado por Souza & Saraiva, s.d.) afirma que “(...) indicadores são parâmetros qualificados e/ou quantificados que servem para detalhar em que medida os objetivos de um projeto foram alcançados, dentro de um prazo delimitado de tempo e numa localidade específica”. Refere ainda que os indicadores indicam mas não são a própria realidade, eles “baseiam-se na identificação de uma variável, ou seja, algum aspeto que varia de estado ou situação, variação esta que se considera capaz de expressar um fenómeno que nos interessa”. Tavares (1992) refere que é

“(…) importante que cada projeto contenha uma forma de avaliação, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Daqui se depreende que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-a em todas as etapas subsequentes”.

Podemos pois afirmar que os indicadores têm alguma semelhança com os objetivos nas suas características, e são entendidos como uma relação entre uma situação específica e uma população em risco.

Imperatori & Giraldes (1993) apontam os dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação: indicadores de impacto ou resultado e indicadores de atividade ou execução.

Os indicadores de impacto ou resultado, procuram medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema (Imperatori & Giraldes 1993). Ou seja, procuram medir o efeito do projeto na melhoria das condições de saúde ou mudança social. Alguns aspetos concretos de avaliação ao nível dos indicadores de impacto são: conhecimentos obtidos, mudança de atitudes, desenvolvimento de capacidades, nível de autocuidado e utilização dos serviços de saúde.

Estes indicadores referem-se aos efeitos de um programa/projeto, como refere Marino, “o efeito final ou impacto de um projeto deve ser examinado após o período de implementação das ações” (citado por Souza & Saraiva, s.d.).

Por sua vez, os indicadores de atividade ou execução procuram medir a atividade desenvolvida para alcançar um ou mais indicadores de resultado. Pode-se dizer que pretendem determinar o grau de idoneidade na execução do projeto. Alguns aspetos concretos de avaliação ao nível dos indicadores de atividade são: adequação dos materiais educativos e outros recursos materiais, metodologia educativa, organização e seguimento de atividades, consistência interna do projeto, nível de capacitação dos educadores (Carvalho & Carvalho, 2006).

Embora avaliar um projeto na sua totalidade não seja uma tarefa fácil, é extremamente importante que seja realizada, pois os indicadores em análise são fundamentais para avaliar e controlar os programas e projetos implementados (Tavares, 1992).

A tabela seguinte apresenta os indicadores de atividade (ou execução) definidos neste projeto:

Indicador de atividade (ou execução)	Metas	Resultados
$\frac{\text{n.º reuniões com E.S.S.L previstas}}{\text{100}} \times \text{n.º reuniões com E.S.S.L realizadas}$	Realizar 100% das reuniões com Direção da E.S.S.L. previstas.	100%
$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{100}} \times \text{n.º sessões de EpS realizadas}$	Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.	100%
$\frac{\text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado previstas}}{\text{100}} \times \text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado realizadas}$	Realizar 100% das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas.	100%
$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.ºano previstas}}{\text{100}} \times \text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.ºano realizadas}$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 8.ºano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>	100%
$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.ºano previstas}}{\text{100}} \times \text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.ºano realizadas}$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.ºano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>	100%
$\frac{\text{n.º questionários respondidos após as sessões de EpS}}{\text{100}} \times \text{n.º questionários distribuídos após as sessões de EpS}$	Obter 100% de respostas aos questionários de satisfação no fim de todas as sessões de EpS.	100%

Tabela n.º9 - Indicadores de atividade (ou execução) na avaliação do projeto

Na avaliação de resultado verificamos se os objetivos específicos delineados para o nosso projeto, foram ou não alcançados. Não obstante as dificuldades com que nos deparamos ao longo do projeto, nomeadamente o facto de 3 dos elementos do grupo trabalharem por turnos e 2 terem horários fixos, o que por vezes exigiu um esforço acrescido da nossa parte para nos conseguirmos articular e realizar as atividades propostas com sucesso; podemos afirmar que a totalidade dos indicadores de atividade (ou execução) foram atingidos com êxito, levando assim a considerar o projeto desenvolvido como sendo extremamente bem sucedido.

Desse modo, todas as estratégias inicialmente definidas foram realizadas e as metas estabelecidas foram alcançadas com sucesso:

- Contribuímos para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2013/2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., realizando 100% das reuniões com a Direção da E.S.S.L. previstas e realizando 100% das sessões de EpS previstas;

- Desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) no âmbito da educação sexual, realizando 100% das reuniões com a Direção da E.S.S.L. previstas, 1005 das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas e 100% das sessões de EpS previstas;

- Utilizámos abordagens ativas nas estratégias desenvolvidas no âmbito da educação sexual realizando 100% das sessões de EpS previstas;

- Foi promovida a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., realizando 100% das sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.ºano previstas;

- Foram proporcionados aos alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade, realizando 100% das sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.ºano previstas;

- Foi promovida a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I), realizando 100% das sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.ºano previstas;

- Foram proporcionados aos alunos do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade, realizando 100% das sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.ºano previstas;

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

aos alunos do 11.ºano, realizando 100% das sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.ºano previstas;

- Foi avaliada a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I), face às atividades desenvolvidas na concretização deste projeto no âmbito da educação sexual, obtendo 100% dos questionários de satisfação respondidos após as sessões de EpS.

Através da análise efetuada verificamos que atingimos todos os objetivos específicos estabelecidos e respetivas metas. Estes dados traduzem uma adesão do grupo alvo ao projeto de EpS, nomeadamente de educação sexual, por nós desenvolvido; bem como uma participação efetiva e motivação por parte da Direção da E.S.S.L. e dos docentes na disseminação e integração do projeto nos tempos letivos.

Chegados a esta fase, resta-nos fazer a avaliação das atividades desenvolvidas. Assim, relativamente aos indicadores de avaliação da atividade, foi aplicado um questionário de satisfação a todos os adolescentes que foram alvo das intervenções desenvolvidas.

Os indicadores de avaliação das atividades apresentam-se na tabela seguinte:

Indicadores de avaliação das atividades	Metas	Resultados
$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na utilidade dos temas abordados}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$	Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões	97,1%
$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na forma como os temas foram abordados nas sessões}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$	Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões	96,1%
$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 com o esclarecimento de dúvidas}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$	Que 80% dos alunos tenham ficado satisfeitos ou mais quanto ao esclarecimento de dúvidas	93,7%

$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 no grau de satisfação em geral}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$	Obter 80% dos questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria <i>Satisfeito</i> ou mais.	98,1%
---	--	-------

Tabela n.º10 - Indicadores de avaliação das atividades desenvolvidas

A ideia central é que os processos avaliativos possam ajudar os indivíduos envolvidos a encontrar os seus próprios caminhos de aprendizagem e desenvolvimento, e que simultaneamente lhes ampliem o nível de consciência, pois os resultados da avaliação direcionam-se a eles (executores dos projetos, usuários dos serviços, grupos comunitários, instituições, etc.).

Silva & Silva (2001, citados por Gasparini & Furtado, 2014) propõem que “a avaliação, na medida do possível, seja realizada por pessoas participantes do programa ou projeto, envolvendo os usuários do programa, que são os mais diretamente interessados nos resultados”.

Pode optar-se por duas perspetivas metodológicas diferentes, quando se decide sobre o tipo de estudo a utilizar no processo de avaliação, que não se excluem mutuamente: a metodologia qualitativa e a metodologia quantitativa.

No estudo que agora apresentamos, utilizámos a metodologia quantitativa. A avaliação baseada em métodos quantitativos, sustenta-se no método científico, e baseia-se no controlo inicial, na aplicação de instrumentos de medida e na análise final que permita comprovar que modificações produziu, a atividade em causa. Utiliza instrumentos de carácter quantitativo e baseia-se no controlo das variáveis que intervêm nos processos e na objetividade e rigor das medições com a finalidade de estabelecer relações causais ou correlacionais entre uma intervenção e os efeitos pretendidos, afastando-se ao máximo da subjetividade do avaliador e dos participantes.

Por sua vez, a avaliação quantitativa, é um processo que permite aplicar estratégias rigorosas de reflexão e de valorização de atividades em desenvolvimento. Baseia-se em dados de carácter qualitativo e tem como finalidade aumentar a compreensão dos processos estudados através de uma metodologia indutiva e de forma subjetiva.

Na prática os métodos quantitativos e qualitativos podem coabitar positivamente. A perspetiva quantitativa procura demonstrar a relação entre o programa e os efeitos desejados e a orientação qualitativa aponta elementos explicativos à avaliação quantitativa, que devem

justapor-se às conclusões dos métodos quantitativos (Casado, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006).

Para saber se escolhemos o caminho certo e as metodologias mais adequadas, é fundamental avaliar as ações desenvolvidas. Ao avaliar o grupo/turma, estamos a posicionar o nosso projeto e as ações desenvolvidas, entre a situação inicial e os objetivos a que nos propusemos.

Após cada sessão de educação para a saúde, especificamente, de educação sexual, a distribuição e o preenchimento de um instrumento de recolha de dados que permita avaliar as ações desenvolvidas teve particular importância de forma a garantir a melhoria das ações que se seguiram e a fundamentar o relatório de estágio que agora apresentamos.

Neste contexto, procedemos à avaliação do estágio através da utilização de um breve Questionário de Satisfação elaborado pelo grupo de mestrandos, com o objetivo de determinar a satisfação dos adolescentes relativamente à pertinência e finalidade das sessões de educação para a saúde no domínio da educação sexual.

Frade *et al.* (2009:30) alertam para o facto de ser difícil mensurar os efeitos e o impacto que as ações de Educação Sexual tiveram no desenvolvimento posterior dos adolescentes alvo da ação desenvolvida. Contudo, referem que “é possível avaliar o grau de satisfação imediato que a atividade teve para uma turma ou grupo determinado, assim como o grau de prossecução das expectativas iniciais dos participantes”.

“O questionário é o formato mais utilizado para avaliar a satisfação” (Stallard, 1996, citado por Alves, 2008), pode ser construído de diferentes formas, consoante o contexto, o objetivo e a quem se dirige.

O questionário elaborado pelos mestrandos é composto por questões abertas e fechadas, utilizando uma linguagem simples e frases claras e curtas (Fortin, 1999). Inicia-se com uma breve caracterização dos jovens inquiridos, nomeadamente a idade, o sexo e o ano de escolaridade que frequentam. Posteriormente têm lugar 8 perguntas fechadas sob a forma de escala tipo Likert e, por fim, tem lugar uma pergunta aberta, onde são solicitados comentários e/ou sugestões.

Das 8 perguntas formuladas sob a forma de escalas tipo Likert, 3 estão relacionadas com o desempenho dos formadores durante as sessões, 2 com a satisfação em relação à sessão, 2 com as informações fornecidas e, por último, 1 com a forma como o adolescente se sentiu durante a sessão.

A escala de Likert é do tipo de resposta psicométrica e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. A escolha pela sua utilização prende-se com “o facto dos resultados de

qualquer medição efetuada no mundo real serem apenas aproximações a um resultado virtual exato e não poderem coincidir integralmente com ele” (Alves, 2008). Assim, através da escala de Likert, os adolescentes não apenas respondem se concordam ou não com os itens referidos, como também informam qual o seu grau de concordância ou discordância. É atribuído um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude do adolescente em relação a cada item. O somatório da pontuação obtida para cada item dá-nos a pontuação total de cada adolescente, que reflete o grau de satisfação global em relação à sessão de educação para a saúde.

A escala que elaborámos é formada por um conjunto de cinco preposições, utilizando pontuações de 1 a 5, das quais o inquirido seleciona uma, podendo ser: 1= Muito Insatisfeito, 2= Insatisfeito, 3= Pouco satisfeito, 4= Satisfeito, 5= Muito Satisfeito. O *score* mínimo é de 8 e o *score* máximo de 40. O grau de satisfação dos adolescentes em relação às sessões de educação sexual desenvolvidas resultou das pontuações médias obtidas, sendo que *scores* mais baixos revelam pouca satisfação com a sessão de educação sexual e *scores* mais altos revelam muita satisfação.

Chisnall (1973, citado por Alves, 2008) afirma que as escalas de Likert “além de serem confiáveis, são mais simples de construir e permitem obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes, o que também dá mais liberdade a estes, pois não precisam de se restringir ao simples concordo/discordo”.

No fim de cada sessão de educação para a saúde, procedeu-se à distribuição dos questionários pelos alunos, sendo que cada aluno preencheu um questionário. Foi uma vez mais realçado o facto de os questionários serem anónimos, por forma a poder garantir uma maior fiabilidade das respostas.

2.7.1 – Resultados dos Questionários

Para proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos utilizou-se o software S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0 para ambiente Windows. A codificação dos resultados é apresentada através de gráficos e quadros, como meio facilitador ao acesso dos resultados obtidos.

O grupo de alunos alvo da intervenção comunitária efetuada é constituído por 205 adolescentes, cujas idades variam entre os 13 e os 20 anos. A média de idades é de 15,4 anos e a moda é 16 anos. Verifica-se que o maior grupo de adolescente tem 16 anos, tanto em

relação ao sexo feminino (39,0%) como em relação ao sexo masculino (39,1%), como se pode verificar na tabela n.º11.

		Idade								Total	
		13,00	14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	19,00	20,00		
Género	Masculino	N	29	8	1	34	11	3	0	1	87
		%	33,3%	9,2%	1,1%	39,1%	12,6%	3,4%	0,0%	1,1%	100,0%
Género	Feminino	N	28	7	3	46	17	13	4	0	118
		%	23,7%	5,9%	2,5%	39,0%	14,4%	11,0%	3,4%	0,0%	100,0%
Total		N	57	15	4	80	28	16	4	1	205
		%	27,8%	7,3%	2,0%	39,0%	13,7%	7,8%	2,0%	0,5%	100,0%

Tabela n.º11 - Distribuição dos inquiridos segundo a idade e o género

A maioria dos adolescentes frequenta o 11.º ano (62,4%), no entanto, é de lembrar que existem apenas 3 turmas de 8.º ano, estando todas incluídas na intervenção comunitária. Os alunos do 8.ºano representam 37,6% do total de inquiridos, como se pode ver na tabela n.º12.

		Ano de Escolaridade		Total	
		8.º ano	11 ano		
Género	Masculino	N	38	49	87
		%	43,7%	56,3%	100,0%
		% do Total	18,5%	23,9%	42,4%
	Feminino	N	39	79	118
%		33,1%	66,9%	100,0%	
	% do Total	19,0%	38,5%	57,6%	
Total		N	77	128	205
		%	37,6%	62,4%	100,0%
	% do Total	37,6%	62,4%	100,0%	

Tabela n.º12 - Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e o género

Pela análise da tabela n.º12, é ainda possível verificar que em ambos os anos letivos, a maioria dos adolescentes que participaram na intervenção são do género feminino, correspondendo a 57,6% do total de inquiridos. No entanto, esta diferença é mais acentuada ao nível do 11.ºano, em que o sexo feminino representa 66,9% dos alunos do 11.ºano.

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

Resumidamente a avaliação da intervenção é muito positiva, tendo superado todas as expetativas.

A tabela n.º13 ilustra os resultados relativos à perspetiva dos adolescentes sobre a intervenção desenvolvida. A primeira coluna descreve os itens que compõe o questionário de satisfação, a segunda coluna apresenta as opções de resposta para cada item, da terceira à sexta coluna é apresentado o valor do grau de satisfação e a respetiva percentagem, primeiro para o género feminino e depois para o género masculino. Por fim, a sétima e oitava colunas indicam o valor correspondente ao somatório do grau de satisfação do género feminino com o do género masculino, para cada item do questionário, e respetiva percentagem.

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

Grau de satisfação em geral	Muito Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	4	2,0%	4	2,0%
	Satisfeito	41	20,0%	36	17,6%	77	37,6%
	Muito Satisfeito	77	37,6%	47	22,9%	124	60,5%

Tabela n.º13 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género

Gráfico 1: *Como te sentiste durante a sessão*

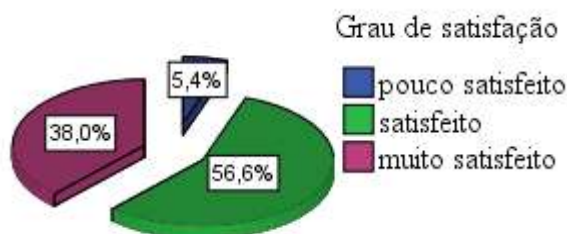


Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Como te sentiste durante a sessão*

Ao analisarmos o conteúdo das respostas dos adolescentes relativamente ao item *Como te sentiste durante a sessão*, verificamos que a maioria dos adolescentes respondeu *Satisfeito* (56,6%) ou *Muito Satisfeito* (38,0%). Sendo de referir que apenas 11 adolescentes (5,4%) responderam *Pouco Satisfeito*, e não havendo nenhuma resposta com grau de satisfação inferior.

Gráfico 2: *Simpatia e disponibilidade dos formadores*

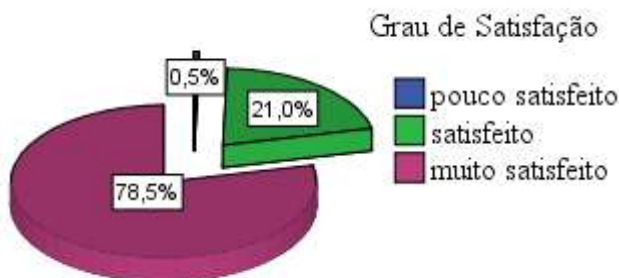


Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Simpatia e disponibilidade dos formadores*

No que respeita aos formadores, a maioria dos adolescentes atribuiu nível máximo *Muito Satisfeito* (78,5%) quanto à *Simpatia e disponibilidade dos formadores*. Os restantes adolescentes responderam a este item referindo-se *Satisfeitos* (21,0%), excetuando um único

adolescente que referiu sentir-se *Pouco Satisfeito* (0,5%). Foi neste item que o grau de satisfação mais elevado (*Muito Satisfeito*) registou maior número de respostas.

Gráfico 3: Competência e profissionalismo dos formadores

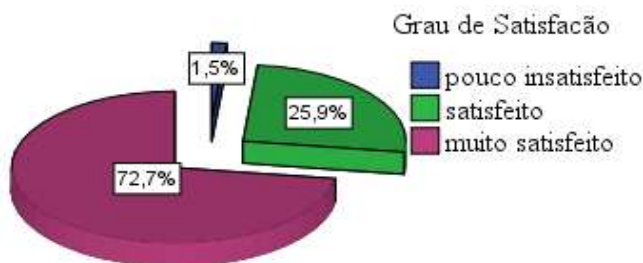


Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Competência e profissionalismo dos formadores*

Em relação à *Competência e profissionalismo dos formadores*, a perceção dos adolescentes foi globalmente muito satisfatória. Assim, a maioria dos adolescentes consideraram-se *Muito Satisfeito* (72,7%) ou *Satisfeito* (25,9%) neste item. Apenas 3 adolescentes (1,5%) referiram sentir-se *Pouco Satisfeito*.

Gráfico 4: Utilidade dos temas abordados

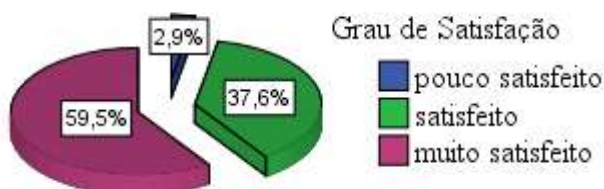


Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Utilidade dos temas abordados*

Quando questionados acerca da *Utilidade dos temas abordados*, a maioria dos adolescentes considera-se *Muito Satisfeito* (59,5%) e *Satisfeito* (37,6%). Os adolescentes que selecionaram a opção *Pouco Satisfeito* são apenas 6 (2,9%), 2 raparigas e 4 rapazes.

Gráfico 5: Forma como os temas foram abordados

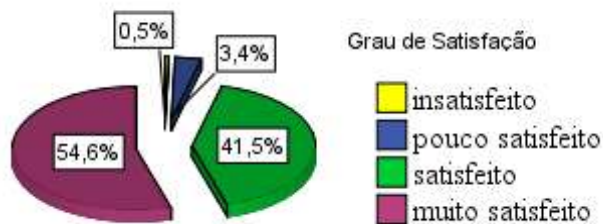


Gráfico 5: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Forma como os temas foram abordados*

Ao analisarmos o conteúdo das respostas dos adolescentes relativamente à **Forma como os temas foram abordados**, verifica-se que 54,6% dos adolescentes responderam estar *Muito Satisfeito* e 41,5% *Satisfeito*. Somente 7 (3,4%) referiram estar *Pouco Satisfeito*, havendo mesmo 1 adolescente que se refere *Insatisfeito* em relação ao item avaliado.

Gráfico 6: Esclarecimento de dúvidas

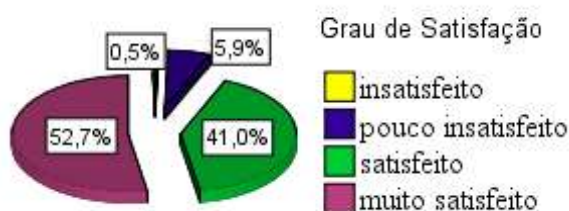


Gráfico 6: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Esclarecimento de dúvidas*

No item relativo ao **Esclarecimento de dúvidas**, 52,7% dos adolescentes inquiridos consideraram-se *Muito Satisfeito* e 41,0% *Satisfeito*. Apenas 5,9% dos adolescentes inquiridos se manifestaram *Pouco Satisfeito*, e 1 único adolescente (0,5%) refere-se *Insatisfeito* em relação a este item.

Gráfico 7: A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?



Gráfico 7: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?*

Quanto à análise da questão *A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?*, podemos verificar que 46,8% dos adolescentes responderam no nível de satisfação *Satisfeito* e 45,9% responderam no nível *Muito Satisfeito*. Os que se declaram *Pouco Satisfeito* são 7,3%, não se verificando nenhuma resposta nos níveis *Insatisfeito* ou *Muito Insatisfeito*.

Gráfico 8: Grau de satisfação em geral

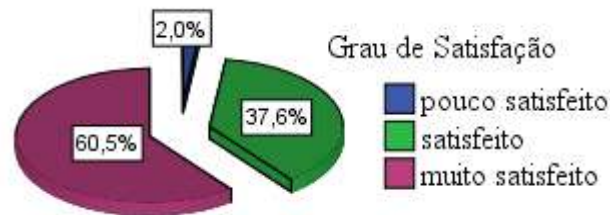


Gráfico 8: Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação face ao item *Grau de satisfação em geral*

Por fim, ao analisarmos o conteúdo das respostas ao item *Grau de satisfação em geral*, a perceção global é de que a intervenção efetuada teve qualidade, pois 60,5% dos inquiridos consideram-se *Muito Satisfeito* e 37,6% *Satisfeito*. Constata-se que apenas 4 adolescentes (2,0%) selecionaram o grau de satisfação *Pouco Satisfeito* neste item.

Com base nos dados obtidos através dos questionários de satisfação, podemos afirmar que foram alcançadas as metas estabelecidas para o objetivo *específico Avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A,B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) face às atividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em meio escolar, até final de Janeiro de 2014*, uma vez que:

- 97,1% dos adolescentes inquiridos referiram sentir-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões de educação para a saúde;
- 96,1% dos adolescentes inquiridos referiram sentir-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões de educação para a saúde;
- 93,7% dos adolescentes inquiridos referiram sentir-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* quanto ao esclarecimento de dúvidas proporcionado pelas sessões de educação para a saúde;
- 98,1% dos adolescentes inquiridos referiram sentir-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos*, no que diz respeito ao grau de satisfação em geral em relação às sessões de educação para a saúde.

Em jeito de conclusão, e relativamente aos indicadores de avaliação da atividade, podemos aferir que as estratégias selecionadas, os conteúdos abordados e os materiais utilizados estiveram adequados ao nosso grupo alvo. Esta apreciação é justificada pelo facto de, no global, os objetivos das atividades realizadas terem sido alcançados, e ainda pela motivação e participação demonstrada pelos adolescentes durante as sessões.

“Em última análise poder-se-á dizer que a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias ao nível da adequação” (Tavares, 1992). Assim, concluímos que relativamente às estratégias por nós planeadas, estas estavam adequadas ao grupo trazendo resultados positivos.

Para além do exposto anteriormente, é de referir que a avaliação permite o aumento da compreensão das atividades de Educação para a Saúde e, em simultâneo, serve de estímulo profissional, pois converte-se num importante elemento motivador para introduzir inovações nos serviços, ao alcançar a sensibilidade científica dos profissionais de saúde.

3 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

No presente capítulo será feita uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Pretende-se refletir sobre as atividades desenvolvidas, as dificuldades sentidas, as estratégias utilizadas para as ultrapassar e a eficácia das mesmas.

A Enfermagem além de ser uma profissão, é também uma ciência e uma arte que requer ideias, valores, conhecimentos, destreza e, fundamentalmente interesse pelas pessoas e pela capacidade de as compreender e ajudar. Tal como refere Watson “este é o papel fulcral do enfermeiro na interação com o cliente” (1994 citado por Dias, 2011).

O meu desempenho ao longo das duas unidades de estágio que compõem este Mestrado, tentou sempre dar resposta aos objetivos académicos definidos pela E.S.S.P., bem como aos objetivos pessoais que delineei individualmente para este Curso. Devo ainda referir que procurei sempre fundamentar a minha atuação nas emanações da OE que definem as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, regulamento n.º128/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Neste contexto, considero que a atual estruturação do Mestrado em Enfermagem com Especialização em de Enfermagem Comunitária da E.S.S.P. se encontra organizado de modo a permitir uma adequada integração das competências definidas pela OE.

De facto, ao analisar o preconizado pela OE, verificamos que os módulos de estágio deste curso permitem dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas como necessárias, que são:

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

Neste contexto, julgo importante descrever sucintamente as atividades que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a aquisição de cada uma das competências preconizadas.

- **Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

A concretização desta competência definida pela OE envolve todo o processo de planeamento nas suas múltiplas etapas.

A aquisição desta competência iniciou-se com o primeiro módulo de estágio, cuja finalidade se prendia com a realização de um Diagnóstico de Situação, em que foram estabelecidos, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, os principais problemas de uma população específica escolhida a partir de um dado contexto na comunidade. Neste caso, a população selecionada foram aos alunos da E.S.S.L. em Portalegre, por não ser conhecido nenhum estudo anterior, desta natureza, na referida escola; e também por existir uma solicitação de colaboração à E.S.S.P. por parte da E.S.S.L. no âmbito da Sexualidade na Adolescência. Este diagnóstico foi efetivado em conjunto com os meus colegas de grupo de estágio.

No segundo módulo de estágio também foi evidente a aquisição de competências de Enfermeira Especialista, pois foram estabelecidas e identificadas as prioridades e as necessidades de saúde da comunidade em estudo e, posteriormente, foi elaborado um projeto de intervenção com estratégias eficazes e avaliação adequada.

Nesta fase em que nos encontramos, percebemos claramente que planear em saúde não é a mesma coisa que planear num outro ramo, uma vez que em saúde lidamos com a complexidade do ser humano e os valores individuais. Ir para o terreno, conhecer a população e os vários intervenientes, estabelecer uma rede de parceria e conhecer os recursos disponíveis na comunidade, com vista a resolver os problemas de saúde identificados, foram aspetos tidos em consideração no desenrolar dos módulos de estágio.

- **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento das populações. O seu intuito é dar às populações os seus próprios meios para atuar na gestão e controlo da própria saúde (Gonçalves, 2011).

A concretização do projeto de intervenção comunitária no âmbito da Sexualidade na Adolescência com o intuito não só de combater os problemas e necessidades identificadas, mas também proporcionar respostas com ganhos em saúde, permitiu alcançar esta

competência. Com a realização das sessões de educação para a saúde houve clarificação de aspectos importantes e potenciou-se a tomada de decisão livre, esclarecida e responsável.

Neste contexto, ao promover a capacitação e o empoderamento desta comunidade escolar, no que ao tema da Sexualidade na Adolescência diz respeito, acredito que contribuí para o processo de capacitação deste grupo.

- **Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

Esta competência foi desenvolvida através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção agora alvo de relatório. Este projeto de intervenção integra-se na totalidade em Programas Nacionais, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar.

- **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

Para atender ao desenvolvimento desta competência foram adaptados e aplicados dois instrumentos de colheita de dados durante os módulos de estágio, que visavam a recolha de dados de natureza epidemiológica e, portanto, passíveis de serem trabalhados e utilizados para a caracterização do perfil epidemiológico da população em estudo.

No primeiro módulo de estágio, para a concretização do diagnóstico foi efetuada uma colheita de dados através da aplicação de um questionário. Assim, podemos afirmar que a identificação de necessidades foi efetuada tendo em conta dados quantitativos e epidemiológicos, que foram organizados e analisados.

Desta forma, este trabalho conduziu à produção de conhecimentos e à alteração de formas de estar relativamente aos problemas da vida real, no que diz respeito à comunidade onde nos inserimos. Para além disto, o projeto ao ser alvo de modificações à medida do desenvolvimento dos acontecimentos (pois define-se como uma planificação flexível passível de ser alterada de acordo com as suas necessidades) requer que um Enfermeiros Especialista deva saber adaptar-se ao imprevisto.

Como Enfermeira e familiarizada com a adolescência, o tema abordado neste projeto é-me particularmente motivador e contribuiu, seguramente, para um melhor relacionamento com os adolescentes. Espero que futuramente possa também ser útil para um melhor desempenho profissional na área comunitária, onde pretendo vir a desenvolver a minha prática como Enfermeira Especialista.

Penso que o Mestrado em Enfermagem Comunitária e em particular as unidades de estágio, contribuíram também para fortalecer o reconhecimento da importância que a intervenção global e contínua do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem no seio das comunidades, em contexto de grupo/familiar ou domiciliário/institucional. Ele é responsável por uma eficaz avaliação holística e integral de todo o amplo sistema comunitário, da sua integração e relacionamento com as partes constituintes.

Fundamentando-me nesta premissa, consegui uma intervenção eficaz através da realização de sessões de educação para a saúde utilizando uma metodologia expositiva/interativa, onde se procurou:

- disponibilizar informações precisas sobre temas importantes que despertam a curiosidade dos adolescentes (nomeadamente: comportamento sexual, diversidade sexual, relações interpessoais);

- oferecer aos adolescentes a oportunidade de explorar valores, atitudes e normas referentes à vivência da sexualidade, ao comportamentos sexual, à saúde, risco e tomada de decisão, e aos princípios de respeito, igualdade de género, etc.;

- facilitar a aquisição de habilidades importantes sobre o comportamentos sexual para a tomada de decisões, de autoconfiança, comunicação e negociação, e capacidade de recusa da violência sexual, qualquer que ela seja;

- estimular os adolescentes a assumir responsabilidade pelo seu próprio comportamento e a respeitar o direito de outros, assim como estimular aceitação e empatia independentemente do seu estado de saúde ou orientação sexual.

Através do cuidar, na vertente do apoiar, educar, ensinar, instruir, orientar ou supervisionar, promovi a interação centrada no adolescente de forma intencional e com a finalidade de contribuir para o acréscimo da qualidade de vida, possibilitando em simultâneo o meu crescimento e desenvolvimento profissional.

A realização deste Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária permitiu também adquirir e/ou aperfeiçoar de competências, nomeadamente:

- Competências científicas: aumento do conhecimento sobre Sexualidade na Adolescência, através de pesquisa; utilização dos conhecimentos anteriormente explorados, de forma a realizar planos de sessão, trabalhando com base na prática baseada na evidência.

- Competências cognitivas: integração de novos conhecimentos e consolidação de conhecimentos anteriores, através de formação e da experiência profissional.

- Competências metodológicas: escolha do método e estratégias mais adequadas para implementar o desenvolvimento das sessões de educação para a saúde, tendo em conta os conteúdos, o grupo alvo e o tempo disponível.

- Competências pedagógicas: transmissão de conhecimentos usando métodos e técnicas adequadas e eficientes, recorrendo a metodologias testadas na intervenção com a comunidade escolar.

- Competências técnico-instrumentais: utilização de meios audiovisuais como facilitadores de uma melhor transmissão e compreensão de conteúdos; utilização do programa SPSS, que permitiu tratar dados que se transformaram em resultados pertinentes.

- Competência de adaptação, flexibilidade e criatividade: que são capacidades fundamentais para intervir na comunidade, atuando perante situações imprevistas relacionadas com meios audiovisuais, infraestruturas ou alteração o grupo alvo.

- Competência de decisão: em situações problemáticas ou imprevistas, procurar atender às evidências científicas, sem descuidar as responsabilidades e a ética.

- Competências de ajuda: capacidade para estabelecer uma relação de proximidade, esclarecendo, aconselhando e orientando os adolescentes e os professores, no âmbito da saúde.

- Competência de liderança, gestão e coordenação de equipas: nomeadamente como organizadora do grupo de trabalho onde me inseri para a realização dos estágios.

- Competência de análise e reflexão: sobre a prática profissional, problemas detetados e resultados das estratégias apresentadas, na elaboração do presente relatório.

- Competência de avaliação: aplicada no projeto em questão.

- Competência de síntese: na preparação das apresentações em PowerPoint para as sessões de educação para a saúde, na elaboração do presente relatório.

Como pilar de atuação evidencio a capacidade de auto reflexão crítica na e sobre a prática desenvolvida, e a aplicação de todos os conhecimentos, capacidades e competências no âmbito da Enfermagem Comunitária. Ao longo deste percurso fez sempre parte da minha atuação uma análise crítica e reflexiva do meu desempenho, das situações complexas, com uma atitude de avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise. Foi para mim fundamental refletir sobre comportamentos e formas de agir, constituindo-se estes momentos como momentos construtivos, de aprendizagem e motivação. Só deste modo foi possível identificar lacunas, mudar atitudes, utilizar novas estratégias ou resultados de evidência científica e melhorar progressivamente, para fazer face às necessidades particulares e

crecentes dos adolescentes no seu contexto multidimensional e comunidade envolvente. Procurei sempre analisar o que já se constituía como evidência, de forma a acrescentar algo novo e promover ganhos em saúde e em conhecimentos.

No que concerne às dificuldades sentidas durante a concretização deste projeto, menciono as que me parecem assumir uma maior relevância na prossecução dos objetivos delineados. Contudo, devo referir que alguns destes fatores são externos ao projeto e inerentes às entidades envolvidas. Assim, aponto as seguintes limitações:

- pouca experiência em contexto de metodologia do planeamento em saúde;
- limitação temporal: o que condicionou o estabelecimento de indicadores de resultado, pois o tempo de estágio não permitia a reavaliação dos conhecimentos/atitude dos adolescentes em relação à sexualidade;
- não concretização da sessão de apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação a todos os elementos da Direção da E.S.S.L. e pessoal docente;
- o questionário de avaliação das atividades desenvolvidas é um questionário de satisfação relativo ao modo como os adolescentes percebem estas atividades; procura aferir o grau de satisfação com as atividades promovidas e não estabelece qualquer articulação com a temática da Sexualidade na Adolescência em si mesma. Permite, no entanto, verificar que os adolescentes atribuem grande importância às sessões de educação para a saúde no âmbito da Sexualidade; e que reconhecem aos enfermeiros competências e habilidades para o desenvolvimento destas sessões.

Apesar dos constrangimentos referidos, penso que com a adequada metodologia empregue neste projeto e com o apoio e motivação dos profissionais envolvidos, estes fatores condicionantes, ou obstáculos, foram todos ultrapassados da melhor forma.

A estratégia utilizada neste projeto para a Promoção da Saúde foi a Educação para a Saúde, que já em 1969 foi definida pela OMS como

“uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde” (citado por Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

Neste contexto, a educação para a saúde assume-se como um meio para alcançar os objetivos da promoção da saúde, adotando uma função essencial na estratégia global da

promoção da saúde. Chegados a esta fase do presente relatório, devo referir que a opção pela educação para a saúde como estratégia principal deste projeto foi bem sucedida.

Nas sessões de educação para a saúde foram utilizadas várias técnicas/métodos de ensino, nomeadamente o interativo, de forma a fazer chegar a mensagem aos recetores. O método interativo foi eficaz na exposição de dúvidas, na partilha de experiências, e na dissipação do stress e ansiedade, presentes no início das sessões.

O modelo que norteou a atuação no âmbito da promoção da saúde foi a Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sócio Cognitiva de Bandura. A escolha desta teoria prende-se com o facto de se pretender, através das intervenções comunitárias delineadas, contribuir para a mudança de comportamentos dos adolescentes relativamente à vivência da sexualidade.

De acordo com esta teoria, o comportamento é influenciado por fatores pessoais, ambientais e pelo próprio comportamento (Glanz, 1999). Tem como premissa base que “as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações” (Glanz, 1999).

Fundamentando-nos nas premissas da Teoria de Bandura, procurámos nas sessões de educação para a saúde proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos no âmbito de uma sexualidade saudável, de forma a que vivam esta fase da vida sem se exporem a perigos e riscos desnecessários (capacidade comportamental). Procurámos também criar-lhes *expectativas* positivas aquando da adoção de comportamentos e encorajá-los de modo a que sintam confiança neles próprios relativamente à capacidade de adoção dos comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade (autoeficácia). Tivemos em conta também o *reforço*, considerando que a influência motivadora de um bom estado de saúde e de felicidade, quando valorizados, podem constituir uma recompensa para a prática de comportamentos saudáveis no que se refere à sexualidade.

Validando a opção por esta teoria, Glanz (1999) refere que a teoria sócio cognitiva é “correntemente a versão dominante utilizada nos comportamentos de saúde e na sua promoção”.

Todas as atividades de promoção da saúde desenvolvidas foram fortemente influenciadas pela teoria do *empowerment* (empoderamento). Neste sentido, procurou-se sempre envolver os adolescentes no processo de conceção, execução e avaliação das atividades, como sujeitos ativos e não como meros alvos ou espetadores. O conceito de empoderamento na promoção da saúde é definido como a educação sobre problemas de saúde, colocando os interesses e necessidades dos que estão a aprender no centro do processo, como sujeito ativos e participantes em todas as fases. Os programas de promoção da saúde são encarados não só

como meios de promover estilos de vida saudáveis e de prevenção de doenças, mas também como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam.

Assim, podemos afirmar que a capacitação dos adolescentes no âmbito da sexualidade foi o objetivo central de todo este projeto, e o envolvimento da comunidade estudantil da E.S.S.L. foi uma exigência. Neste contexto, acreditamos que o empoderamento na promoção da saúde permite ganhos maiores e mais duradouros e oferece uma perspectiva holística e integrada da resolução de problemas.

A concretização deste projeto na E.S.S.L. permitiu também verificar a importância que as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) têm, sendo um forte contributo para ajudar a resolver vários problemas de saúde com que os jovens se confrontam. Contudo, penso ser necessária uma contínua monitorização e avaliação do desempenho destas escolas para se tentar, com base nos dados recolhidos, melhorar a sua eficácia. Gostaria ainda de acrescentar a importância de desenvolver investigações com o intuito de estudar os fatores facilitadores e limitadores do sucesso das EPS com a finalidade de se melhorar a eficácia da instituição escola na promoção da saúde. Oliveira (2012) refere um trabalho realizado por Carvalho (2001) onde são identificados alguns fatores limitantes ao sucesso das EPS que merecem ser analisados para as escolas portuguesas e que são, entre outros: a fraca participação do setor da saúde; a ausência de cursos de formação para professores na área da saúde; a falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de educação para a saúde.

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública proporcionou este campo de estágio, tão enriquecedor e genuíno no que respeita a verdadeira essência da Enfermagem de Saúde Comunitária.

A Enfermagem Comunitária tem um papel fulcral na intervenção comunitária, na capacitação e empoderamento das comunidades, que partem de estratégias endógenas locais capacitando as comunidades a partir dos seus próprios recursos, possibilitando a continuidade dos projetos em ligação com os recursos comunitários existentes.

Ser Enfermeiro requer competência. Competência essa que compreendi sempre de forma holística e interativa, concebendo-a como o conjunto de capacidades, conhecimentos, comportamentos, níveis de adequação, intenções, motivos e atitudes que foram sempre aplicados em todas as atividades concretizadas.

De acordo com o exposto, julgo que ao longo do estágio proporcionei resposta aos objetivos definidos pela E.S.S.P., aos objetivos pessoais definidos em função da intervenção preconizada para cada módulo de estágio, bem como ao perfil de competências requerido pela OE como necessário para o exercício enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tal como considero ter ficado evidente ao longo deste capítulo.

CONCLUSÃO

O tema da sexualidade na adolescência tem grande importância e atualidade, sendo os adolescentes considerados grupo prioritário a nível da educação sexual, da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo, o papel dos profissionais de saúde e educadores é fundamental para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente como pessoa na sua plenitude. Conhecer as alterações e características da adolescência pode ajudar os profissionais de saúde a compreender melhor as vivências desta fase do ciclo vital e, simultaneamente, o *mundo* do adolescente de forma mais global.

Sabemos que a adolescência é marcada por várias transformações concomitantes, a nível biológico, psicossocial, moral e sexual. Por outro lado, a sociedade atual é dominada por exigências e mudanças, onde os valores se alteram rapidamente, o que origina nos adolescentes incertezas e dúvidas.

As mudanças na configuração corporal constituem uma preocupação do adolescente, experienciada por vezes com ansiedade. Tendo conhecimento da importância sociocultural atribuída à imagem corporal, os adolescentes vêm-se confrontados com a existência de padrões de beleza e habilidades corporais socialmente estereotipadas. Neste contexto, é necessária uma aceitação positiva e incondicional do próprio corpo, para que dentro do grupo de pares não se sinta desencaixado nem sujeito a pressões.

Por outro lado, a sexualidade é uma vertente essencial na vida humana, que também compreende dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Nos dias de hoje, verifica-se um despertar para a sexualidade cada vez mais precoce, sendo que as consequências de um início precoce e irrefletido da vida sexual do adolescente, associadas à vulnerabilidade e aos riscos, podem ter efeitos inconvenientes, tais como gravidez e infeções sexualmente transmissíveis.

Existe sempre a possibilidade de viver a sexualidade de uma forma saudável, para tal é importante que os adolescentes estejam informados e conscientes acerca de todos os aspetos com ela relacionados, designadamente os aspetos biológicos, as consequências da atividade sexual e as principais medidas de proteção. É neste âmbito que o enfermeiro tem um papel determinante no ensino, acolhimento e intervenção perante os adolescentes, de modo a ajudá-

los a vivenciarem a sua sexualidade de forma informada e agradável, assegurando que o adolescente seja atendido e esclarecido atempadamente.

Torna-se fundamental reconhecer a importância da educação sexual como um dos processos que influencia o desenvolvimento da personalidade e o modo de vivenciar a adolescência. A informação sobre sexualidade é essencial na educação para a saúde.

“Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu *bem-estar físico, social e mental*, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo” (MEC).

A ação de Educação para a Saúde é um processo que tem como objetivo capacitar indivíduos ou grupos para ajudarem na melhoria das condições de saúde das populações. Os profissionais de saúde e a população devem compreender que a saúde na comunidade depende não só dos desígnios deliberados pelos serviços de saúde, mas também é resultado, em larga escala, do esforço da própria população através da sua motivação, da aquisição de conhecimentos, da sua compreensão, reflexão e, sobretudo da adoção de hábitos de saúde.

A declaração de Alma-Ata subscreveu alguns aspetos importantes entre os quais: “Os povos têm o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planeamento e execução dos cuidados de saúde”. Esta declaração considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a Informação e a Educação para a Saúde.

Na Educação para a Saúde os esforços devem ser encarados numa perspetiva de cidadania, em que todos os cidadãos têm um papel a desempenhar, mas é consensual que os enfermeiros devem assumir um papel de destaque. Como profissionais de saúde, as nossas intervenções integram processos educativos que promovem o cuidado responsável do utente e da comunidade. Como já referimos anteriormente, cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar. Esta dimensão é bem evidente nalgumas conceções de enfermagem, em particular no caso de Leininger que define a enfermagem como:

“Uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais e de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significação física, psico-cultural e social, para aqueles que estão assistidos” (Leininger, 1984 citado por Barradas, Rodrigues & Pereira, 2010).

Fundamentando-nos nas condições de vida das comunidades/populações, compete-nos a responsabilidade social de contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença através

da sensibilização no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. A ação de Educação para a Saúde é principalmente a interação com métodos pedagógicos ativos, onde o enfermeiro serve de mediador entre a saúde e as pessoas, pois é feita com base nas experiências individuais dos intervenientes, de onde se identificam as necessidades da população.

Contudo, é fundamental saber compreender as necessidades de saúde da população e para tal não basta informar, ou seja, comunicar alguma coisa de que consideramos haver necessidade. É essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/família/comunidade, sendo para tal necessário dar as informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de Educação para a Saúde em grupo. Não devemos descurar que esta informação sistematizada deve ser integrada no devido contexto, ou seja, devemos instruir de modo a dar oportunidade ao utente/família/comunidade de otimizar a sua saúde a fim de obter os melhores resultados em termos de saúde.

Neste contexto, assume primordial importância o facto de tornar as sessões de Educação para a Saúde compreensíveis e claras, através da orientação do utente/família/comunidade para as melhores decisões relacionadas com a sua saúde, e também aconselhar e capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. Para tal devemos colaborar, isto é, trabalhar em conjunto com o utente/família/comunidade, pois só assim conseguiremos estimular ou incitar os indivíduos a adotar comportamentos ditos saudáveis.

Deste modo, a educação sexual nas escolas assume um papel fulcral na formação dos jovens adolescentes e a sua eficácia depende da articulação e estabelecimento de parcerias entre a escola e os serviços de saúde.

Garantir aos jovens uma vivência sexual saudável é um dos maiores desafios da escola. É incontestável que esta é a instituição mais adequada à transmissão de conhecimentos e integração social do adolescente, mas só conseguirá dar resposta com a colaboração de outros parceiros, em particular os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária é o profissional habilitado para partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública enquanto profissional de saúde e de educação, deve ser dotado de formação científica e técnica adequada e atualizada, aliadas a elevados valores humanos para que possa colocar-se ao nível das expectativas de quem em si confia. Nos tempos que correm, este profissional confronta-se

com a crescente exigência de qualidade nos cuidados por parte da comunidade onde atua, bem como com o dever de incentivar a interação enfermeiro-comunidade estimulando dessa forma relações de parceria de cuidado dentro da realidade onde se inserem.

Neste contexto, procurei ao longo do presente curso de Mestrado desenvolver estas competências e outras de natureza sistêmica, interpessoal e comunicacional, de liderança e gestão que considero serem imprescindíveis ao Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária. A este profissional é exigida uma permanente adaptação, valorização e atualização dos seus conhecimentos, de forma a manter-se sempre apto e capaz de responder às exigências com que é confrontado no dia-a-dia.

No Mestrado em Enfermagem que agora termina, o intercâmbio de ideias e conhecimentos foi uma constante, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados que presto e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo deste curso pude compreender também a importância de formar profissionais competentes ao nível técnico-científico e socio-relacional, mas também ao nível estratégico, ou seja, profissionais capazes de saber agir em situações onde é requerida uma exigência alargada de saberes.

Acredito ter explanado ao longo do presente relatório as diferentes etapas que completei, apontando as estratégias que utilizei para atingir objetivos e metas que potenciaram o meu desenvolvimento, a minha prestação de cuidados e, em última análise, me possibilita dar um passo essencial tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Para este percurso contribuíram também, os importantes auxílios da Professora Doutora Maria Filomena Martins e do Professor Doutor António Reis do Arco, bem como de todos os professores da E.S.S.L. que colaboraram neste projeto, e dos meus colegas de grupo de estágio, com quem compartilhei este percurso e sem os quais a partilha proporcionada por todos os momentos de reflexão, não teria sido possível, tendo contribuído substancialmente para o crescendo de qualidade profissional que hoje sinto.

Considero que esta caminhada representou um grande desafio, principalmente por se tratar de áreas diferentes do meu contexto de trabalho o que exigiu inicialmente grande capacidade de aprendizagem para depois elevar progressivamente as competências adquiridas a um nível mais avançado da prática de enfermagem. A prática de Enfermagem avançada requer um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados e é a partir desta que a Enfermagem conquista relevância como ciência.

Como estratégia de aprendizagem procurei utilizar sempre um pensamento crítico e uma análise reflexiva da prática, o que me leva a afirmar que o meu olhar hoje é diferente do que

tinha antes de iniciar o estágio, pois a reflexão constante do desempenho e da atuação permitiram o desenvolvimento de competências visando o desenvolvimento da profissão, evidenciando o impacto positivo das intervenções de enfermagem na qualidade de vida das pessoas e comunidade.

Como refere Cruz (2011) “refletir sobre o que fazemos e como fazemos (...) permite olhar a prática dos cuidados de enfermagem como uma interação social e refletir sobre essa interação”. A verdade é que, chegada a esta fase, constato que toda esta trajetória contribuiu para o meu processo de crescimento profissional e pessoal, constituindo um momento de aprendizagem de excelência, dotado de significado e de sentido. Não posso deixar de revelar que também foi incitador de alguma angústia e desânimo, pois houve momentos em que este trabalho parecia não ter fim, acrescido do facto de sentir algum desgaste físico e intelectual. Contudo, com persistência e coragem tudo ia ficando mais claro, e agora afirmo que foi uma experiência muito gratificante com ganhos efetivos na minha formação, quer como pessoa quer como profissional de enfermagem.

Todos os momentos de aprendizagem que vivenciei ao longo deste estágio constituíram alicerces para o meu perfil como Especialista em Enfermagem Comunitária, assumindo uma importância preponderante na minha prática do exercício profissional, pois a promoção da saúde, aliada ao conceito de prevenção da doença, é inerente à prática de enfermagem qualquer que seja o contexto de trabalho.

Em jeito de conclusão, devo dizer que encarei este mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária como uma experiência enriquecedora e gratificante que me acompanhará por toda a minha vida profissional, sendo portanto indispensável à minha autorrealização e sendo mais um passo rumo à proficiência. Apesar do esforço despendido e do sacrifício efetuado para a conclusão bem sucedida deste Mestrado, olho para o caminho percorrido com satisfação e a certeza que a opção pela sua frequência foi o caminho certo para a minha realização pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%20bano_Gest%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsaude.gov.cv%2Findex.php%2Fdocumentos%2Fdoc_download%2F217-promocao-de-saude-nova-visao-e-operacionalizacao-do-

Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Acedido a 15 de Abril de 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

Cortesão, I.; Silva, M. A. & Torres, M. A. (1998). *Educação para uma Sexualidade Humanizada – Guia para Professores e Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Costa, A. (2006). *A educação sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho – Instituto de educação e Psicologia (Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde), Braga. Acedido a 12 de Outubro de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>

Coutinho, R.; Machado, C. & Ribeiro, P. (2011). *Religião, Religiosidade e Iniciação Sexual na Adolescência: meio século de pesquisas*. Acedido a 22 de Novembro de 2014 em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20443.pdf>

Cruz, M. F. (2011). *Educação para a saúde – intervenção comunitária aos três níveis de prevenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa (Curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa. Acedido a 8 de Outubro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8814>

Dias, A. (2011). *Relatório de Estágio*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 20 de Setembro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.14/8728>

Dias, A. M. (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Casa do Professor.

Dias, H.; Cruz, O. & Conceição, S. (2010). *A Educação Sexual: alunos, professores e pais – relato duma experiência*. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GTES (2005). *Educação para a saúde – relatório preliminar*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 22 Maio de 2014 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abk14FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFfQQ

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

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

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

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

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

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

entos_e_uso_do_preservativo_em_estudantes_universitarios_do_Algarve_e_de_Huelva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 15 de Outubro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.14/13984>

Oliveira, E.; Andrade, I. & Ribeiro, R. (2009). *Educação em Saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões*. Trabalho de conclusão de curso em forma de artigo, Universidade Católica de Goiás (Curso de Especialidade em Saúde Pública), Goiânia. Acedido a 22 de Março de 2014 em <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estratgia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>

Oliveira, V. (2011). *Sexualidade adolescente: motivação para fazer ou não fazer sexo*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viseu (Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria), Viseu. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1572/1/OLIVEIRA%20Vera%20Cristina%20Madeira,%20Sexualidade%20adolescente.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>

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

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

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2011*. Acedido a 10 de Maio de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2007, Junho). Um novo modelo de desenvolvimento profissional, Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 26. 9-20. Acedido a 20 de Abril de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2006, Julho). Tempo de Mudança. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 22. 29-31. Acedido a 20 de Abril de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_22_julho_2006.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Acedido a 13 de Abril de 2014 em <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2010). *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2010*. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação. Acedido a 25 de Março de 2014 em <http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>
- Pereira, R.; Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. In *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62. Acedido a 5 de Setembro de 2014 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200006&lng=pt&tlng=pt.10.12707/RIII11146.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M. & Fernandes, O (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. In *Nursing*, n.º267. acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.VDcUUix0zDc>
- Perira, M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta (Mestrado em Comunicação em Saúde), Lisboa. Acedido a 10 de Maio de 2014 em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

- Pereira, M. (2009). *Educação e Empowerment no Campo da Promoção da Saúde: literatura brasileira no período de 1997 a 2008*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública), Rio de Janeiro. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Pereira_M%C3%B4nica_Rodrigues_Saraiva.pdf
- Pereira, R. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa (Mestrado em Saúde Pública), Lisboa. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10362/9583>
- Pires, R. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra (Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde), Coimbra. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18876/1/Contributo%20para%20a%20compreens%C3%A3o%20da%20etiologia%20e%20impacto%20da%20gravidez%20na%20adolesc%C3%Aancia.PDF>
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polydoro, S. & Azzi, R. (2009). Autorregulação da aprendizagem na perspectiva da teoria sociocognitiva: introduzindo modelos de investigação e intervenção. In *Psicologia da Educação*, 29, 75-94. Acedido a 6 de setembro de 2014 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000200005&lng=pt&tlng=pt
- Pontes, A. (2006). *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Doutoramento em Ciências da Saúde Mental), Porto. Acedido a 20 de março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>

- Portal da Saúde (2011). *Lei de Bases da Saúde*, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Acedido a 15 de Janeiro de 2015 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Prata, A. (2007). *Metodologia de Avaliação das Ações Sociais*. Acedido a 23.de Fevereiro de 2014 em <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/29014/LSBRSR182AnaCarolinaAiresCerreiraPrata.pdf>
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola, Um direito dos alunos que urge satisfazer. In *O Professor*, n.º85 (3), 17-24. Acedido a 10 de outubro em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3980/1/Educa%20para%20a%20Sa%20ade%2028pp.17-24%29.pdf>
- Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M.; Diniz, J. & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimento, crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º29 (1), 11-21. Acedido a 18 de Novembro de 2014 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a03.pdf>
- Ramos, F.; Monticelli, M. & Nitschke, R. (org.) (2000). *Projeto Acolher – Um encontro da Enfermagem com o Adolescente Brasileiro*. Brasília. Acedido a 20 de Março de 2014 em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simple/Projeto%20Acolher.%20Um%20encontro%20da%20enfermagem%20com%20o%20adolescente%20brasileiro/1030>
- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9.ª edição). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2001)
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 8 (vol 2), 209-220. Acedido a 18 de Novembro de 2014 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a05.pdf>
- Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

- Reis, M.; Ramiro, L.; Matos, M. & Diniz, J. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 30 (2), 105-114. Acedido a 16 de Maio de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.001>.
- Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2.ª edição). Porto: Legis Editora.
- Rocha, M. (2013). *Gravidez na Adolescência: a importância do enfermeiro como educador – proposta de intervenção no Município de Buritis – Minas Gerais*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Uberaba – Minas Gerais. Acedido a 20 de Março de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4170.pdf>
- Rocha, A.; Marques, A.; Figueiredo, C.; Almeida, C.; Batista, I. & Almeida, M. (2011). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação. In *Millenium*, 41, 69-87. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/6.pdf>
- Rodrigues, A. (2009). *Os jovens e a sexualidade: uma visão construcionista*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa (Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária), Porto. Acedido a 20 de março de 2014 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1571/1/dm_anarodrigues.pdf
- Rodrigues, C. (2009). *Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho (Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em educação para a saúde), Braga. Acedido a 15 de Maio de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11147/1/tese%20Cristina%202009%20final.pdf>
- Rodrigues, M. J. (2010). Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. In *Nascer e Crescer*. Nº3 (vol.19). Acedido a 10 de Janeiro de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300020&lng=pt&tlng=.

- Rodrigues, R. (2010). Gravidez na Adolescência. In *Nascer e Crescer*, n. 19 (3), 201. Acedido a 22 de Outubro de 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para o Planeamento da Família.
- Saavedra, R. & Machado, C. (2012). Violência nas relações de namoro entre os adolescentes: avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. In *Análise Psicológica* 30 (1-2), 109-130. Acedido a 15 de Junho de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312012000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, M. (2000). A formação de professores em educação sexual. A discussão continua. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 25/26, 20-23.
- Santos, E. (2008). *Comportamento Sexual e Religiosidade: um estudo com jovens brasileiros*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Porto Alegre. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13113/000633292.pdf?sequence=1>
- Sequeira, P. & Henriques, M. (eds) (2013). *Revista da UIIPS*. Santarém: Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém
- Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em Contexto Escolar – Fatores preditores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Doutoramento em Psicologia), Porto. Acedido a 15 de Outubro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56314/2/87653.pdf>
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, M. & Graveto, J. (2008). Modelo Conceptual versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática de Enfermagem. In *Pensar Enfermagem*, 2 (12), 67-70. Acedido a 10 de Janeiro de 2015 em http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=11&id_revista=6
- Silva, C.; Santos, A.; Licciardi, D. & Paiva, V. (2008). Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. In *Psicologia em estudo* 4 (13), 683-692. Acedido a 16 de junho de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400006
- Silva, I.; Mota, A.; Oliveira, A.; Bizerril, D.; Vieira, L. & Pereira, A. (2012). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. In *Ciência Saúde Coletiva*, 17. Acedido a 15 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100030
- Silva, I. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9.º ano de escolaridade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho (Mestrado em Educação, Área de Especialização em Supervisão Pedagógica do Ensino de Ciências), Braga. Acedido a 20 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6749>
- Sousa, R. & Trindade, R. (2013). O Impacto da Saúde Escolar na Comunidade Educativa. In *Educação, Sociedade & Culturas*, 38, 99-116. Acedido a 10 de Outubro de 2014 em <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/07.RitaRamosetal.pdf>
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto. Acedido a 20 de Março de 2014 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/.../Sexualidade%20na%20Adolescência.pdf>
- Souza, B. & Saraiva, J. (s.d.). *Avaliação dos Impactos de um Projeto Social na Melhoria da Condição e Qualidade de Vida das Família de Crianças de Creches e Pré-Escolas Públicas*. Acedido a 25 de Fevereiro de 2014 em http://www.xxcbcd.ufc.br/arqs/gt4/gt4_04.pdf

- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (3.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. (2.^a edição). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2014 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F., Martins, I., Ribeiro, P., Chagas, I., Maia, A., Vilaça, T. et al. (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1.^a edição – ebook). Braga: edições CIED. Acedido a 20 de Maio de 2014 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_I_CISES.jpg
- Torres, D. (2011). *Conhecimentos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Lisboa. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3200/1/DM%20-%2014385.pdf>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2013). *Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem*. Brasília: Grupo editorial Unesco. Acedido a 20 de Novembro de 2014 em http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Brasilia/pdf/Orientacoes_educacao_sexualidade_Brasil_preliminar_pt_2013.pdf
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 20 de Maio de 2014 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vaz, A. M. (2011). *Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes face à Sexualidade*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidad de Extremadura

- (Doutoramento em Psicologia), Badajoz. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/858/1/TESIS%20DOCTORAL.pdf>
- Vaz, J. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Veloso, S. (2005). *Determinantes da atividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho (Mestrado em Psicologia Desportiva), Braga. Acedido a 24 de Março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4800>
- Vicente, L. (2001). Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 32, 39-42.
- Victor, J. F.; Lopes, M. V. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. In *Acta Paulista Enfermagem*, 3 (18), 235-240. Acedido a 22 de Março de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002
- Vieira, N.; Paiva, T. & Sherlock, M. (2001) Sexualidade, DST/AIDS e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. In *DST – J bras Doenças Sex Transm* 13(4), 46-51. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://www.dst.uff.br//revista13-4-2001/c5.pdf>
- Vilaça, T. (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas de Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. In L. C., Chamosa; P. J. E., Alonso; J. R. G., Otero; L. J., Pereira; A. L., Barreiro & M. R., Mayo, *Actas do XX Congreso ENCIGA*. Acedido a 10 de Abril de 2014 em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32621/1/Vilaca,%20Teresa\(2007\)_1-31.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32621/1/Vilaca,%20Teresa(2007)_1-31.pdf)
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes. Lisboa: APF
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Zapian, J. (2003). A educação afetivo-sexual na escola. In *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 36, 33-39.

APÊNDICES

e

ANEXOS

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio de Grupo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Discentes:
Ana Luísa Serra
Gaudêncio Miguel Tavares
Luís Filipe Amaro
Maria Gabriela Serra
Sílvia Ronda

NOVEMBRO/DEZEMBRO
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Discentes:
Ana Luísa Serra
Gaudêncio Miguel Tavares
Luís Filipe Amaro
Maria Gabriela Serra
Sílvia Ronda

Novembro/Dezembro
2013

Índice

	f
INTRODUÇÃO	3
1 - EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS	6
2- PROJETO DE INTERVENÇÃO	12
2.1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	12
2.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	13
2.3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	18
2.4 - OBJETIVOS	19
2.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	20
2.6 - PREVISÃO DE RECURSOS.....	21
2.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	22
2.8 AVALIAÇÃO.....	22
CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	27
APÊNDICES	28
Apêndice I – Cronograma da Intervenção.....	29
Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 8º ano	31
Apêndice III - Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 11º ano.....	34
Apêndice IV - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de Educação para a Saúde	37

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-nos proposto pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, a operacionalização do modelo de planeamento em saúde.

Regressando a 1986, à primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde em Ottawa, foi definido o conceito de promoção de saúde como “... o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

Desta forma, promover a saúde das populações consiste entre outros aspetos, em **capacitar** os indivíduos e as populações para construírem o seu projeto de saúde.

O enfermeiro de cuidados de saúde primários nunca deverá perder este objetivo de vista, pois ele faz parte das suas competências específicas. Legislado em Diário da República, no regulamento n.º 128/2011 no artigo 4º, alínea B, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;”. (Diário da república 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011:8667)

Para operacionalizar a ação, há que conhecer a população. Há que perceber, quais os seus problemas, as suas preocupações, as suas motivações e definir qual o caminho a seguir de forma a concretizar os objetivos a que nos propomos. Para tal, há que seguir uma metodologia: o Processo de Planeamento em Saúde.

Segundo Serra *et al* (2013:16) “Por planeamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir preposições e construir a sua viabilidade, com vista à solução de problemas e à satisfação de necessidades individuais e coletivas. O ato de planear consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vista à intervenção sobre um determinado segmento da realidade.”

Segundo Tavares (1990:29) “Em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas; essas escolhas

tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”

Segundo Imperatori e Giraldes, o planeamento em saúde é um processo contínuo que passa por várias etapas:

- 1 – diagnóstico da situação
- 2 – determinação de prioridades
- 3 – fixação de objetivos
- 4 – seleção de estratégias
- 5 – elaboração de programas e projetos
- 6 – preparação da execução
- 7 – avaliação

No sentido de operacionalizar estas fases decidimos escolher o tema da Sexualidade na Adolescência. A legislação e a abertura das escolas à área da educação sexual, bem como o crescente aumento da incidência de infeções sexualmente transmissíveis conduziu-nos para a temática.

Foi na Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre que realizámos o diagnóstico da situação.

Em todo o processo de planeamento em saúde, após a realização de um diagnóstico da situação sobre as Atitudes dos Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço face à Sexualidade, há que definir prioridades com base nas conclusões do relatório, fixar objetivos, delinear estratégias e com estes passos poderemos elaborar o presente projeto de promoção da saúde sexual dos adolescentes.

Seguindo a metodologia, temos como objetivo geral: criar um projeto de intervenção de educação sexual na Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Os objetivos específicos traduzem-se nas etapas do planeamento em saúde que se seguem e são:

- Definir prioridades
- Definir objetivos a atingir
- Selecionar estratégias de intervenção
- Planear metodologias para intervir junto dos adolescentes;
- Definir os recursos necessários à execução do projeto de intervenção.

Um agradecimento muito especial à Direção da Escola Secundária de S Lourenço, e aos responsáveis pelos projetos na área da saúde escolar pela oportunidade de nos deixar entrar na escola e poder aplicar os conhecimentos apreendidos.

Sempre nos sentimos apoiados e neste nosso estágio não queremos substituir, mas sim participar ativamente em complemento do projeto de saúde escolar já delineado e que vai ao encontro das necessidades dos jovens estudantes.

1 – EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

Desde o nascimento até à morte, o ser humano passa por um processo de aprendizagem que resulta da sua interação com o meio.

O termo Educar provém do latim *ex ducere*, que significa conduzir, desenvolver, fazer, desabrochar.

Durante muito tempo, a escola foi considerada como um local para preparar os jovens para um desempenho profissional. A escola preparava homens para a vida profissional – o saber fazer.

No entanto este conceito tem-se alterado ao longo dos tempos e hoje é aceite por toda a comunidade escolar, e nem sempre pela sociedade em geral, de que a escola é um espaço e um tempo para adquirir competências não só na área do saber fazer, mas também no saber ser e no saber estar.

Educar é assim capacitar o indivíduo numa perspetiva holística em todas as áreas da sua vivência.

Segundo Serra *et al* (2013:91) “A evolução dos conceitos de Educação e de Saúde originou a definição de Educação para a Saúde, que também tem sido alvo de transformações e consequente evolução ao longo dos tempos, resultado da influência de fatores sociais, políticos, culturais e económicos.”

Segundo Kuntsche & Jordan, (2006) citado por GTES “na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes.”

Para além de fonte de saber, a escola torna-se assim palco de relações interpares, assumindo-se como importante espaço para o desenvolvimento da personalidade do adolescente.

Apesar de a sexualidade fazer parte do indivíduo desde o seu nascimento é na adolescência que se manifesta de forma mais rápida não só através de mudanças físicas como também psicológicas. Neste sentido, e uma vez que a maior parte dos jovens vive os seus dias inserido no ambiente escolar, a escola, em articulação com organismos de saúde deve apostar da educação sexual como forma de prevenir comportamentos de risco.

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

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

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

Segundo Frade *et al* (2009:22) “poderíamos apontar como grande objectivo da Educação Sexual escolar o de contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade.”

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

- “Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida.
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual.
- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos.
- Respeito pelo direito à diferença.
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade.
- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis.
- Reconhecimento que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.
- Recusa de formas de expressões da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração.
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.” (Frade, 2009).

Neste contexto Frade *et al* (2009), definiram objetivos de acordo com três componentes cognitivas (**conhecimentos, sentimentos e atitudes, e desenvolvimento das capacidades individuais**).

O primeiro conjunto diz respeito à esfera dos **conhecimentos** e é fundamentado no facto de os programas de Educação Sexual podem contribuir para um maior conhecimento dos factos e componentes que integram a sexualidade. Neste grupo os objetivos referem-se ao aumento e consolidação de conhecimentos acerca de:

- “das várias dimensões da sexualidade;
- do corpo sexuado e dos seus órgãos externos e internos;
- dos componentes anatómico-fisiológicos e psicológicos da resposta sexual humana;
- da diversidade das expressões do comportamento sexual humano ao longo da vida e das suas diferenças individuais;
- dos mecanismos da reprodução humana e da contraceção;
- das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos;
- dos problemas que podem surgir ligados a esta esfera da vida e da saúde e dos apoios possíveis.” (Frade, 2009).

O segundo conjunto de objetivos prende-se com os **sentimentos** e as **atitudes**, expondo a possibilidade de a Educação sexual contribuir para:

- “uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- uma atitude não sexista, ou seja, que recusa as formas de dominação de um sexo por outro e defende uma relação entre seres diferentes, mas iguais em direitos;
- uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos(as) outros(as);
- uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspetos relacionados com a sexualidade e a reprodução.” (Frade, 2009).

O último conjunto de objetivos assenta no **desenvolvimento das capacidades individuais**, nomeadamente:

- “no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados;
- no aumento das capacidades de comunicação;
- na aquisição de um vocabulário adequado;
- no aumento da capacidade de pedir ajuda e saber identificar apoios, quando necessário.” (Frade, 2009)

É importante referir que apesar de os temas serem comuns a todas as idades, as técnicas pedagógicas devem expressar-se em atividades e conteúdos diferentes adaptados às várias fases de desenvolvimento psicosexual, porque um jovem de 10 ou 12 anos terá interesses e necessidades diferentes de um jovem adolescente de 15, 16 ou 17 anos. Mesmo numa fase de desenvolvimento existem diferenças de maturidade manifestando-se em interesses e

preocupações individuais diferentes. Ainda de realçar que rapazes e raparigas da mesma idade também apresentam diferenças nos seus interesses relacionados com a temática.

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

Segundo Ferreira *et al* (2004) citado por Serra *et al* (2013), “Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um clima de confiança e de respeito fundamental para o sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno que impeça constrangimentos provocados por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos que estão a participar na sessão se sentem seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade”.

Uma vez que as fontes de informação sobre a temática da sexualidade incidem sobre os amigos, a educação pelos pares (pelos amigos e colegas de turma) é uma estratégia que tem vindo a ganhar destaque no âmbito da promoção e educação para a saúde, em meios escolares e não escolares.

É importante também referir que em qualquer momento de formação e em particular relacionado com educação sexual se deve ter uma atitude neutral, transmitir o sentimento de que não há “certos” nem “errados”, não realizar juízos de valor, não impor o conhecimento mas sim partilhá-lo, adequar a informação e a linguagem à idade dos jovens, disponibilizar material de apoio e acima de tudo demonstrar disponibilidade, empatia e confiança para que os jovens possam esclarecer dúvidas e ter a capacidade de fazer escolhas.

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

As exposições ou conferências podem ser um dos momentos da atividade, mas devem ser complementadas com outras formas de trabalho mais participadas.” (Frade, 2009).

Desta forma, através de uma metodologia participativa o indivíduo torna-se o principal agente da sua formação tendo poder de decisão.

A família nunca deverá ser separada do processo educativo. Deve ser parceiro e interveniente na educação sexual do adolescente.

Sem impedimento para a liberdade de cada escola definir o seu programa de educação sexual, esta foi legislada em Diário da República. As orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual são definidas pela Portaria 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010.

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

1º Ciclo (1º ao 4º anos)

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

2º Ano

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

3º e 4º Anos

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

2º Ciclo (5º e 6º anos)

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

3º Ciclo (7º ao 9º anos)

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

Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;
Prevenções dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Ensino secundário

Compreensão ética da sexualidade humana.

Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade:

Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção á identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais.

Informação estatística, por exemplo sobre:

Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU;

Taxas de gravidez e aborto em Portugal;

Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;

Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto;

Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como infeção por VIH e HPV) e suas consequências;

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.”

(Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO

2.1 - CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1986:19) “A primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação.”

Parece trivial, no entanto importa relembrar que para intervir numa população é necessário conhecer a sua realidade.

Com o objetivo de “formar jovens, tendo em vista a sua integração no mundo do trabalho, ou o prosseguimento dos estudos, sem esquecer, em qualquer dos casos, a sua formação como cidadãos autónomos e responsáveis” (Garraio, 2011), a Escola Secundária de São Lourenço está implantada em Portalegre, sede e nome de concelho com uma área de 447 km² que faz fronteira, a norte, com o concelho de Castelo de Vide, a nordeste com o concelho de Marvão, a leste com a Espanha, a sul com os concelhos de Arronches e Monforte e a oeste com o concelho do Crato.

No ano letivo 2009/2010 iniciaram-se obras de requalificação. Atualmente, e ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, e no ano letivo de 2012/2013 (momento em que foi efetuado o diagnóstico de saúde) a Escola Secundária de São Lourenço contava com cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

No presente ano letivo a escola tem 3 turmas de 7º ano, 3 turmas de 8º ano, 6 turmas de 10º ano, 11 turmas de 11º ano e 9 turmas de 12º ano num total de 841 alunos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

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

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

É este o nosso espaço e centro de atenção e é neste meio escolar que iremos desenvolver as atividades que nos propomos realizar.

2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Atualmente vivemos numa sociedade caracterizada pela flexibilidade, assente na informação e na instigação de necessidades, na procura de identidades e de diferenças. Deste modo, o centralismo do planeamento tradicional, que leva a uma uniformidade de ações e que descarta os aspetos socioculturais, as necessidades específicas, as características dos destinatários e as condições de implementação dos projetos não satisfaz as necessidades da sociedade atual.

O planeamento em saúde não pode deixar de integrar uma intervenção multisectorial, através de estratégias que originem projetos com sustentabilidade, entendendo-se esta como

“(…) a capacidade de o projeto continuar a proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, com as seguintes características:

- Capacidade de produzir benefícios que possam perdurar;
- Criar capacidades para que, mesmo na ausência do projeto, possam perdurar os seus efeitos;
- Criar dinâmica para outros tipos de iniciativas;
- Permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível de modo autónomo, tendo em conta os recursos existentes” (Brissos, 2003).

Neste sentido, o projeto que agora apresentamos enquadra-se nas etapas do processo de planeamento em saúde que temos vindo a desenvolver e para o qual colocámos como requisito fundamental a participação, na medida em que é através da participação que a população pode identificar as suas necessidades, criando-se, deste modo, condições para um “desenvolvimento participativo e humano, com reforço da competência em informação, educação, formação e cidadania” (Brissos, 2003).

A pertinência da temática Sexualidade na Adolescência prende-se não só com o facto de constituir para nós uma área de interesse e uma área fundamental no domínio da saúde comunitária; mas também com o facto de estarmos a desenvolver o presente estudo numa

escola do Distrito de Portalegre, que pertence ao grupo de distritos/regiões que se posicionam acima do valor encontrado a nível nacional para as taxas de fecundidade no grupo etário 15 – 19 anos.

O tema da sexualidade na adolescência reveste-se de importância e atualidade, sendo os adolescentes considerados grupo prioritário, a nível da educação sexual, da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo, o enfermeiro assume um papel crucial na promoção de uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente como pessoa na sua plenitude.

A sexualidade é uma vertente essencial na vida humana, que envolve dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. As consequências de um início prematuro e irrefletido da vida sexual do adolescente, aliadas à vulnerabilidade e aos riscos, podem ter efeitos indesejáveis, tais como gravidez e infeções sexualmente transmissíveis (IST).

A sexualidade pode ser vivida de forma saudável, mas é importante que os adolescentes estejam informados e conscientes acerca de todos os aspetos relacionados, nomeadamente os biológicos, as consequências da atividade sexual e as principais medidas de proteção. É neste sentido que o enfermeiro tem um papel essencial no ensino, colhimento e intervenção perante os adolescentes, de modo a ajudá-los a vivenciarem a sua sexualidade de forma informada e agradável.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, possui competências que lhe permitem desenvolver programas/projetos com vista à capacitação e *empowerment* dos adolescentes na sua vivência da sexualidade.

Após a realização do diagnóstico de saúde, evidencia-se que a maioria dos jovens inquiridos são do sexo feminino (53,7%), sendo 46,3% do sexo masculino. A idade dos intervenientes varia entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de 14,7 anos.

Na caracterização sociodemográfica constatamos que os pais dos jovens são na sua maioria casados (67,8%), admitindo cerca de 98,1% dos jovens viver com a família.

No que diz respeito à religião, a grande maioria dos jovens dizem ser católicos (78%). Contudo, 50% dos jovens dizem não ser praticantes da religião que professam, em oposição a 38% que referem ser praticantes da religião que professam.

Ainda no âmbito da religião, os dados revelam que 51,4% dos participantes do estudo não seguem fielmente as normas da religião que professam; contudo, são 29% os que assumem

seguir fielmente as normas da religião que professam. A maioria dos participantes (52,3%) assume que existem normas na sua religião com as quais não se identificam.

No que diz respeito aos principais canais de informação utilizados pelos jovens em questões relacionadas com a sexualidade, verificou-se que para 48,6% dos jovens os amigos (as) são o principal recurso para conversas sobre sexualidade. A mãe é procurada por cerca de 19,6% dos jovens, e apenas 3,3% procuram o pai para abordar estes assuntos.

Os professores e os namorados (as) só são recurso para 2,8% e 1,9% dos jovens, respetivamente. Importante realçar que cerca de 11,2% dos jovens não fala sobre sexualidade com ninguém.

Contudo, a grande maioria dos jovens refere não ter dificuldade em conversar com os pais (70,6%), sendo 29,4% os que assumem esta dificuldade.

Quando se procurou perceber se os jovens inquiridos já haviam tomado a decisão de iniciar a sua vida sexual, constatou-se que a grande maioria (70,6%) responderam que não, sendo apenas 29,4% os que já decidiram começar a ter relações sexuais.

Posteriormente tentou-se perceber a opinião e preocupação dos jovens acerca dos temas: homossexualidade, SIDA e imagem corporal. Constatou-se que: cerca de 37,9% dos inquiridos tem amigos que identifica com tendências homossexuais; os jovens estão preocupados com o VHI (SIDA), sendo 85% os que responderam que se preocupam com esta questão; 71,4% dos jovens preocupam-se com a sua imagem corporal.

Também na abordagem destes temas anteriormente referidos os jovens recorrem preferencialmente aos amigos (79,4%). No seio familiar é na mãe que recai a escolha dos jovens (53,7%), no entanto o pai é referido por 25,2% dos jovens. A internet aparece aqui como uma fonte de informação importante, pois cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas temáticas através desta ferramenta.

Relativamente à frequência com que os inquiridos falam com a mãe e com o pai sobre temas relacionados com a sexualidade, verifica-se que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens, nomeadamente: pornografia, sonhos molhados, masturbação, vida sexual dos adultos, pílula, homossexualidade e aborto.

Os assuntos que os jovens referem abordar sempre com as mães são: período menstrual, namoro, mudanças corporais na adolescência, gravidez, SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis.

Os temas mais frequentemente abordados com os pais são as mudanças corporais na adolescência e o namoro.

Constatou-se ainda que a maioria dos jovens (76,6%) se consideram bem informados relativamente às questões da sexualidade, sendo cerca de 23,4% os que referem que não estão bem informados acerca desta temática.

No que diz respeito à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens inquiridos, verificou-se que os pais, os amigos e a escola surgem como os mais significativos. A internet, os livros científicos e a televisão aparecem de seguida. Os interlocutores menos valorizados foram a igreja e a imprensa escrita.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal/conservador face à sexualidade, concluímos que:

- quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos face à atitude liberal/conservador perante a sexualidade;
- os jovens que dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade.

Em termos conclusivos face ao índice liberal/conservador os jovens inquiridos revelaram-se tendencialmente liberais, com um valor de índice de 64,5%.

A última etapa do diagnóstico, que pode ser considerado o seu out-put, é a definição dos grandes problemas de saúde da área, problemas que deverão ser definidos a nível da saúde da população e não a nível dos serviços ou dos fatores condicionantes (Imperator & Giraldes, 1986).

Neste contexto, identificámos nos adolescentes inquiridos os seguintes problemas:

- Cerca de 11,2% não fala com ninguém sobre sexualidade.
- Embora a maioria dos jovens (70,6%) refira não ter dificuldade em falar com os pais, sendo apenas 29,4% os que assumem esta dificuldade, constata-se que os jovens escolhem como principal fonte de informação e partilha os seus pares. Estes dados são consensuais com outras referências bibliográficas que também referem a influência que o grupo exerce sobre os adolescentes. Esta influência pode ser negativa ou positiva.
 - 29% dos jovens inquiridos já decidiram iniciar a sua vida sexual.
 - Cerca de 37,9% dos jovens afirmam que têm amigos que identificam com tendências homossexuais.
 - A grande maioria dos jovens (85%) preocupa-se com o VHI (SIDA), o que nos permite afirmar que os adolescentes não são alheios à problemática da SIDA;

- Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, o que se constata pelo facto de 85% dos inquiridos ter respondido que esta é uma questão que os preocupa.

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

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

Após a análise das principais conclusões do diagnóstico desenvolvido e após reunião com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço, decidimos contribuir, através deste Projeto de estágio, para o desenvolvimento da Educação Sexual em Meio Escolar, integrada num projeto global de Educação para a Saúde.

Neste sentido, procurámos organizar os problemas e necessidades identificados no diagnóstico de saúde em duas grandes áreas temáticas, com vista à definição de prioridades que possibilite a nossa intervenção. Para tal, foi também considerada a opinião da Escola Secundária de São Lourenço, no sentido de evitarmos temas muito específicos e técnicos, e que já têm vindo a ser bastante trabalhados, nomeadamente Infeções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos.

Decidimos ainda fazer uma diferenciação entre os diferentes anos de escolaridade e, neste sentido, as áreas temáticas são as seguintes:

Ano de Escolaridade	Área Temática	Temas a Abordar
8º ano	Identidade e Sexualidade	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima• Género• Sentimentos, gostos e decisões
11º ano	Expressões da Sexualidade	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Orientação sexual• Comportamentos sexuais• Relações com pares, coma família, com os outros

2.3 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 63), “A definição, escolha ou selecção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde.” A definição de prioridades é condicionada pela fase do diagnóstico da situação e vai determinar a fase de estabelecer objetivos. Os problemas identificados na fase do diagnóstico serão hierarquizados agora na etapa da escolha de prioridades utilizando critérios definidos.

Para Imperatori & Giraldes (1993: 64), “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.” Pretende-se analisar o tempo ou momento limite que estamos a prever para realizar a nossa intervenção, o local onde iremos atuar e quais os recursos disponíveis nesse local.

“Para hierarquizar os problemas de saúde detectados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65). A escolha e a ponderação destes critérios são importantes de definir porque é daqui que resultará a lista final de prioridades.

Os critérios de seleção utilizados para hierarquizar os problemas baseiam-se na:

Magnitude - importância ou tamanho – na magnitude caracteriza-se o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total;

Transcendência – corresponde a uma ponderação por grupos etários;

Vulnerabilidade – possibilidade de evitar uma doença utilizando os meios disponíveis na área onde se irá atuar.

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

Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências.

Conformidade legal – facilidades na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;

Aceitabilidade do projeto – prende-se com a atitude da população face a um problema;

Disponibilidade de recursos – financeiros, materiais, humanos e temporais;

Exequibilidade – tecnológica, deontológica ou económica.

Os critérios de seleção são aplicáveis a todas as prioridades. As últimas prioridades apresentadas são baseadas no feedback, experiência pessoal e necessidades identificadas pela direção da Escola Secundária de S. Lourenço.

Com base no diagnóstico da situação por nós realizado, definimos as seguintes áreas prioritárias de atuação:

1. Fontes de Informação: a maior parte dos jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade e a internet é também um recurso muito utilizado. Cabe-nos sensibilizar os jovens para a importância de recorrer aos pais, profissionais de saúde e professores de forma a obterem informação mais fidedigna.

2. SIDA: do nosso estudo, 15% dos inquiridos refere que não estão preocupados com a problemática SIDA. Como profissionais de saúde, é da nossa competência alertar e informar os jovens para as consequências de terem comportamentos de risco na área da sexualidade.

3. Métodos contraceptivos: em relação à questão de qual o método contraceptivo que os inquiridos escolhem na sua vida sexual, a maioria refere não utilizar nenhum, o que nos remete para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz as matérias relativas à contraceção.

4. Identidade e sexualidade: prioridade em concordância com a direção da Escola Secundária de S. Lourenço, tendo em consideração a importância dos afetos, sentimentos, gostos e decisões.

2.4 - OBJECTIVOS

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 77), “Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.”

Esta etapa é de extrema importância, pois só através de uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a nossa intervenção.

Para o projeto de intervenção foi delineado como objetivo geral:

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

Como objetivos específicos:

1. Que os jovens sejam capazes de estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e professores relativamente à temática da sexualidade;

2. Que os jovens fiquem informados sobre as IST's nomeadamente a SIDA de forma a adquirirem comportamentos saudáveis.
3. Que os jovens conheçam os métodos contraceptivos e compreendam a sua importância;
5. Que os jovens compreendam os riscos e as consequências da gravidez na adolescência;
6. Que os jovens consigam definir afetos, sentimentos, gostos, decisões e afetividade na adolescência;
7. Que os jovens compreendam o significado de adolescência e sexualidade.

2.5 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

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

Quando se definem estratégias pretende-se apresentar novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e inflétir a tendência da evolução natural dos problemas de saúde.

A definição de estratégias deve ser feita de forma detalhada, por poder ser necessário proceder à revisão dos objetivos fixados, por se evidenciar a falta de recursos humanos, financeiros ou materiais.

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

Em termos de estratégia, a mais aceite centra-se em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Neste tipo de estratégia, “o dinamizador educativo deve promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo” (Ferreira *et al*, 2004:136).

As atividades podem decorrer em grupos pequenos ou grandes, usando-se com bom senso e convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas como brainstorming, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal. Este tipo de técnicas implica experiência,

havendo a necessidade de aprendizagem e treino específico para a sua aplicação uma vez que são meios elucidativos e poderosos, utilizados em contextos terapêuticos, de modo a maximizar os objetivos pretendidos (Ferreira *et al*, 2004).

Para Frade *et al* (1992), as pequenas exposições sobre uma ou outra questão não são de excluir, mas as longas dissertações para um grande público não são o melhor caminho pedagógico a seguir em educação sexual.

Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um ambiente de confiança e de respeito, que perpassa na relação educador/ educando, indispensável ao sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno, de modo a impedir constrangimentos causado por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos participantes se sintam seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade (Ferreira *et al*, 2004).

Com base nas características atrás descritas nas sessões de educação, deve-se partir de conhecimentos individuais e de grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor, a criatividade e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos, são as metodologias mais eficazes nesta área (Frade *et al*, 1992).

Com base no conhecimento do diagnóstico da situação, a nossa estratégia baseia-se numa das metodologias mais eficazes nesta área, partindo dos conhecimentos individuais e de grupo, e recorrendo ao “*brainstorming*” para estimular os jovens a falar sobre o tema. Iremos utilizar um método expositivo para servir de linha orientadora da sessão.

2.6 - PREVISÃO DE RECURSOS

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 131), “Logo que se tenham definido os objetivos (...), haverá que calcular os recursos necessários (...).”

Após a definição de estratégias os recursos humanos, físicos e materiais, necessários são:

- Uma sala;
- Um computador portátil e um projetor multimédia;
- os formadores ´
- os formandos

Todos estes recursos são gratuitos

2.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Após termos definido prioridades, traçado objetivos e estabelecido estratégias, há que operacionalizar todo o projeto e enquadrá-lo num plano de trabalho que deverá obedecer a um cronograma (ver apêndice I).

As ações a desenvolver na preparação do projeto de intervenção e na sua implementação consistem em:

- 1 – Elaboração do projeto;
- 2 – Organização de uma sessão de formação direcionada para os 8^{os} anos e respetivo plano de aula; (ver apêndice II)
- 3 – Organização de uma sessão de formação direcionada para os 11^{os} anos e respetivo plano de aula; (ver apêndice III)
- 4 – Avaliação das ações de formação desenvolvidas;
- 5 – Elaboração de um Relatório de Atividades;

Este projeto será implementado na Escola Secundária de São Lourenço de 13 a 17 de Janeiro de 2014, inserido em tempos letivos de diversas disciplinas, mas sendo contabilizadas como horas de educação sexual, estando em preparação as datas em que serão realizadas.

2.8 - AVALIAÇÃO

Para saber se escolhemos o caminho certo e as metodologias mais corretas, é sempre necessário avaliar as ações desenvolvidas.

Ao avaliar o grupo/ turma, estamos a posicionar o nosso projeto e as ações desenvolvidas, entre a situação inicial e os objetivos a que nos propusemos.

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

Após cada sessão de educação sexual, a distribuição e o preenchimento de um instrumento de recolha de dados que permita avaliar as ações desenvolvidas tem particular importância de forma a garantir a melhoria das ações posteriores e a fundamentar o relatório de estágio que faremos posteriormente.

Segundo Frade *et al* (2009:29) em relação ao processo de avaliação: “Trata-se de, por um lado, tentar avaliar a eficácia da ação em termos das mudanças desejadas e ocorridas e, por outro, avaliar a aceitação das várias componentes da atividade: desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação em relação à informação apresentada, à forma como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (ou os grupos).”

Os mesmos autores alertam para o fato de ser difícil “medir as consequências e o impacto que as ações de Educação Sexual tiveram no desenvolvimento posterior dos rapazes e raparigas abrangidos pela ação.”

No entanto Frade *et al* (2009:30) completam que “É, no entanto, possível avaliar o grau de satisfação imediato que a atividade teve para uma turma ou grupo determinado, assim como o grau de prossecução das expectativas iniciais dos participantes.”

A avaliação das ações de formação é essencial para manter o projeto de intervenção com as suas características iniciais, ou modifica-lo de forma a otimizar recursos.

É nesse sentido que no final de cada sessão de formação, será preenchido por cada aluno (realçando o facto de ser anónimo para garantir fiabilidade), um breve questionário que nos permitirá avaliar as atividades desenvolvidas. (ver apêndice IV)

CONCLUSÃO

A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizou-se em Ottawa em 1986, trazendo um novo alento a uma metodologia em saúde de base salutogénica em alternativa a uma abordagem patogénica demasiado limitativa para uma abordagem total, num conceito de saúde positiva

Os ganhos em saúde passariam obrigatoriamente pela satisfação destes pré-requisitos:

- Paz
- Abrigo
- Educação
- Alimentos
- Rendimento
- Um ecossistema estável
- Recursos sustentáveis
- Justiça social e equidade

Partindo dos princípios definidos pela Declaração de Alma-Ata, e da sua evolução qualitativa atingida em Ottawa, a conferência de Adelaide lançou o desafio de avançar em direção a uma nova saúde pública reafirmando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, sendo a negociação e a mediação os processos necessários ao seu cumprimento.

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Ambientes Promotores de Saúde (Supportive Environments) – a conferência de Sundsvall – vem na sequência de acontecimentos que começaram com o compromisso da OMS e a “Saúde para Todos” (1977). Chegamos a esta altura (após as outras cartas) com uma nova compreensão do ambiente e um novo imperativo: encontrar o caminho para um desenvolvimento sustentável do nosso planeta que permita um desenvolvimento sustentável em saúde.

Foi em Sundsvall que ocorreu a primeira conferência internacional com participantes de 81 países.

Qual a grande novidade? Examinado em conjunto, o estado de saúde das pessoas e o ambiente em que elas vivem, a conferência alerta para o facto de milhões de pessoas viverem em condições de extrema pobreza e miséria, em ambientes cada vez mais degradados e cada

vez mais ameaçadores para a saúde das populações, tornando os objetivos do “Saúde para Todos no ano 2000” muito difíceis de alcançar

A Conferência demonstra que os temas da saúde, do ambiente e do desenvolvimento humano não podem ser analisados separadamente. O desenvolvimento, que proporcione melhoria da qualidade de vida e da saúde deve preocupar-se em manter a sustentabilidade do ambiente. Só com uma atitude a nível mundial, apoiada em parcerias assegurará o futuro do nosso planeta!

- Porque os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;

- Porque é necessário intervir nas causas dos problemas;

- Porque é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;

- Porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;

- Porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;

- Porque é necessário utilizar e adequar os Serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados

Esta conjuntura impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, nomeadamente no que concerne à otimização das suas competências, em particular no âmbito do planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento A elaboração e implementação de programas/projetos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde e visam dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados

Com a elaboração deste projeto concluímos que o planeamento em saúde permitiu intervir em múltiplos contextos, focalizando todas as ações nas verdadeiras necessidades encontradas, disponibilizando o acesso a intervenções em saúde baseadas na evidência científica; não só aos intervenientes mas também a toda a comunidade, visando o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de

decisão e ao exercício de cidadania e enaltecendo a dimensão emergente da multiculturalidade.

BIBLIOGRAFIA

- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 1 de Dezembro de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaS UfLoMqLY7AbulIG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras Avulsas.
- Meireles, A. (2008). Alma-Ata e Ottawa: As conferências de entre as conferências... In *Portal da Saúde Pública*. Acedido a 2 de Dezembro de 2013 em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma da Intervenção

CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO							
	2013					2014	
ATIVIDADES	Junho	Julho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Diagnóstico da Situação							
Elaboração do Projeto de Intervenção							
Reuniões com a Direção da Escola Secundária de São Lourenço							
Organização das Sessões							
Entrega do Projeto de Intervenção							
Sessões de Educação para a Saúde							
Elaboração do Relatório Final							

Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 8º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 8º ano: turma A, B e C)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o conceito de autoestima• Conhecer aspetos que contribuem para o desenvolvimento saudável da autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima como processo gradual de autovalorização• Características importantes para melhorar a autoestima: apreciar a si mesmo, aceitar os limites e os insucessos, prestar atenção às suas próprias necessidades, etc.	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questionári o
<ul style="list-style-type: none">• Compreender a diferença entre a identidade sexual e a identidade de género• Conhecer as dimensões que constituem a identidade sexual• Contribuir para a tomada de decisões e aceitação das decisões dos outros relativamente à identidade sexual• Combater os estereótipos que promovem a desigualdade entre os sexos	<ul style="list-style-type: none">• Distinção entre identidade sexual e de género• Dimensões que constituem a identidade sexual: identidade de género, papéis sexuais e orientação sexual• Possibilidade de conflitos decorrentes do processo de formação da identidade sexual			

<ul style="list-style-type: none">• Compreender as mudanças emocionais da puberdade• Perceber a especificidade do desejo sexual que ocorre na puberdade• Refletir sobre comportamentos relacionados com contato físico	<ul style="list-style-type: none">• As mudanças emocionais da puberdade• O desejo sexual e os estímulos com valor erótico• Os comportamentos relacionados com contato físico			
--	--	--	--	--

Apêndice III – Plano das Sessões de Educação para a Saúde do 11º ano

Plano de Sessão

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 11º ano: turma A, C, E, F, H, I)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a sexualidade como uma expressão fundamental da vida • Reconhecer as diferentes dimensões da sexualidade • Descrever as diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação • Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de sexualidade • Dimensões da sexualidade • Mitos sobre a sexualidade 	Expositiva/ Participativa	50 minuto s	Aplicação de um questionári o
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as várias orientações da sexualidade • Respeitar a orientação sexual de cada individuo • Compreender que a orientação sexual é uma questão íntima de cada individuo e não pode originar discriminação deste 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de orientação sexual • Diferenças entre identidade sexual (de género) e orientação sexual • Tipos de orientação sexual • Mitos sobre a orientação sexual 			
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os diferentes comportamentos associados à sexualidade: caricias, beijos, masturbação, etc. • Reconhecer o direito de dizer sim ou dizer não em relação às práticas sexuais • Reconhecer o direito à abstinência ou a ter comportamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestações dos comportamentos sexuais • Comportamentos sexuais na adolescência • Atividade sexual livre e responsável 			

sexuais de forma livre e responsável • Aceitar que as diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos				
• Reconhecer o significado e a importância da comunicação • Saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões • Compreender que na sociedade existem regras de comportamento sexual • Reconhecer a importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas	• Importância da comunicação • Relações com pares • Relações pais e filhos			

Apêndice IV – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de
Educação para a Saúde

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de Educação para a Saúde

Caro (a) Estudante,

A tua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde em que acabaste de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida correspondemos às tuas expectativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões:

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Ano de Escolaridade:** _____

1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Pouco Satisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito

Questões		Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1	Como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos formadores					
3	Competência e profissionalismo dos formadores					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado pela tua colaboração.

Apêndice II – Projeto de Estágio Individual



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Maria Gabriela Mota Velez Serra

NOVEMBRO/DEZEMBRO
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO:
INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Maria Gabriela Mota Velez Serra

Novembro/Dezembro
2013

Índice

	f
INTRODUÇÃO	4
1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO	7
1.1- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	7
1.2 - METODOLOGIA A APLICAR	8
CONCLUSÃO	19
BIBLIOGRAFIA	20

Índice de Tabelas

Tabela n.º1 – Objetivos Específicos, Atividades, Recursos, Indicadores de Atividade (ou Execução) e Metas.....	11
--	----

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção foi solicitado no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária integrado no Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, coordenado pela Professora Doutora Maria Filomena Martins.

Ao longo deste período de formação surge a necessidade de levar a cabo um projeto de intervenção comunitária, delineado a partir dos principais resultados obtidos com o diagnóstico realizado no estágio anterior.

Assim sendo, este documento visa descrever sucintamente e de forma organizada as atividades que serão realizadas no estágio e que pela sua especificidade merecem um planeamento próprio. Essas atividades são as Sessões de Educação para a Saúde destinadas aos alunos do 8.º ano e do 11.º ano da E.S.S.L. e que constituem a linha orientadora estratégica geral da intervenção junto dos adolescentes.

Os enfermeiros enquanto agentes promotores de saúde, devem acompanhar as mudanças sociais e contribuir para o bem-estar físico, psicológico, social e económico da população alvo da sua atenção. Para além disso, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) deve ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade”.

Posto isto, e de acordo com os problemas identificados e necessidades determinadas no Diagnóstico de situação concretizado no estágio anterior, surge a necessidade de proporcionar respostas cabais.

É neste contexto que julgo pertinente levar a cabo sessões de educação para a saúde, acerca da temática da Sexualidade na Adolescência, envolvendo o apoio de outros profissionais, nomeadamente a Direção e os professores da E.S.S.L., para promover a capacitação dos jovens, no âmbito de uma vivência saudável e responsável da sexualidade.

A educação sexual inicia-se na infância e progride até à adolescência e à idade adulta. Tem como finalidade apoiar e proteger o desenvolvimento sexual das crianças e jovens,

preparando-os gradualmente e capacitando-os com informações, competências e valores positivos para compreenderem a sua sexualidade e dela desfrutarem e para terem relações seguras e satisfatórias. Entre os jovens, a educação para a sexualidade não se limita apenas à prevenção de comportamentos de risco, como a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis. O objetivo fundamental é o desenvolvimento de competências que lhes possibilitem escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções (GTES, 2005, 2007).

Existe uma aprendizagem diária e ao longo da vida por observação e imitação dos modelos (irmãos, pais, amigos,...) e uma aprendizagem mais estruturada, na família, na escola (professores, psicólogos,...), na comunidade (agentes de saúde, instituições).

A informação sobre sexo e sexualidade está acessível aos jovens em diversas fontes: publicidade, meios de comunicação social, livros, páginas da internet, conversas com amigos. E a verdade é que, se parte dessa informação é correta, outra parte não o é e deixa os jovens vulneráveis à coação, abuso e exploração, gravidez indesejada e infeções sexualmente transmissíveis. Por outro lado, mesmo quando a informação é baseada em conhecimento científico, nem sempre é acessível à faixa etária ou aos conhecimentos dos jovens.

Assim, para que as crianças e os jovens comecem desde cedo a cuidar da sua saúde sexual, é fundamental fornecer informação necessária e pertinente para as diferentes faixas etárias, que seja culturalmente relevante e cientificamente correta, de modo a desenvolver competências que permitam, no presente e no futuro, que os indivíduos se sintam seguros nas suas decisões. É deste modo que se pretende dotar os mais novos de capacidades de proteção face a abusos e exploração sexual.

Neste contexto, a escola surge como um meio que reúne todo um conjunto de condições favoráveis à implementação de programas de educação sexual. É na escola que as crianças passam grande parte do seu dia. A escola assegura uma estrutura apropriada, com professores e outros profissionais capacitados, e currículos formais que garantem uma programação a longo prazo. Acrescentar, as instituições escolares são responsáveis pela segurança e bem-estar das crianças, estabelecendo um elo entre estas, as suas famílias, os serviços de saúde e a comunidade.

Os especialistas da área referem que, os programas de educação sexual eficientes são aqueles que, para além da informação, exploram valores, atitudes e normas sociais, estimulam os alunos a assumir responsabilidade pelo seu comportamento e promovem competências inerentes à educação global de qualquer cidadão: a capacidade de ouvir, de negociar, de

respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões ou de destacar a informação pertinente e os locais onde poderão encontrá-la (UNESCO, 2010).

A literatura refere que o sucesso desses programas é fundamentado nos seguintes princípios: (1) estão integrados em programas de educação para a saúde; (2) são assegurados por professores treinados e privilegiam metodologias de ensino e aprendizagem diversificadas; (3) envolvem toda a comunidade educativa (pais, família alargada, professores, líderes religiosos, serviços de saúde, instituições da comunidade, jovens); (4) são focados nos jovens (idade, sexo, cultura, religião, conhecimentos, necessidades).

Os objetivos deste projeto de estágio são:

- elaborar um plano de atividades, que permita funcionar como guia orientador da prática, no decurso do estágio;
- definir os objetivos a alcançar com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Este documento também servirá como base para a elaboração do Relatório de Estágio.

1 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO

1.1 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Segundo Imperatori & Giraldes (1986:19) “A primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação.”

Parece trivial, no entanto importa relembrar que para intervir numa população é necessário conhecer a sua realidade.

Com o objetivo de “formar jovens, tendo em vista a sua integração no mundo do trabalho, ou o prosseguimento dos estudos, sem esquecer, em qualquer dos casos, a sua formação como cidadãos autónomos e responsáveis” (Garraio, 2011), a Escola Secundária de São Lourenço está implantada em Portalegre, sede e nome de concelho com uma área de 447 km² que faz fronteira, a norte, com o concelho de Castelo de Vide, a nordeste com o concelho de Marvão, a leste com a Espanha, a sul com os concelhos de Arronches e Monforte e a oeste com o concelho do Crato.

No ano letivo 2009/2010 iniciaram-se obras de requalificação. Atualmente, e ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, e no ano letivo de 2012/2013 (momento em que foi efetuado o diagnóstico de saúde) a Escola Secundária de São Lourenço contava com cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

No presente ano letivo a escola tem 3 turmas de 7º ano, 3 turmas de 8º ano, 6 turmas de 10º ano, 11 turmas de 11º ano e 9 turmas de 12º ano num total de 841 alunos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

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

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

É este o nosso espaço e centro de atenção e é neste meio escolar que iremos desenvolver as atividades que nos propomos realizar.

1.2 – METODOLOGIA A APLICAR

A intervenção comunitária no âmbito da Sexualidade na Adolescência decorrerá durante todo o período de estágio, sendo que todas as intervenções realizadas com os alunos terão lugar nas próprias instalações da E.S.S.L., em datas a definir posteriormente com a Direção da escola e professores.

Com base no referencial teórico das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela OE, foram estabelecidos para este estágio os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes da E.S.S.L. em Portalegre, no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável.

Objetivos específicos:

- Identificar situações complexas, mobilizando saberes adquiridos no percurso profissional e durante a formação em Enfermagem Comunitária;
- Planear e desenvolver um projeto de intervenção comunitária;
- Desenvolver competências na comunicação e na relação com a comunidade (grupo);
- Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A, B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas pelo diagnóstico de situação, até final de Janeiro de 2014.
- Utilizar abordagens ativas nas estratégias a desenvolver no âmbito da educação sexual, até final de Janeiro de 2014.

- ☑ Promover a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.
- ☑ Proporcionar aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Identidade e Sexualidade.
- ☑ Promover a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.
- ☑ Proporcionar aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade.
- ☑ Promover a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade, aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da ESSL, até final de Janeiro de 2014.
- ☑ Avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 8.º ano (turmas A,B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) face às atividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em meio escolar, até final de Janeiro de 2014.

Como indicadores de atividade para este projeto de intervenção foram definidos os seguintes:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com a Coordenadora do 3.º Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P.;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Direção da E.S.S.L.;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma (às turmas envolvidas no projeto: 8.ºA, 8.ºB, 8.ºC, 11.ºA, 11.ºC, 11.ºE; 11.ºF, 11.ºH e 11.ºI).

Como indicadores de resultado das atividades desenvolvidas foram definidos os seguintes:

- Aplicação dos questionários de satisfação a todos os adolescentes no fim das sessões de educação para a saúde;
- Obter 80% dos questionários preenchidos com o grau de satisfação de *Satisfeito* ou mais, nos diversos itens em avaliação.

A realização deste projeto requer os seguintes Recursos Humanos:

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

Como Recursos Materiais serão necessários:

- Salas de aulas da E.S.S.L.
- Computador e projetor multimédia
- Suportes didáticos.

De seguida apresenta-se um mapa estratégico onde se enumeram as atividades, os recursos utilizados, os indicadores de atividade ou execução e as metas definidas para cada objetivo específico delineado.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE ATIVIDADE (OU EXECUÇÃO)	METAS
<p>Contribuir para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2014) através da promoção dos afetos e da educação para a sexualidade em meio escolar, aos adolescentes da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação dos mestrandos da E.S.S.P. com a Direção da E.S.S.L. • Sessões de educação para a saúde, no âmbito da educação sexual, aos adolescentes do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Direção da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º reuniões com E.S.S.L previstas}}{\text{n.º reuniões com E.S.S.L realizadas}} \times 100$ $\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das reuniões com Direção da E.S.S.L. previstas.</p> <p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p>
<p>Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.ºano (turmas A, B e C) e o 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com a Direção da E.S.S.L. para planeamento das sessões a realizar. • Reuniões de orientação com a Coordenação do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Elaboração de apresentações multimédia em formato <i>PowerPoint</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 	$\frac{\text{n.º reuniões com E.S.S.L previstas}}{\text{n.º reuniões com E.S.S.L realizadas}} \times 100$ $\frac{\text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado previstas}}{\text{n.º reuniões com Coordenação Mestrado realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das reuniões com Direção da E.S.S.L. previstas.</p> <p>Realizar 100% das reuniões com a Coordenação do Mestrado previstas.</p>

<p>identificados e as necessidades determinadas pelo diagnóstico de situação, até final de Janeiro de 2014.</p>	<p>para as sessões de educação para a saúde, sobre as temáticas Identidade e Sexualidade e Expressões da Sexualidade.</p>	<p>3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direção da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p>
<p>Utilizar abordagens ativas nas estratégias a desenvolver no âmbito da educação sexual, até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias entre a E.S.S.L. e a E.S.S.P. • Criar sessões abertas dentro das temáticas a abordar, de modo a possibilitar a interação entre os adolescentes e os mestrandos. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a participação dos adolescentes nas sessões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.ºano (turmas A, B e C) e do 11.ºano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.ºCurso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS previstas}}{\text{n.º sessões de EpS realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde previstas.</p> <p>Que 50% dos alunos demonstrem interesse e participem durante as sessões.</p>

<p>Promover a aquisição de noções básicas sobre Identidade e Sexualidade aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Autoestima; Género; Sentimentos, gostos e decisões. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 8.º ano da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Proporcionar aos alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Autoestima; Género; Sentimentos, gostos e decisões. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 8.º ano (turmas A, B e C) da 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 8.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 8.º ano previstas.</p>

<p>Identidade e Sexualidade.</p>	<p>prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<p>E.S.S.L.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 8.º ano da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 		<p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Promover a aquisição de conhecimentos sobre Expressões da Sexualidade aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L., até final de Janeiro de 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e 	<p>$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$</p>	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<p>I) da E.S.S.L.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 		<p>cada turma envolvida no projeto.</p>
<p>Proporcionar aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. momentos de reflexão e discussão sobre a temática Expressões da Sexualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>

	adolescentes relativamente à sua sexualidade.			
Promover a aquisição de aprendizagem de capacidades para estabelecer uma comunicação efetiva com os pais e os professores relativamente à temática da sexualidade, aos alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da ESSL, até final de Janeiro de 2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde: Conceito de sexualidade; Orientação sexual; Comportamentos sexuais e Relações com pares, com a família, com os outros. • Sessões de educação para a saúde no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, no contexto da sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas pelo diagnóstico. • Utilizar técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover a capacitação e o empoderamento dos adolescentes relativamente à sua sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	$\frac{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas}}{\text{n.º sessões de EpS direcionadas aos alunos do 11.º ano realizadas}} \times 100$	<p>Realizar 100% das sessões de Educação para a Saúde direcionadas aos alunos do 11.º ano previstas.</p> <p>Realização de uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, por cada turma envolvida no projeto.</p>
Avaliar a satisfação dos adolescentes que	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de 5 alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização 	$\frac{\text{n.º questionários respondidos após as sessões de EpS}}{\text{n.º questionários distribuídos após as}} \times 100$	<p>Obter 100% de respostas aos questionários de satisfação no</p>

<p>frequentam o 8.º ano (turmas A,B e C) e o 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) face às atividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em meio escolar, até final de Janeiro de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar um questionário a cada adolescente no fim de cada sessão de educação para a saúde. 	<p>Enfermagem Comunitária.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alunos do 11.º ano (turmas A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Coordenadora do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem da E.S.S.P. • Professores do 11.º ano (turma A, C, E, F, H e I) da E.S.S.L. • Meios audiovisuais • Suportes didáticos. 	<p>sessões de EpS</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na utilidade dos temas bordados}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 na forma como os temas foram abordados nas sessões}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 com o esclarecimento de dúvidas}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p> <p>$\frac{\text{n.º de respostas com grau de satisfação 4 ou 5 no grau de satisfação em geral}}{\text{n.º de questionários entregues}} \times 100$</p>	<p>fim de todas as sessões de EpS.</p> <p>Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões</p> <p>Que 80% dos alunos se sintam satisfeitos ou mais quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões</p> <p>Que 80% dos alunos tenham ficado satisfeitos ou mais quanto ao esclarecimento de dúvidas</p> <p>Obter 80% dos questionários preenchidos com</p>
--	---	---	---	---

				posicionamento na escala de satisfação na categoria <i>Satisfeito</i> ou mais.
--	--	--	--	--

Tabela n.º1 – Objetivos Específicos, Atividades, Recursos, Indicadores de Atividade (ou Execução) e Metas

CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, acredito ter conseguido representar por palavras o meu projeto de intervenção mental. Julgo ter planeado atividades adequadas ao diagnóstico de situação desenvolvido e aos problemas/necessidades identificados, tal como ter construído indicadores e atividade e indicadores de avaliação das atividades que permitem compreender se as estratégias foram conseguidas e se realmente se potenciaram possíveis ganhos em saúde, que constituirão sempre o objetivo final de qualquer intervenção comunitária.

De acordo com a realidade com que nos depararmos ao regressar à E.S.S.L., uma vez que a nossa população alvo está em permanente mutação, ou não se tratasse de adolescentes, não excludo a possibilidade de reformular uma ou mais atividades, mas julgo que essa é também uma das essências do significado da palavra projeto.

Tenho consciência de que me depararei com obstáculos e dificuldades na implementação deste projeto de intervenção; vou procurar enfrentá-los e encará-los como um elemento positivo para o meu processo de desenvolvimento, forçando-me a recorrer ao pensamento crítico e ao dinamismo nas minhas intervenções.

Neste contexto, acredito que o meu processo formativo será extremamente rico em aprendizagens e uma grande oportunidade para aplicar e consolidar todos os conhecimentos adquiridos no âmbito da Enfermagem Comunitária.

BIBLIOGRAFIA

- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 1 de Dezembro de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaS UfLoMqLY7AbulIG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras Avulsas.
- Meireles, A. (2008). Alma-Ata e Ottawa: As conferências de entre as conferências... In *Portal da Saúde Pública*. Acedido a 2 de Dezembro de 2013 em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Apêndice III – Cronograma das Atividades

CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO														
ATIVIDADES	2013						2014						2015	
	Maio	Jun.	Jul.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
Realização do Diagnóstico de Situação														
Reuniões com Coordenadora do 3.º Mestrado														
Reuniões com a Direção da E.S.S.L.														
Reuniões do grupo de trabalho (5mestrandos)														
Elaboração do Projeto de Intervenção														
Elaboração das apresentações powerpoint para as Sessões de Educação para a Saúde														
Realização das Sessões de Educação para a Saúde sobre a Sexualidade na Adolescência (1 sessão por turma)														
Aplicação do questionário de avaliação da satisfação dos adolescentes após as sessões de Educação para a Saúde														
Tratamento e análise dos dados do questionário de avaliação da satisfação dos adolescentes, utilizando o programa SPSS versão 21.0														
Elaboração do Relatório Final do Mestrado														

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

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 8º ano: turma A, B e C)

Recursos: Humanos - Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais - Computador portátil, Projetor multimédia

Área Temática: *Identidade e Sexualidade*

Temas a abordar: - Autoestima

Metodologia: Expositiva/Participativa

- Género

- Sentimentos, gostos e decisões

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o conceito de autoestima• Conhecer aspetos que contribuem para o desenvolvimento saudável da autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima como processo gradual de autovalorização• Características importantes para melhorar a autoestima: apreciar a si mesmo, aceitar os limites e os insucessos, prestar atenção às suas próprias necessidades, etc.	Expositiva/ Participativa	50 minutos	Aplicação de um questionário
<ul style="list-style-type: none">• Compreender a diferença entre a identidade sexual e a identidade de género• Conhecer as dimensões que constituem a identidade sexual• Contribuir para a tomada de decisões e aceitação das decisões dos outros relativamente à identidade sexual	<ul style="list-style-type: none">• Distinção entre identidade sexual e de género• Dimensões que constituem a identidade sexual: identidade de género, papéis sexuais e orientação sexual• Possibilidade de conflitos decorrentes do processo de formação da identidade sexual			

<ul style="list-style-type: none">• Combater os estereótipos que promovem a desigualdade entre os sexos				
<ul style="list-style-type: none">• Compreender as mudanças emocionais da puberdade• Perceber a especificidade do desejo sexual que ocorre na puberdade• Refletir sobre comportamentos relacionados com contato físico	<ul style="list-style-type: none">• As mudanças emocionais da puberdade• O desejo sexual e os estímulos com valor erótico• Os comportamentos relacionados com contato físico			

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

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Sexualidade na Adolescência

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

Formadores: Ana Serra, Gabriela Serra, Luís Amaro, Miguel Tavares e Sílvia Ronda

Local de Formação: Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre

Destinatários: Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço (alunos do 11º ano: turma A, C, E, F, H, I)

Recursos: Humanos – Formadores (pelo menos 2 formadores)

Materiais – Computador portátil, Projetor multimédia

Área Temática: *Expressões da Sexualidade*

Temas a abordar: - Conceito de Sexualidade

- Orientação Sexual

- Comportamentos Sexuais

- Relações com pares, com a família, com os outros

Metodologia: Expositiva/Participativa

Tempo Previsto: 50 minutos

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Tempo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a sexualidade como uma expressão fundamental da vida• Reconhecer as diferentes dimensões da sexualidade• Descrever as diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação• Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de sexualidade• Dimensões da sexualidade• Mitos sobre a sexualidade	Expositiva/ Participativa	50 minutos	Aplicação de um questionário
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as várias orientações da sexualidade• Respeitar a orientação sexual de cada individuo• Compreender que a orientação sexual é uma questão íntima de cada individuo e não pode originar discriminação deste	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de orientação sexual• Diferenças entre identidade sexual (de género) e orientação sexual• Tipos de orientação sexual• Mitos sobre a orientação sexual			

<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc. • Reconhecer o direito de dizer sim ou dizer não em relação às práticas sexuais • Reconhecer o direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável • Aceitar que as diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestações dos comportamentos sexuais • Comportamentos sexuais na adolescência • Atividade sexual livre e responsável 			
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o significado e a importância da comunicação • Saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões • Compreender que na sociedade existem regras de comportamento sexual • Reconhecer a importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da comunicação • Relações com pares • Relações pais e filhos 			

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



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE
PORTALEGRE**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Portalegre, Janeiro de 2014



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



Autoestima

O QUE É A
AUTOESTIMA
?

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



Autoestima

?

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



Autoestima

“ É a opinião e o sentimento que
cada pessoa tem de si próprio.

Roberto Raciolla

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

“É a capacidade de respeitar, acreditar e amar-se a si próprio”

Roberta Ferrelia

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

O que é bom, não é bonito!

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

Condições que levam a baixa autoestima:

- perda de familiares;
- frustrações;
- falta de estrutura social e pessoal;
- ...

BAIXA AUTOESTIMA

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

Condições que levam a alta autoestima:

- respeitar-se a si mesmo;
- saber os limites e as fronteiras;
- prestar atenção às próprias necessidades;

ALTA AUTOESTIMA

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

Conheça-se

A autoestima é a valorização positiva que temos de nós próprias;

É aquilo que sentimos que somos, o que valemos;

Permite o desenvolvimento pessoal.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Autoestima

“Todas as maravilhas de que precisas estão dentro de ti.”

de Thomas Brown



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

Corresponde ao início da adolescência.

É caracterizada por um conjunto de transformações na morfologia, na fisiologia e mesmo no comportamento.

Inclui a maturidade dos órgãos sexuais e determinam modificações no aspeto geral do corpo.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

São estas alterações que permitem fazer a distinção dos sexos, sem se observar os órgãos sexuais.

Há evidência de outros caracteres, como por exemplo:

- aparecimento de pelos;
- desenvolvimento dos seios;
- mudança de voz.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

CARACTERES SEXUAIS SECUNDÁRIOS



- ↪ Desenvolvimento das mamas;
- ↪ Alargamento da bacia e arredondamento das ancas;
- ↪ Crescimento dos órgãos sexuais;
- ↪ Início da menstruação;
- ↪ Aparecimento de pelos na região púbica e nas axilas;
- ↪ Pele mais oleosa - acne juvenil.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

CARACTERES SEXUAIS SECUNDÁRIOS



- ↪ Alargamento dos ombros e da caixa torácica e aumento da massa muscular e esquelética;
- ↪ Crescimento dos órgãos sexuais;
- ↪ Primeiras ejaculações;
- ↪ Aparecimento de pelos na região púbica, nas axilas e na cara (barba);
- ↪ Voz mais grave;
- ↪ Pele mais oleosa - acne juvenil.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

QUAIS REAÇÕES?

As reações emocionais são, normalmente desproporcionais.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS: REAÇÕES



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS: REAÇÕES

EUFORIA



PASSIVIDADE



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE

⇒ É quando se descobre o primeiro amor;

⇒ Período de descoberta de si e do outro.



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

PUBERDADE


É uma etapa que se caracteriza pela procura da própria identidade.



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

IDENTIDADE

É o conjunto de caracteres próprios e exclusivos com os quais se podem diferenciar pessoas.



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

IDENTIDADE



Identidade de Género

Identidade Sexual



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

IDENTIDADE de GÉNERO

A identidade de género refere-se ao modo como cada um de nós se vê: se como homem (masculino), se como mulher (feminino).



SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

IDENTIDADE SEXUAL

A identidade sexual refere-se ao que cada pessoa pensa sobre si própria e sobre a sua sexualidade.

Sobre as emoções e sobre o desejo que sente em relação aos outros, que podem ser do mesmo sexo, do sexo oposto ou de ambos os sexos.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

IDENTIDADE SEXUAL

Orientação sexual:

- heterossexual** sente-se atraído por pessoas de sexo diferente;
- homossexual** sente-se atraído por pessoas do mesmo sexo;
- bissexual** sente-se atraído por ambos os sexos.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

1ª GOSTAR DE SI PRÓPRIO;

2ª APRENDER A CRESCER COM AS ADVERSIDADES DA PUBERDADE;

3ª CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE EQUILÍBRIO SEXUAL

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

QUESTÕES

?

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

GRUPO DE TRABALHO

Ana Luisa Serra
Gaudêncio Miguel Tavares
Luís Filipe Amaro
Maria Gabriela Serra
Sílvia Ronda

FIM

**Apêndice VII – Apresentação em PowerPoint das Sessões de Educação para a Saúde
para os alunos do 11.º ano**



Instituto Politécnico de Portalegre

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Curso do Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Janeiro de 2014

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



Expressões da Sexualidade

11º ano

Expressões da Sexualidade



Objetivos da Sessão

- Reconhecer a sexualidade como uma expressão fundamental da vida
- Reconhecer as diferentes dimensões da sexualidade
- Descrever as diferentes possibilidades de expressão da sexualidade: afetiva, romantização, prazer e procriação
- Auxiliar a reconhecer a sexualidade em todos os fases da vida
- Conhecer os vários momentos da sexualidade
- Respeitar a integridade sexual de cada indivíduo
- Compreender que a interação sexual é uma questão vital de cada indivíduo e não pode sofrer discriminação de idade
- Conhecer os diferentes comportamentos masculinos e a sexualidade: violência, bullying, pedofilia, etc.
- Reconhecer o direito de dizer não ou dizer não em relação às práticas sexuais
- Reconhecer o direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável
- Auxiliar que os diferentes momentos de desenvolvimento através de comportamentos sexuais diferentes
- Reconhecer o significado e a importância da contraceção
- Entender os procedimentos, métodos, vantagens e desvantagens
- Compreender que no sociedade existem regras de comportamento sexual
- Reconhecer a importância do família, como núcleo que a todos os membros das diferentes idades

Expressões da Sexualidade



O que é a Sexualidade?



Expressões da Sexualidade



O que é a Sexualidade?

-A sexualidade não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras.

-O que sabemos hoje sobre sexualidade é o resultado de múltiplas abordagens feitas a partir de diferentes ciências.

-Por isso, a sexologia é, provavelmente, mais do que nenhuma outra, uma ciência interdisciplinar.

Ugan, F. e Pereira, A. (2009)

Expressões da Sexualidade



O que é a Sexualidade?

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



Organização Escola de Saúde

Expressões da Sexualidade



O que é a Sexualidade?

A sexualidade integra o conhecimento, as atitudes, os valores ou os comportamentos sexuais das indivíduos.

A expressão da sexualidade é influenciada por fatores de natureza ética, espiritual, cultural e moral.

A sexualidade tem muitas dimensões e múltiplas funções.



Expressões da Sexualidade



É importante que as experiências e vivências da sexualidade sejam sempre fontes de bem-estar para nós e para os outros com quem as partilhamos.



Expressões da Sexualidade



Expressões da Sexualidade



A reprodução é uma função fundamental, mas não é a única nem necessariamente a mais importante função da sexualidade.

Na espécie humana, o prazer sexual não está forçosamente ligado à reprodução.

A maioria das relações sexuais que as pessoas estabelecem constituem uma procura de prazer e uma manifestação de comunicação, ternura, afeto, etc.



Expressões da Sexualidade



A sexualidade ao longo da vida...

A sexualidade manifesta-se desde o início da vida e acompanha o desenvolvimento geral do indivíduo.

No entanto, vivemos a sexualidade de formas bastante diferentes em cada etapa da vida.

A forma como a criança, o adolescente, o jovem, o adulto e o idoso vivem a sexualidade é diferente.



Expressões da Sexualidade



A sexualidade ao longo da vida...

As maiores diferenças no desenvolvimento verificam-se entre a fase da pré-puberdade e a fase da pós-puberdade.

O aparecimento da puberdade (a partir dos 10/11 anos) marca o início da adolescência.

Um período marcado por múltiplas alterações: biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais.



Expressões da Sexualidade



A sexualidade ao longo da vida...

Na puberdade, especifica-se o **desejo sexual** e numerosas **estímulos** adquirem um **valor erótico**.

O **comportamento sexual** começa a definir-se em função das crenças, organização social, controlo da paixão, etc.



Expressões da Sexualidade



A sexualidade ao longo da vida...

O **desejo** os **interesses sexuais** e a **consciência de amar-se** mantêm-se durante **tudo o ciclo vital**.

As mudanças biofisiológicas que ocorrem na idade madura e na velhice não anulam o desejo sexual nem os afetos vinculados à sexualidade.



Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

A **orientação sexual** é o modo como as pessoas sentem atração física e/ou emocional por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto, ou por ambas as sexos.



Uma pessoa é considerada...

Heterossexual se se sente sobretudo atraído por pessoas do sexo oposto

Homossexual se se sente sobretudo atraído por pessoas do mesmo sexo

Bissexual se se sente atraído por ambas as sexos

Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

O comportamento sexual não é estanque nem fixo, podendo, por essa razão, **ser flexível e mudar ao longo da vida**.

O único aspeto que parece ser consensual a todos as teorias que procuram compreender o que determina a orientação sexual, é que **orientação sexual é algo que se começa a definir precocemente**.



Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

É importante ter em conta 3 aspetos fundamentais:

os aspetos **biológicos** (a pessoa nasce com um pénis ou com uma vagina);

os aspetos da **identidade de género** (a pessoa sente-se homem ou mulher);

os aspetos de **orientação sexual** (a pessoa sente-se atraído por homens, por mulheres ou por ambos)



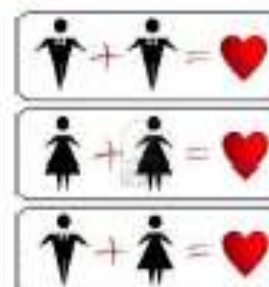
O conceito de **identidade sexual** refere-se ao que cada pessoa pensa sobre si próprio e sobre a sua masculinidade, sobre as emoções e sobre o desejo que sente em relação aos outros.

Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

Não existe uma orientação sexual considerada certa ou errada, independentemente da orientação sexual de cada um. **Todas as expressões são válidas**.



Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual



Durante a adolescência surgem muitas **dúvidas** e as **perceções** podem ser **confusas**. Isto porque existe uma grande identificação dos rapazes uns com os outros e o mesmo se passa com as raparigas.

Podem até existir experiências de carácter homossexual, bissexual ou heterossexual relativamente duradouras ou apenas pontuais, assim como fantasias sexuais.

Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

Tudo isto pode acontecer e significa apenas que **estás a crescer**, a procurar compreenderes **quem és**, quais os teus **desejos**, aquilo que te dá **trazer**.



Expressões da Sexualidade



Identidade e Orientação Sexual

Há quem compreenda o significado dos seus sentimentos apenas quando tem os primeiros desejos sexuais ou relacionamento sexual ou amoroso.

Ou seja, através do **autoconhecimento**, **experiência** e **maturidade**, tudo fica um pouco mais claro.



Expressões da Sexualidade



Comportamentos Sexuais

Quando o rapaz ou a rapariga atinge a puberdade sente de forma acentuada a necessidade de obter **satisfação sexual** e sente-se fortemente **atraído (a)** por inúmeros estímulos sexuais, de acordo com os seus gostos e preferências pessoais.



Expressões da Sexualidade



Comportamentos Sexuais



Expressões da Sexualidade



Comportamentos Sexuais

Não existem duas pessoas iguais e também ao nível do comportamento sexual as diferenças existem.

Para que possas perceber e escolher os teus comportamentos sexuais, tem atenção às informações e às mensagens que recibes através de revistas, internet, filmes, ou até mesmo que ouves dos teus amigos e amigas, pois **nem sempre** essas mensagens se **"encaixam"** nas tuas necessidades.



Expressões da Sexualidade



Comportamentos Sexuais

As tuas escolhas e/ou experiências podem ter significados diferentes para ti e para um/a amigo/a teu, pois **cada um vivencia os afetos, as paixões, a atração, o desejo, etc., à sua maneira.**



Expressões da Sexualidade



Ser Sexualmente Responsável

Ser sexualmente responsável significa respeitar e usufruir de direitos fundamentais já consagrados em declarações internacionais e na legislação de muitos países, incluindo a portuguesa.

Ser sexualmente responsável implica que as pessoas não sofram qualquer tipo de pressão, discriminação ou violência.



Expressões da Sexualidade



Ser Sexualmente Responsável

São consideradas atitudes sexualmente responsáveis:

- 1. Apreciar o seu próprio corpo
- 2. Procurar informação que possa melhorar a vivência sexual e a saúde reprodutiva
- 3. Assumir que o desenvolvimento individual envolve a dimensão sexual e que esta pode implicar, ou não, ter relações sexuais
- 4. Interagir com ambos os géneros, respeitando as diferenças
- 5. Assumir a sua orientação sexual e aceitar a das outras pessoas
- 6. Expressar o afeto e a sexualidade de formas adequadas
- 7. Desenvolver relações com base no respeito mútuo



Foto: AFP, adaptação do Livro Manual de Saúde Sexualidade, da Associação Lúcia

Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro

Sexo mais seguro significa que se pretende **reduzir ao máximo os riscos.**

Risco de ocorrência de uma gravidez indesejada ou de transmissão de uma infeção, como por exemplo a VIH/SIDA.



Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro e PRAZER

Explorar o sexo seguro pode tornar o sexo ainda melhor!

- 1. Melhorar a comunicação entre parceiros
- 2. Aumentar a intimidade e a confiança
- 3. Prolongar o jogo sexual
- 4. Aumentar a intensidade do orgasmo
- 5. Diversificar o prazer sexual
- 6. Diminuir a ansiedade
- 7. Fortalecer as relações



Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro

Etapas para um sexo mais seguro:

1. Ser honesto consigo sobre os riscos que se correm
2. Decidir que riscos estamos dispostos a correr e quais não estamos
3. Encontrar um modo de tornar o jogo do sexo seguro o mais satisfatório para si e para o outro



A forma mais eficaz de reduzir os riscos é manter os fluidos do (a) parceiro (a) fora do contato com o seu corpo.

O principal fluido a evitar são: sangue, os fluidos provenientes da vagina e do pénis e descarregar de feridas causadas por IST.

Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro

Regras básicas:

- Evite a entrada de fluidos do seu parceiro (a) no seu vagina, ânus ou boca
- Não toque em feridas causadas por IST
- Não permita que os fluidos entrem no corpo do seu parceiro
- Não tenha atividade sexual se tiver sintomas de IST
- Verifique periodicamente se é portador de alguma IST através de exames médicos
- Use o preservativo sempre



Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro

Os riscos que corremos podem ser perigosos!
Muitas das infeções sexualmente transmissíveis:

- Duram o resto da vida
- Criam stress nas relações
- Causam infertilidade
- Podem degenerar em doenças mais graves



Expressões da Sexualidade



Sexo MAIS Seguro

Práticas sexuais com menos riscos:

- Masturbação
- Masturbação mútua
- Relações sexuais sem penetração
- Massagens eróticas
- Fricção do corpo
- Beijos
- Penetração vaginal ou anal com preservativo masculino



Expressões da Sexualidade



As decisões: dizer sim e dizer não!

Enfrentar novas decisões para as quais também é necessário saber dizer que sim = saber dizer que não, por muito difícil que seja.

Dizer não, pode ser muito complicada, especialmente se fomos mal entendidos.

Não te deves sentir pressionado(a) para um namoro que não desejas ou para uma relação sexual para a qual não estás preparado(a).



Expressões da Sexualidade



As decisões: dizer sim e dizer não!

O meu namorado diz que me deixo as mãos e não tem relação sexual com ele...

O meu namorado insistiu-me a utilizar o preservativo masculino e eu quero colocar o preservativo feminino mas ele também não quer...



Tenho os colegas da minha idade já não são virgens...

A minha namorada decidiu-me porque eu não que ter relações sexuais.



Expressões da Sexualidade



Saber dizer não!

É procurar escutar atentamente o que te dizem os teus sentimentos e os teus desejos.

Não tens que te sentir obrigado(a) a fazer amor com o teu/ta namorado(a) só porque ele/ela quer!

Quando cedemos a pressões fazemos o que os outros desejam, sem ter em conta o que sentimos, quando não temos coragem de dizer não, sentimos desconforto.

Temos a sensação de ser desrespeitados e honrados e incorrecionados.



Expressões da Sexualidade



Saber dizer não...

Se estiveres sob pressão e não quiseres ir mais além:

1. **Abranda** - não cedas a chantagens emocionais. Quando se gosta de alguém, espera-se até que o outro se sinta preparado(a)
2. **Conversa** - sobre a sexualidade e métodos contraceptivos entre outros assuntos que achar importantes.
3. **Pede tempo** - diz ao teu/tua namorado(a) que precisa de mais tempo para decidir e não consegue enquanto te sentires pressionado(a). A atitude e comportamento do(a) teu/tua namorado(a) acerca deste assunto dá-te uma boa ideia do quanto se preocupa contigo.



Expressões da Sexualidade



Falar de Sexo...

Estar informado sobre o sexo, sobre a sexualidade ou sobre a saúde sexual e reprodutiva é antes de mais um **Direito**
Um Direito de mulheres e homens, rapazes e raparigas...um **Direito de todos!**



Expressões da Sexualidade



Falar de Sexo...

Falar de sexo e de sexualidade é importante porque...

- ...nos ajuda a conhecer o nosso corpo e as nossas emoções.
- ...nos ajuda a melhorar a nossa vida sexual.
- ...aprendemos a proteger a nossa saúde sexual e reprodutiva, prevenindo as infeções sexualmente transmissíveis.
- ...ajuda-nos a prevenir uma gravidez indesejada.



Expressões da Sexualidade



Falar de Sexo...com os Pais

Alguns dicas para adolescentes que querem falar com os pais sobre sexo:

- Escolher previamente os assuntos que parecem ser os mais importantes.
- Tentar explicar com calma o porquê de uma decisão, ou de uma dúvida.
- Estar preparado para ouvir e perceber a posição dos pais e pedir atenção para ser ouvido.
- Perceber qual o ambiente e o momento para conversar (se numa altura de descontração, se num contexto de maior atenção e calma).
- Fazer uma atitude responsável, demonstrando preocupação com a contraceção ou com a proteção contra doenças.
- Manter honestidade e sinceridade no que se diz.
- Manter sentido de responsabilidade.



Expressões da Sexualidade



Falar de Sexo...

Embora todos saibamos a importância da comunicação também é verdade que, muitas vezes, esta é deficiente, aumentando o grau de dificuldade à medida que avançamos para **temáticas mais pessoais** como é o caso da **sexualidade**.

Falar abertamente sobre os nossos afetos, desejos e angústias relativamente à sexualidade seria o desejável. Mas nem sempre nos sentimos à vontade para falar sobre este tema.



Expressões da Sexualidade



Falar de Sexo...

Não te sintas envergonhado (a)?

Podes procurar respostas para as tuas dúvidas junto de pessoas amigas e/ou técnicas que confies.



Expressões da Sexualidade

"Todas as pessoas têm o direito de estar livres do medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos ou outros fatores que inibam ou prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual"



in Carta das Direitas Sexuais e Reprodutivas

MUITO OBRIGADO!!!



Quando, tive a noção de que não era um mito de E. a vida, até aqui?

Eu sei!!! Já me dá a entender

**ANA LUÍSA SERRA
LUÍS AMARO
MARIA GABRIELA SERRA
MIGUEL TAVARES
SÍLVIA RONDA**

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

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de Educação para a Saúde

Caro (a) Estudante,

A tua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde em que acabaste de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida correspondemos às tuas expectativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões:

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Ano de Escolaridade:** _____

1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Pouco Satisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito

Questões		Grau de Satisfação				
		1	2	3	4	5
1	Como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos formadores					
3	Competência e profissionalismo dos formadores					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado pela tua colaboração.

Apêndice IX - Apresentação em PowerPoint dos Resultados do Diagnóstico de Situação

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



Objetivo geral:

Promover a Saúde Sexual dos Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
- Analisar a relação entre as atitudes dos adolescentes face à sexualidade e variáveis sociodemográficas;
- Identificar quais as principais fontes de informação dos adolescentes no que diz respeito à sexualidade;
- Perceber a valorização atribuída pelos adolescentes à educação sexual na escola.
- Construir um índice de atitudes "liberal/conservador" e identificar o posicionamento da amostra face à sexualidade;

POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A escolha da E.S.S.L prende-se com aspetos relacionados com a natureza das suas parcerias, na medida em que esta escola solicitou recentemente a colaboração de Escola Superior de Saúde do Portalegre na área da sexualidade na adolescência e também porque se trata de uma Escola Promotora de Saúde, onde se desenvolvem estratégias de promoção da saúde, favorecendo a articulação da escola com a comunidade.

POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Não existe nenhum estudo desta natureza nesta escola e o interesse demonstrado pela Direção da Escola, motivaram a nossa escolha.

Da população total efetuou-se uma seleção através do método de amostragem probabilística.

POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

- Escolhemos os alunos do 7º ano, porque se encontram numa fase inicial da adolescência, onde começam a sentir as grandes transformações biológicas e onde, à partida, ainda não têm experiências que possam moldar os seus testemunhos
- Escolhemos os alunos do 10º ano porque se encontram já numa fase mais avançada da adolescência, pelo que os seus testemunhos são muitas vezes fruto das suas experiências.

POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A seleção das turmas a incluir na amostra foi feita de forma intencional, recorrendo à colaboração de observadores privilegiados.



Amostra Representativa da População da Escola

POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

7º ano	Turma A	22 alunos
	Turma B	21 alunos
	Turma C	8 alunos
	Turma D	21 alunos
8º ano	Cursos de Ciências e Tecnologias	
	Turma A	20 alunos
	Turma C	21 alunos
	Cursos de Ciências Sociais e Humanidades	
	Turma B	17 alunos
	Cursos de Artes Visuais	
	Turma F	22 alunos
Turma H	21 alunos	
Cursos Técnico de Auxiliar de Saúde		
Turma I	20 alunos	
Total: 214 alunos		

○ INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

○ Questionário

- Misto (constituído por questões abertas e fechadas).
- Duarte Vilar (2003)

○ QUESTIONÁRIO...

- Pedido de colaboração
- Variáveis de caracterização sociodemográfica e religiosa:
 - sexo
 - a idade
 - situação conjugal dos pais
 - agregado familiar
 - caracterização dos sujeitos do ponto de vista da sua religiosidade

○ QUESTIONÁRIO...

- Variáveis de comportamento sexual e preventivo:
 - Com quem falam os jovens sobre sexualidade
 - Decisão de ter relações sexuais
 - Uso de contraceptivos
 - Perceção de vulnerabilidade face ao contágio de IST's

○ QUESTIONÁRIO...

- Variáveis de comunicação e educação sobre sexualidade:
 - importância atribuída pelos adolescentes à informação/educação sexual transmitida pelos pais.
 - quais as fontes de informação acerca da sexualidade que os adolescentes preferem
 - qual a importância que atribuem a cada uma.

QUESTIONÁRIO...

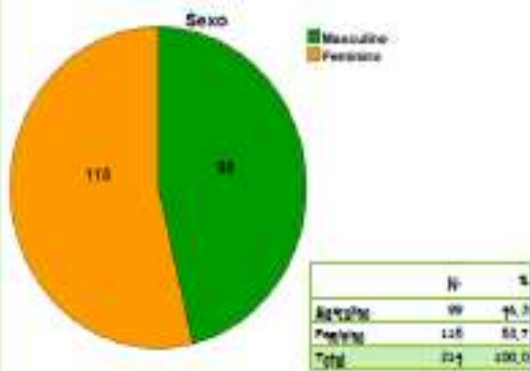
Atitudes face à sexualidade:

- 22 questões relacionadas com a opinião dos jovens sobre assuntos relativos à sexualidade.

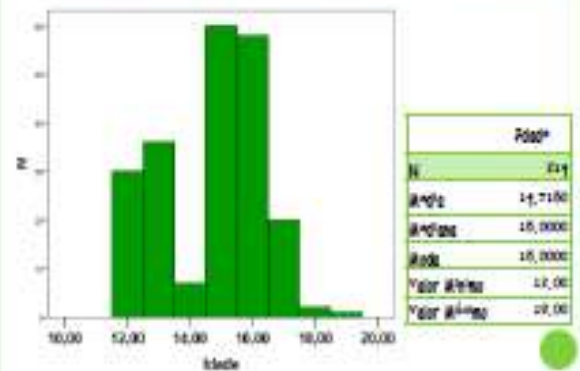


CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

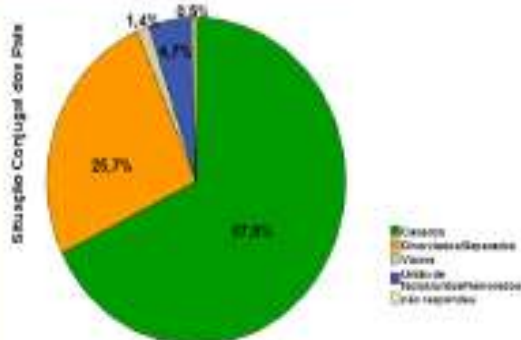
A amostra é composta por...



A idade dos participantes no estudo...

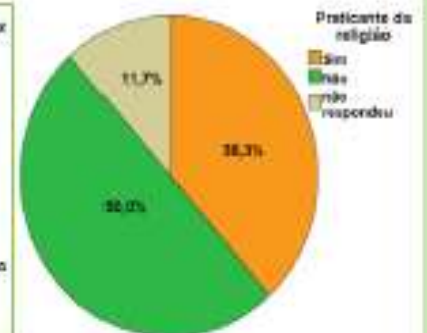


Situação conjugal dos pais dos jovens participantes no estudo...

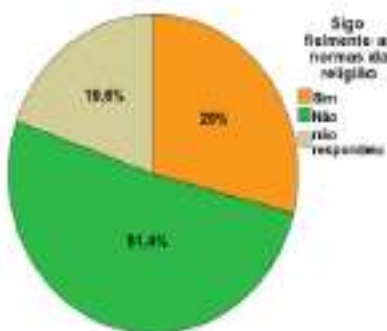


Religião dos jovens participantes no estudo...

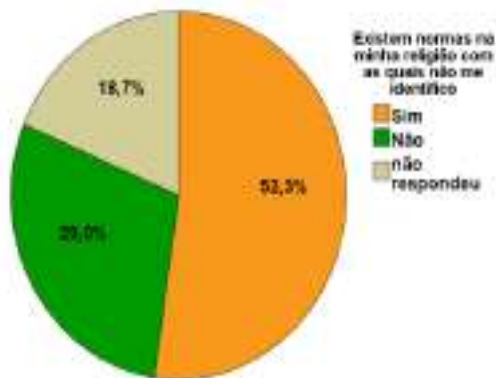
A grande maioria dos jovens inquiridos referem ser católicos (78%). Contudo, no que respeita à prática religiosa, apenas 38% refere ser praticante. A maioria (50%) dá-se não praticante.



Porante a predominância significativa da religião católica, procurámos perceber se os jovens transpõem para a sua vida as normas da religião que professam...

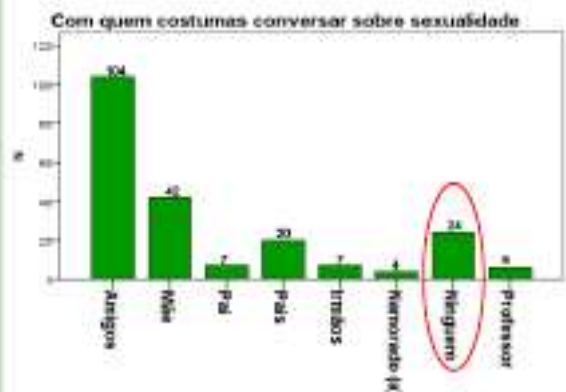


Existência de normas na sua religião com as quais os jovens não se identificam...



Esta questão traduz concordância face à evidência científica que demonstra que embora os jovens se identifiquem como católicos, na sua vida traduzem desacordo face às normas da sua religião, o que se traduz numa elevado número de jovens não praticantes.

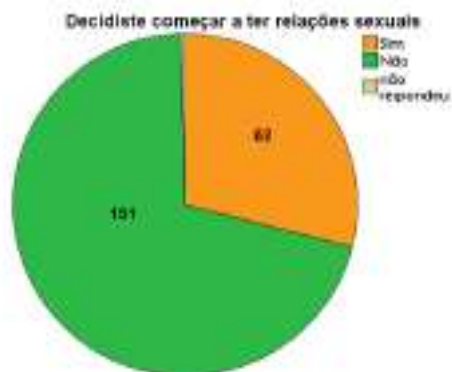
Principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade...



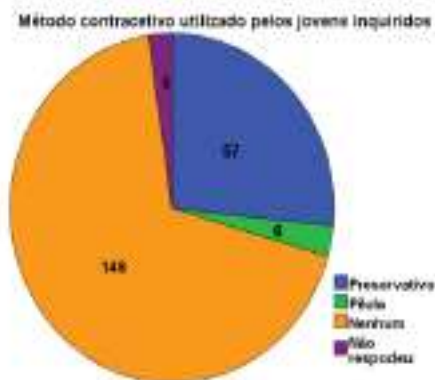
A maioria dos jovens refere que não sente dificuldade em conversar com os pais, sendo apenas 29% os que assumem esta dificuldade.



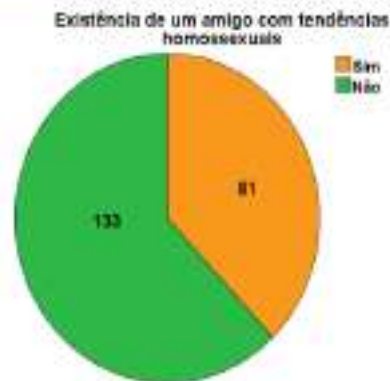
Quando questionados sobre a decisão de iniciar a sua vida sexual...



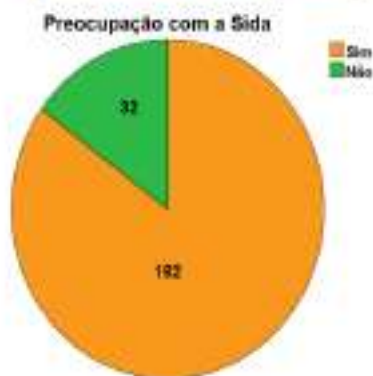
Na escolha do método contraceutivo...



Quando questionados se têm amigos homossexuais...



Preocupação com o VHI (SIDA)...



Preocupação com a imagem corporal...



A quem recorrem para abordar temas relacionados com Sida, imagem corporal e homossexualidade...

	Referem		Não referem		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Pai	84	22,3	289	74,8	374	100
Mãe	118	31,7	269	69,3	387	100
Outros familiares	86	22,3	298	75,3	384	100
Amigos	179	46,4	204	52,8	383	100
Coléga de escola	88	22,8	291	74,4	379	100
Professores	22	5,8	357	91,7	379	100
Psícolo	5	1,3	359	93,7	364	100
Internet	87	22,7	287	74,2	374	100
Livros	30	7,8	354	91,2	384	100
Revistas	34	8,9	350	90,1	384	100
Televisão	88	22,9	296	76,1	384	100

Frequência com que falam com a mãe sobre temas da sexualidade...

Temas sobre os quais referem nunca falar com a mãe:

- ☉ pornografia (79,4%)
- ☉ sonhos malhados (77,6%)
- ☉ masturbação (74,8%)

Outros temas com percentagens elevadas:
 vida sexual dos adultos (44,9%)
 pílula (40,8%)
 homossexualidade (43,0%)
 aborto (42,5%)

Frequência com que falam com a mãe sobre temas da sexualidade...

- Temáticas sobre sexualidade mais frequentemente abordadas pelos jovens com a mãe:
- ⊖ Mudanças corporais na adolescência (36,0%)
 - ⊖ Namoro (31,3%)
 - ⊖ Período menstrual (17,8%)
 - ⊖ Gravidez (13,6%)
 - ⊖ SIDA (13,1%)
 - ⊖ Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (13,6%)

Frequência com que falam com o pai sobre temas da sexualidade...

- Temas nunca abordados pelos jovens com o pai:
- ⊖ Masturbação (83,6%)
 - ⊖ Senhas molhadas (82,2%)
 - ⊖ Pílula (82,2%)
 - ⊖ Pornografia (79,9%)
 - ⊖ Vida sexual dos adultos (73,4%)
 - ⊖ Aborto (73,4%)

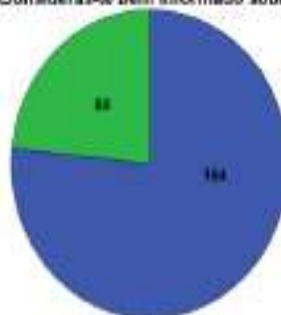
Frequência com que falam com o pai sobre temas da sexualidade...

- Temas mais frequentemente abordados pelos jovens com o pai:
- ⊖ Namoro (13,6%)
 - ⊖ Mudanças corporais na adolescência (8,9%)

7,6% dos jovens refere falar sempre com o pai sobre namoro.

Quando questionados se se consideram bem informados acerca da Sexualidade...

Consideras-te bem informado sobre sexualidade?



	N.º	%
Sim	164	76,6
Não	50	23,4
Total	214	100,0

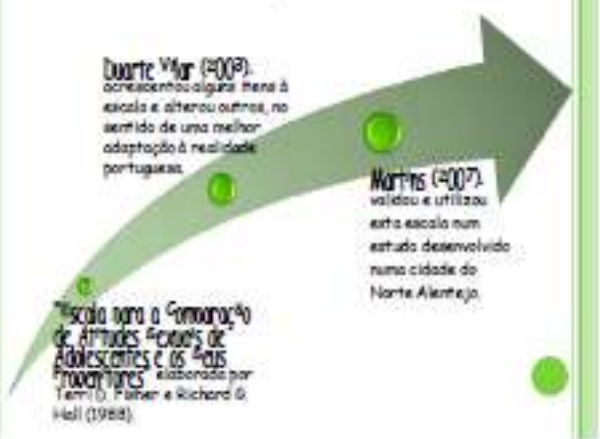
Importância dos diferentes interlocutores na Educação Sexual

Interlocutor	Pais		Mãe		Pai		Amigos		Muito amigos		Muito parentes		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Pais	17	7,9	26	12,1	22	10,3	47	22,0	22	10,3	24	11,2	134
Mãe	13	6,1	32	15,0	22	10,3	77	36,0	22	10,3	21	9,8	134
Pai	16	7,5	25	11,7	21	9,8	75	35,0	22	10,3	22	10,3	134
Amigos	127	59,0	30	14,0	26	12,1	7	3,3	4	1,9	18	8,4	214
Muito amigos	26	12,1	44	20,5	44	20,5	28	13,1	10	4,7	14	6,5	134
Muito parentes	20	9,3	45	21,0	43	20,1	45	21,0	21	9,8	22	10,3	134
Outros interlocutores	43	20,1	51	23,8	55	25,7	30	14,0	15	7,0	15	7,0	214
Total	74	34,6	64	29,9	52	24,3	17	7,9	6	2,8	214	100,0	



Escala de Atitudes face à Sexualidade

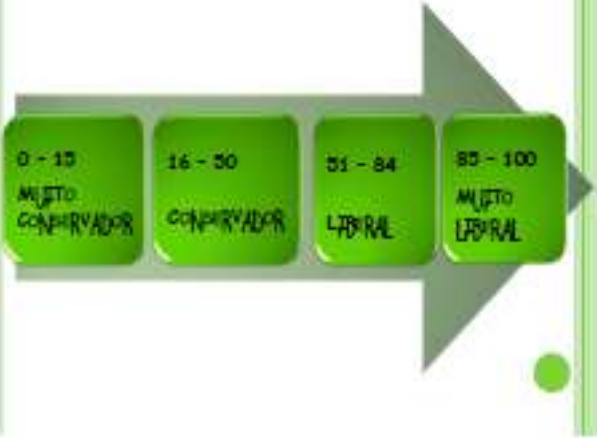
Escala de Atitudes face à Sexualidade



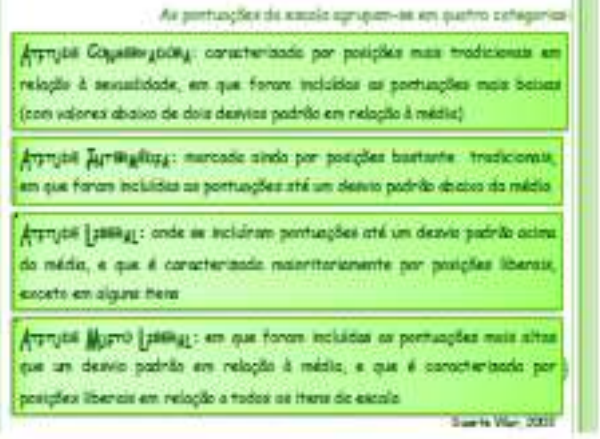
Escala de Atitudes face à Sexualidade



Escala de Atitudes face à Sexualidade

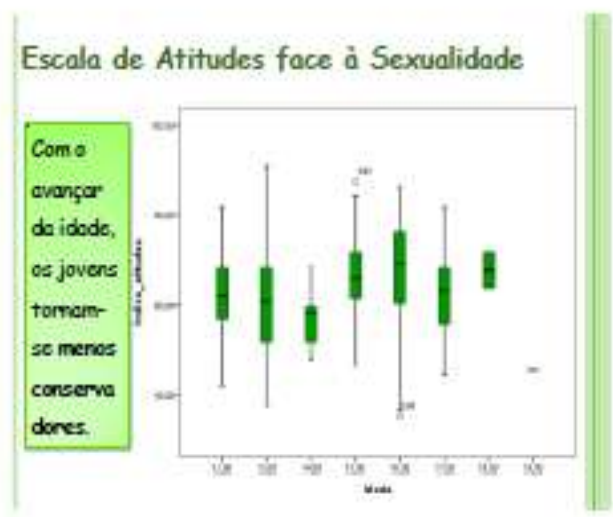
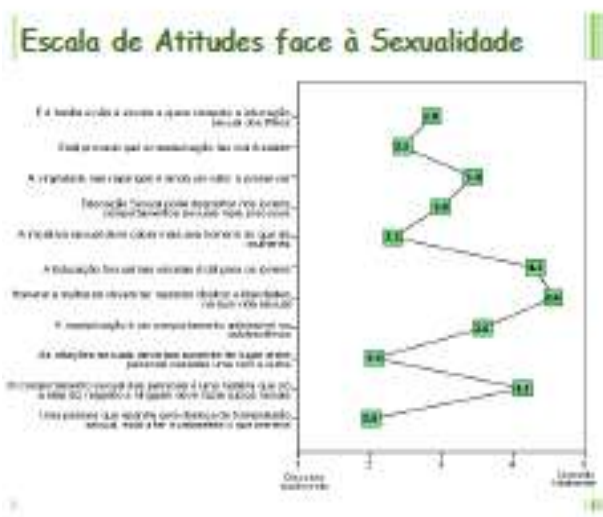
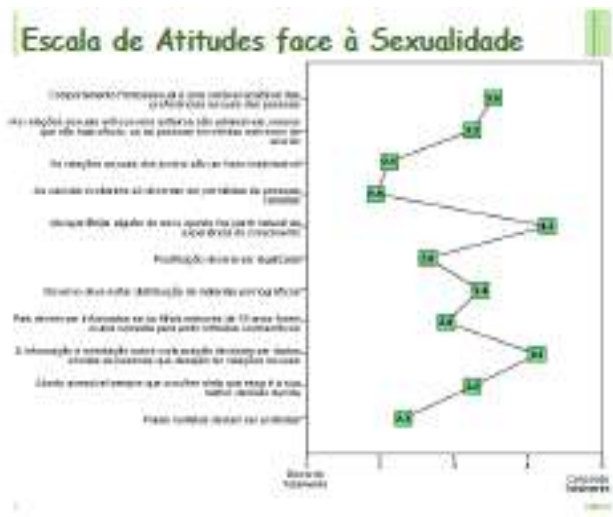
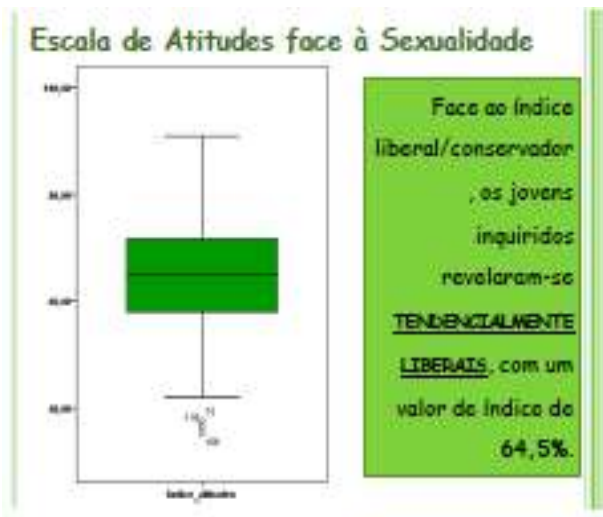


Escala de Atitudes face à Sexualidade



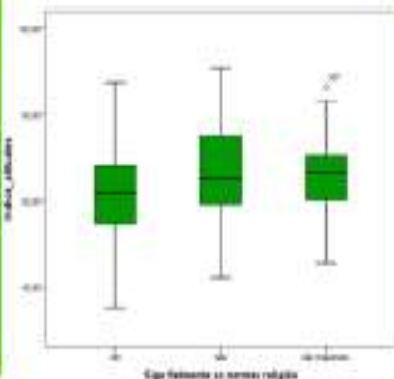
Escala de Atitudes face à Sexualidade





Escala de Atitudes face à Sexualidade

Os jovens que dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade.



Conclusões:

- A principal fonte de informação e partilha dos jovens para questões relacionadas com a Sexualidade são os seus amigos (48,6%).
- A mãe é identificada por cerca de 19,6% dos inquiridos como canal referencial destas questões.
- Verifica-se que cerca de 11,2% dos jovens não falam de sexualidade com ninguém.
- Como temas nunca abordados pelos jovens em família destacam-se: pornografia, masturbação e sonhos molhados.
- Os temas mais abordados pelos jovens com os pais são: as mudanças corporais na adolescência e o namoro.

Conclusões:

- Cerca de 23,4% dos jovens ainda se consideram mal informados acerca da sexualidade.
- Relativamente ao papel das diferentes interlocutoras na educação sexual dos jovens, verifica-se que a escola, os pais e os amigos surgem como as mais relevantes.
- A internet surge também como muito importante para cerca de 14,5% dos jovens.

Emerge assim a necessidade de envolver os progenitores nos processos de Educação Sexual, e trabalhar com eles as estratégias de comunicação.



Obrigado...

ANEXOS

Anexo I – Regulamento n.º128/2011

Regulamento n.º 128/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Preambulo

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.

Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Assim,

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea j) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdiccional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Competência

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Descritivo

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

Unidades da competência	Crítérios de avaliação
G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.	G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade. G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde. G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde. G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade. G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.	G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.
G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção específicas, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais. G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.
G1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção. G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.
G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. G1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. G1.5.3. Procede à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida. G1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Competência

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descrição

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.	G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.
G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.	G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.
G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.	G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária. G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades. G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades. G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação. G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades. G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.

Competência

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Descrição

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das actividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	G3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. G3.1.2. Coopera na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. G3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. G3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. G3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Competência

G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Descritivo

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
G4.1. Proceda à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.	G4.1.1. Conhece instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. G4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. G4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. G4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. G4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. G4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. G4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastanteira, *Maria Augusta Paraficação Rodrigues de Sousa*.

304320072

Regulamento n.º 128/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Prefácio

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas

humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

Anexo II – Questionário utilizado na Colheita de Dados

Caro (a) estudante,

Gostaríamos de contar com a tua participação num estudo que estamos a realizar e que tem o objetivo de **Promover a Saúde Sexual dos Adolescentes.**

A informação prestada é **anónima**, e por isso não te deves identificar em nenhuma parte do questionário.

Lembra-te que isto não é um teste de avaliação e por isso não há respostas certas ou erradas. Todas serão válidas se traduzirem as tuas **opiniões, comportamentos e atitudes.**

Os dados obtidos através do preenchimento deste questionário são indispensáveis para o desenvolvimento do nosso trabalho com eficácia.

Assim, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às questões que te são colocadas.

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

1. Turma _____ 2. Idade _____ 3. Sexo _____ Data ____ / ____ / ____

4. Situação conjugal dos teus pais _____ 5. Com quem vives _____

6. Religião _____ 7. Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

8. Sigo fielmente as normas _____ 9. Existem normas com as quais não me identifico _____

10. Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

11. Sentes dificuldade em conversar com os teus pais? SIM NÃO Se SIM

porquê? _____

12. Decidiste começar a ter relações sexuais SIM NÃO

13. Decidiste começar a usar um método contraceutivo SIM NÃO

14. Qual _____

15. Tens um amigo/a com tendências homossexuais SIM NÃO

16. Preocupa-te a SIDA SIM NÃO

17. Andas preocupado com a imagem corporal SIM NÃO

18. Refere com quem preferes abordar e esclarecer-te sobre todos estes assuntos (assinala com X, podes escolher mais do que um dos itens)

Pai		Padre	
Mãe		Internet	
Outro familiar		Livros	
Amigos		Revistas	
Colegas da Escola		Televisão	
Professores			

19. Qual a frequência com que falas com a tua mãe sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19.1. Gravidez					
19.2. Preservativo					
19.3. Relações sexuais entre jovens					
19.4. Vida sexual dos adultos					
19.5. Sonhos molhados					
19.6. Pornografia					
19.7. Mudanças corporais na adolescência					
19.8. Aborto					
19.9. Namoro					
19.10. Homossexualidade					
19.11. Período menstrual					
19.12. Sida					
19.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					
19.14. Pílula					
19.15. Masturbação					
19.16. Crimes sexuais					

20. Qual a frequência com que falas com o teu pai sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20.1. Gravidez					
20.2. Preservativo					
20.3. Relações sexuais entre jovens					
20.4. Vida sexual dos adultos					
20.5. Sonhos molhados					
20.6. Pornografia					
20.7. Mudanças corporais na adolescência					
20.8. Aborto					
20.9. Namoro					
20.10. Homossexualidade					
20.11. Período menstrual					
20.12. Sida					
20.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					

20.14. Pílula					
20.15. Masturbação					
20.16. Crimes sexuais					

21. Consideras-te bem informado sobre os assuntos relacionados sobre a Sexualidade? Porquê?

22. Como consideras que tem sido o papel dos teus pais na tua educação sexual ? (assinala com X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

23. Como consideras que tem sido o papel dos teus amigos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

24. Como consideras que tem sido o papel da escola na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

25. Como consideras que tem sido o papel da igreja na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

26. Como consideras que tem sido o papel da televisão na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

27. Como consideras que tem sido o papel da INTERNET na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

28. Como consideras que tem sido o papel dos livros científicos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

29. Como consideras que tem sido o papel da Imprensa escrita na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

30. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

31. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

32. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

33. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

34. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

35. A prostituição deveria ser legalizada

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

36. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

37. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

Discordo	Discordo bastante	Não tenho posição	Concordo bastante	Concordo totalmente
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

totalmente		definida		
1	2	3	4	5

38. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

39. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

40. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

41. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

42. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

43. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

44. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

45. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

46. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

47. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

48. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

49. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

50. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

51. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração!

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



Exmo. Sr. ou Sr.^a. Encarregado (a) de Educação

Somos um grupo de alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando no estudo que estamos a realizar no âmbito da Sexualidade na adolescência. A participação dos alunos é fundamental para a viabilidade da investigação e consequente projeto de ação.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo nunca solicitada a identificação dos participantes no estudo.

Assim, de acordo com a sua decisão, pedimos que complete e devolva este documento até ao dia 10 de Maio de 2013.

Informamos que caso não obtenhamos resposta da sua parte, consideramos o pedido tacitamente aceite

Agradecemos a atenção dispensada e disponibilizamo-nos para esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Serra

Gabriela Serra

Luís Amaro

Miguel Tavares

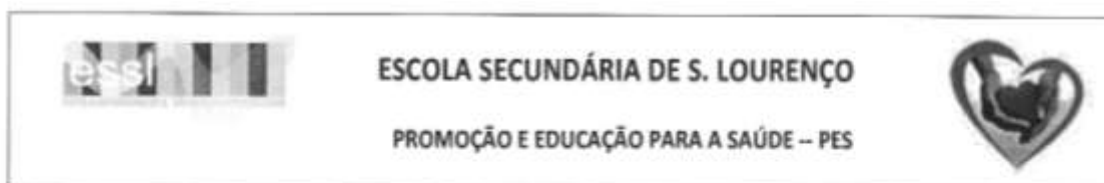
Sílvia Ronda

Eu _____ encarregado/a de educação do aluno /a
_____ da turma ____ com o nº____,
autorizo/não autorizo, a participar no estudo acima mencionado.

_____ de _____ de 2013

(assinatura do Encarregado de Educação)

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



CALENDARIZAÇÃO DE ATIVIDADES – JANEIRO 2014

TEMA: Sexualidade na adolescência

Ano	Turma	Dia	Sala	Horas	Disciplina	Professor
8º	A	15 -1-2014	9	8:35	Ciências Naturais	Filomena Ribeiro
	B	16 -1-2014	12	9:35	Física e Química	Alzira Nunes
	C	16-1-2014	19	8.30	Ciências Naturais	Luís Romão
11º	A	16-1-2014	18	10:35	Biologia e Geologia	Luís Romão
	C	15-1-2014	20	12:35	Filosofia	José Coelho
	E	15-1-2014	26	11.35	História	José Camoesas
	F	16-1-2014	21	11.35	Filosofia	José Coelho
	H	16-1-2014	1	12:35	Português	Maria da Luz Louro
Entidades envolvidas: Alunos de Mestrado em Educação Sexual Escola Superior de Saúde -- Portalegre						

A Coordenadora de PES

Maria Filomena Ribeiro