



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre



2.º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientador: Prof.^a Dra. Maria Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Paula Capão

Fevereiro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

2.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientador: Prof.ª Dra. Maria Filomena Martins

Relatório de Estágio

Paula Capão

Fevereiro
2013

© degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto.

Thomas Huxley

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que amo.

Ao meu filho Pedro, meu alicerce, meu porto seguro, meu equilíbrio.

Ao meu filho Ricardo, meu desafio, meu estímulo, meu futuro.

Á minha Mãe, minha mãe e amiga de todas as horas, minha companheira.

Ao meu Pai, meu exemplo, minha origem, minha identidade.

Á minha Tia, minha segunda mãe, minha inspiração, minha infância.

Á minha Irmã, minha confidente, meu apoio espiritual.

Á minha Nora Cristina, meu presente, minha nova família, pelo seu apoio.

A todos um **BEM-HAJA**.

AGRADECIMENTOS

A todos os jovens que participaram neste projeto...

Á Professora Doutora Filomena Martins, pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimentos...

Ao corpo de docentes que intervieram neste projeto, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira...

Aos meus filhos, pelo tempo e atenção que lhes roubei...

Á minha Nora pela sua ajuda e apoio...

Á minha Mãe, ao Meu Pai, á minha Irmã e á minha Tia, por me apoiarem e encorajarem...

... .. Obrigado!!

RESUMO

O presente Relatório é referente ao estágio de enfermagem comunitária realizado no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este relatório tem como objetivo descrever as etapas realizadas no âmbito do planeamento em saúde durante o respetivo estágio. A temática abordada foi a Sexualidade na Adolescência, tendo sido desenvolvida com a intenção de capacitar a população-alvo de forma a contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis dos adolescentes.

São descritas as atividades e estratégias desenvolvidas, os objetivos definidos bem como as competências adquiridas específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, citadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Serviram como base de fundamentação teórica das intervenções de Educação Sexual na Adolescência, as necessidades identificadas no diagnóstico de situação, efetuado previamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, bem como as necessidades referenciadas pela Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Considera-se que a Intervenção da Educação sexual teve uma avaliação positiva, uma vez que foram atingidos os indicadores propostos para os objetivos definidos.

A reflexão efetuada assenta na premissa de que o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, na capacitação de pessoas face aos processos de vida e aos problemas de saúde identificados.

Palavras-chave: Educação Sexual; Adolescência; Enfermagem Comunitária; Competências.

ABSTRACT

This report is referent to the stage of community nursing conducted within the 2.º Master's Degree in Nursing with specialization in the area of Community Health Nursing.

This report aims to describe the steps taken under the health plan during the respective stage. The theme discussed was the Adolescent Sexuality, and was developed with the intention to empower the target population in order to contribute to the promotion of healthy behaviors in adolescents.

We describe the activities and strategies developed, set goals and skills acquired specific nurse specialist in community nursing, cited by Order of Nurses.

Served as the theoretical basis for interventions in Adolescent Sexual Education, the needs identified in the diagnostic situation, previously made in School EB 2,3 Cristóvão Falcão, as well as the needs referred by the Director of Secondary School Mouzinho da Silveira.

It is considered that the intervention of sex education had a positive evaluation, once the proposed indicators were achieved for the defined objectives.

The reflection was made based on the premise that the nurse specialist in community nursing and public health practice develops a globalizing community centered on empowering people to face life processes and health identified problems.

Keywords: Sex Education, Adolescence; Community Nursing; Skills.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Frequência Relativa

& - Ampersand

1.^a - Primeiro

2.^o - Segundo

3.^a - Terceira

3.^o - Terceiro

4.^o - Quarto

4.^a - Quarta

5.^o - Quinto

7.^o - Sétimo

8.^o - oitavo

9.^o - Nono

APF - Associação para o Planeamento da Família

CEF - Curso de Educação e Formação

dir. - direção

Dra. - Doutora

EB - Escola Básica

EBCF – Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

f. – folha

GTES - Grupo de Trabalho de Educação Sexual

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

ICN - *Internacional Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IV - QUATRO

n.^o - número

OEP - Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
org. - organizador
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar
pp. - páginas
Prof^o - Professor
Prof.^a - Professora
s.d. - sem data
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
UNICEF - *United Nations Children's Fun*
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	19
1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	23
1.2.1 Modelo de Promoção da Saúde/ Teoria Cognitivo - Social.....	25
1.2.2 Promoção da Saúde Escolar.....	30
1.3 A ADOLESCÊNCIA.....	32
1.3.1 Sexualidade na Adolescência.....	34
1.3.2 Gravidez na Adolescência.....	35
1.3.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).....	36
1.3.4 Adolescência e a Contraceção.....	36
1.3.5 Adolescência e a Violência Sexual.....	37
1.3.6 Educação Sexual na Adolescência.....	38
1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL.....	39
2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	41
3 PROJETO INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA	47
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	47
3.1.1 Caracterização da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.....	48
3.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	50
3.3 IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES.....	52
3.4 OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO.....	52

3.5	SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS.....	54
3.5.1	Elaboração de Programas e Projetos.....	55
3.5.2	Recursos Financeiros	56
3.6	PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	56
3.7	EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	58
3.8	AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	60
3.8.1	Avaliação dos Resultados Face aos Indicadores e Metas	71
4	ANÁLISE DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA AREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL	72
4.1	METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	72
4.2	MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	73
4.3	AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMFERMAGEM COMUNITÁRIA	74
	CONCLUSÃO	76
	BIBLIOGRAFIA	78
	APÊNDICES	86
	Apêndice I – Projeto de Intervenção	87
	Apêndice II – Cronograma de Atividades na Área de Intervenção em Educação Sexual na Adolescência	135
	Apêndice III – Reunião com a Direção da EBCF	137
	Apêndice IV – Reunião com a Direção da ESMS	139
	Apêndice V – Plano de Sessão	143
	Apêndice VI – Sessão	146
	Apêndice VII – Cronograma das Sessões	148
	Apêndice VIII – Questionário de Avaliação	150
	Apêndice IX – Panfleto Informativo	152
	Apêndice X – Diploma	155

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fases do Planeamento.....	51
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Alunos Convocados/Presentes na EBCF	61
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação na EBCF	62
Tabela 3 - Importância da formação sobre a sexualidade e adolescência na EBCF	62
Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados na EBCF	63
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados na EBCF	63
Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida na EBCF	63
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores aos temas apresentados na EBCF	63
Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas na EBCF	64
Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência na EBCF	64
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos que identificaram pelo menos dois afetos na EBCF	64
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de o «preservativo só evita a gravidez» na EBCF	65
Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre «o uso da pílula previne IST» na EBCF	65
Tabela 13 - Alunos Convocados/Presentes na ESMS	66
Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação na ESMS	66
Tabela 15 - Importância da formação sobre a sexualidade e adolescência na ESMS	67
Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados na ESMS	67
Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados na ESMS	68

Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida na ESMS	68
Tabela 19 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados na ESMS.....	68
Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas na ESMS.....	69
Tabela 21 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência na ESMS	69
Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos que identificaram pelo menos dois afetos na ESMS	70
Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de «o preservativo só evita a gravidez» na ESMS.....	70
Tabela 24 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre «o uso da pílula previne IST»	70
Tabela 25 - Distribuição dos inquiridos face à avaliação de satisfação nas EBCF e na ESMS	71

INTRODUÇÃO

O presente Relatório está contextualizado no plano curricular de estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, que decorreu entre 13 de Fevereiro e 25 de Junho de 2012.

Este relatório tem como objetivo descrever as etapas realizadas no âmbito do planeamento em saúde durante o respetivo estágio, de forma pormenorizada e fundamentada, as atividades realizadas no âmbito do projeto. A escolha da temática, bem como o local a analisar, foi opção dos mestrandos com base na referência prévia dos professores, no sentido de dar continuidade ao trabalho já iniciado em anos anteriores pelos profissionais da referida escola e pelos alunos do I Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, dando assim resposta ao pedido de colaboração por parte do corpo docente destas escolas.

O estágio foi realizado na área de intervenção comunitária da educação sexual na adolescência, tendo sido efetuado na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, tendo o diagnóstico da situação sido efetuado apenas na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre em turmas do 8º, 9º e CEF.

Assim, o presente trabalho permitirá concluir o ciclo formativo na área da saúde comunitária, com o intuito dos mestrandos em adquirir o grau académico de Mestre de Ciências de Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Enquanto profissional de enfermagem, como tal, interveniente no processo de saúde dos indivíduos, para melhor poder intervir e responder aos desafios que se colocam na transmissão do conhecimento, também numa perspetiva de promoção da saúde, considero pertinente o estudo efetuado no âmbito da educação sexual dos adolescentes.

A prática profissional do enfermeiro deverá inserir-se num contexto de atuação multiprofissional, na qual o planeamento de saúde é um dos seus pilares.

O Internacional Council of Nurses (ICN) (2008:8) define Enfermagem como:

“O cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A

enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem”.

Sabemos que nos últimos anos o comportamento sexual em particular dos adolescentes, alterou-se substancialmente, com o início da vida sexual mais cedo, o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez precoce, esta problemática, pode acarretar implicações consideráveis na sua saúde dos jovens.

“Preocupante, preocupante, no entanto, é por exemplo o facto de mais de metade dos jovens sexualmente ativos não utilizarem qualquer forma de contraceção. Isso sim. Não só por causa do risco de gravidez – sobretudo nas primeiras relações -, mas também por causa das doenças sexualmente transmissíveis. É apenas um exemplo de como a comunicação eficaz entre adultos e adolescentes tem falhado.” (Cordeiro, 2009:25).

Fonseca (2002:96) transcreve um relato de uma adolescente após a sua primeira relação sexual, no consultório para pedir contraceção de emergência:

“ Não o quis desiludir nem estragar aquele momento mágico. Não esperávamos que fosse acontecer nesse dia e por isso não estávamos preparados. É complicado ter um preservativo á mão quando é preciso. Eu sei que corri riscos. Sei tudo dessas coisas (sida, gravidez não desejada), não me venha outra vez com essa conversa. De qualquer modo espero que isto não se repita. Não gostaria de passar novamente por esta situação.”

Assim, ajudar os adolescentes a evitar a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST), exige atividades educacionais especiais que promovam atitudes responsáveis e um comportamento sexual saudável, o que,

“Constitui um desafio, uma vez que refletir sobre esta esfera do conhecimento é quase como apostar numa corrida contra o tempo, principalmente se tivermos consciência das rápidas transformações das vivências, dos conceitos e dos discursos que se prendem, quer com a sexualidade quer com a adolescência” (Almeida, 1996:19)

A escola e o sistema educativo, pode ser considerado um espaço de eleição que tem um papel vasto na socialização sexual das crianças e dos jovens. Também as famílias, os pares, os media, participam neste processo educativo e cada um deles tem potencialidades e limitações.

Se a escola e o sistema educativo assumirem a integração das questões relativas á sexualidade humana, transmitir-se-ão diversas mensagens importantes e positivas para as crianças, para os jovens e para outros agentes de socialização, especificamente a ideia de que a sexualidade faz parte da vida escolar, nomeadamente das preocupações educativas e não deve ser uma preocupação ocultada e obscura; a ideia de que a sexualidade em si é uma componente positiva da condição humana e que, tal como todas as outras esferas da condição

humana, pode ser conhecida e abordada no contexto escolar. (Zapiain, 2002 cit. In Vilar, 2005)

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

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

A temática escolhida da Sexualidade na Adolescência, é uma área de interesse no âmbito da saúde comunitária, logo de interesse pessoal, por ser a área de especialização. Neste sentido, também vai ao encontro de uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano que se encontra ainda vigente à data de realização do presente relatório. Por sua vez, e mais concretamente na área comunitária, o Regulamento n.º 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, referindo que, este deve desenvolver a sua prática “centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção, segundo o Regulamento n.º 128/2011 (2011:8667).

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

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

Assim, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, elaboramos (alunos do 2.º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária) o Diagnóstico de Situação, junto da comunidade da Escola EB 2,3 Cristóvão

Falcão de Portalegre em turmas do 8º, 9º e CEF, de forma a identificar as atitudes e necessidades destes adolescentes no âmbito da Educação sexual.

Com base nos resultados obtidos no diagnóstico de saúde na Escola Cristóvão Falcão, desenvolvemos o nosso projeto de estágio individual, para a referida escola e também para a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, dando continuidade a metodologia do planeamento em saúde.

O presente relatório pretende descrever e refletir de forma pormenorizada e fundamentada as atividades realizadas no âmbito do projeto de estágio desenvolvido na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira no ano letivo 2011-2012.

Para o Projeto de Intervenção (Apêndice I) foi delineado como objetivo geral:

Promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 13-19 anos que frequentam a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.

Como objetivos específicos pretende-se que os adolescentes no final sejam capazes de:

- a. Compreender o significado da adolescência e da sexualidade;
- b. Identificar afetos e afetividade na adolescência;
- c. Compreender a importância do uso de métodos contraceptivos;
- d. Identificar os riscos da gravidez na adolescência;

No final os adolescentes deveram ter adquirido conhecimentos sobre:

- a. Adolescência;
- b. Sexualidade;
- c. Métodos contraceptivos;
- d. Gravidez na adolescência.

Este relatório permite-nos uma reflexão, análise crítica e auto-avaliação do nosso desempenho profissional e pessoal no decurso da sua execução, para a qual, as competências adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nas diversas Unidades Curriculares, as quais tiveram um papel primordial para a concretização dos objetivos anteriormente definidos.

O presente relatório descreve a Intervenção comunitária na área da Sexualidade na adolescência. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico que pretendemos que seja pertinente, servindo de suporte científico ao problema em estudo, seus objetivos gerais e

específicos, análise do contexto onde se efetuou o estágio, análise da população, análise reflexiva das intervenções, assim como a análise reflexiva sobre os resultados.

Este relatório é finalizado com a análise reflexiva das competências convocadas e adquiridas ao longo do estágio, e a conclusão. Este relatório encerra com as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE

No encadeamento de promoção da saúde, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, devem ser capazes de saber identificar e procurar resolver os problemas dos indivíduos/comunidade, saber tomar decisões, adquirindo habilidades nas relações interpessoais, através de uma comunicação ativa, promovendo uma relação de ajuda, o mais eficaz possível.

Neste contexto, o Planeamento em Saúde é um meio auxiliar na tomada de decisões em saúde, pois permite racionalizar os recursos de saúde, ou seja, é um dos elementos-chave do processo de gestão de prestação de cuidados à população. “Subjacentes ao Planeamento em saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência”. (António Tavares, 1990:14)

O autor refere que é na fase da definição das prioridades que se torna mais claro o princípio da equidade na distribuição de recursos, sendo nesta fase, que qualquer projeto de planeamento em saúde deve optar pelas áreas de intervenção e pela comunidade ou grupo populacional a abordar, segundo os problemas de saúde identificados previamente no diagnóstico da situação feito. É na fase da seleção de estratégias, sustenta o autor, que se encontra mais evidente o princípio da eficiência na distribuição de recursos.

Segundo Tavares (1990:16) “...o planeamento pode permitir, assim, tentar ultrapassar um das principais preocupações do economista da saúde: a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência”. O mesmo autor reconhece que é através de um planeamento em saúde bem concebido e eficaz que se poderá obter uma boa eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, podendo assim, criar estratégias de intervenção que permitam favorecer todo o tipo de população.

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

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

Este autor menciona que existem algumas características que se podem encontrar no planeamento.

- “1 – É sempre voltado para o futuro;
- 2 – É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- 3 – Pretende a racionalidade da tomada de decisões;
- 4 – Visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação;
- 5 – Implica uma ação;
- 6 – Implica uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados;
- 7 – É sistémico e de natureza multidisciplinar;
- 8 – É iterativo;
- 9 – É uma técnica de alocação de recursos;
- 10 – É um processo cíclico, em espiral;
- 11 – É uma técnica de mudança e inovação;
- 12 – É uma técnica para absorver a incerteza do futuro”. (Tavares,1990:29)

Assim, mostra que o planeamento em saúde, necessita uma identificação de problemas o mais fidedigna possível da realidade, junto das comunidades, definindo-se bem os objetivos e as prioridades, uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, por forma a permitir ganhos em saúde, numa sociedade em que cada vez mais os avanços tecnológicos e as exigências são maiores.

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

Existem diferentes tipos de tipologia de planeamento em saúde, revestindo-se o seu interesse em “fornecer ao planificador as bases teóricas que lhe permitam compreender o sistema social e institucional em que está inserido, podendo assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades que se lhe deparam.” (Tavares, 1990:31)

Expõe o autor citando Pineault e Daveluy, em 1986, que das 4 tipologias de classificação do planeamento, uma delas é segundo o seu nível. Dado que o alvo de abordagem do presente projeto é o Plano Nacional Português de Saúde, este considera-se um planeamento normativo, pois “(...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local.” (Tavares, 1990:31).

O planeamento em saúde apresenta na sua hierarquização de conceitos, os seguintes: Plano – Programa – Projeto (do mais abrangente para o mais específico).

Para a elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da Saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita facilitar as intervenções mais corretas numa determinada área, permitindo a elaboração de projetos, dirigidos quer para problemas

de saúde das comunidades, quer a nível organizacional (infraestruturas, articulação intersectorial,...). Segundo Imperatori & Giraldes (1982:9) “... as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação”.

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que deve estar de acordo com as necessidades da população à qual o projeto, programa ou plano, que visa abranger. Assim, tem-se que os planos, programas ou projetos são pertinentes quando o diagnóstico e as necessidades estão em concordância. Refere António Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”, por sua vez, necessidade “(...) exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Assim, quando se faz o diagnóstico da situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

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

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, serão definidos os critérios de decisão (fase crucial no processo de determinação de prioridades, pois juntamente com a consideração final, são ordenados de forma prioritária os problemas) e estimar e comparar os problemas. Para estabelecer as prioridades pode recorrer-se a várias técnicas, das quais se evidencia as grelhas de análise, métodos e escalas.

Seguidamente, serão definidos os objetivos no contexto do planeamento que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990:113) “... os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos”. O autor menciona que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Existem quatro aspetos/fases que se devem considerar quando se definem objetivos, segundo Imperatori & Giraldes (1982:43):

- “ - A seleção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários
- A definição dos objetivos a atingir a médio prazo
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.”

Posteriormente surge a etapa da seleção de estratégias, esta é considerada como uma das etapas mais importantes fundamentais quando se faz planeamento em saúde, pois é nesta fase que se propõe as formas de atuar. Assim, são definidas as etapas da elaboração de estratégias, segundo os mesmos autores:

- “- 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 custos futuros.
- Rever as estratégias e os objetivos (se necessário).” (Tavares, 1990:66)

Esta etapa requer uma grande criatividade dos responsáveis pelo planeamento pois quanto maior for o seu conhecimento sobre o problema em estudo maior será a probabilidade de criar novas abordagens aos problemas, sendo para tal necessário investigar sobre situações semelhantes já elaboradas.

As duas etapas seguintes são a elaboração de programas e projetos e a preparação para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde.

Aqui devem ser considerados os seus principais componentes: identificação do programa, definição de objetivos operacionais ou metas, as tecnologias os recursos, os custos e o financiamento. Assim, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais que devem corresponder aos seguintes parâmetros por forma a clarificar o mais possível as atividades, segundo Tavares (1990:169):

- “1 – O que deve ser feito;
- 2 – Quem deve fazer;
- 3 – Quando deve fazer;
- 4 – Onde deve ser feito;
- 5 – Como deve ser feito;
- 6 – Avaliação da atividade;
- 7 – Se possível: o objetivo que deve atingir;
- 8 – Eventualmente: o custo da atividade”.

A preparação da execução é a fase que apresenta mais analogias com as etapas anterior e posterior, pois alguns dos aspetos estudados na fase anterior, assim como os cronogramas elaborados servirão para a avaliação, a última etapa do planeamento.

Ainda Tavares refere que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), comportamentos (regulamento – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes do processo), métodos (procedimentos – determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as atividades).

A última etapa é a da avaliação. Para Emilio Imperatori (1982:127):

“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 objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.”

A avaliação deve ser pertinente e precisa, pois permite determinar o sucesso ou não do planeamento, para tal é necessário recorrer a critérios e normas. Como refere António Tavares (1990:205), “...critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.”

De uma forma geral, a avaliação permite fazer uma comparação entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento. O mesmo autor refere que poderão ser sistematizados alguns tipos prováveis de classificação de avaliação do planeamento, nomeadamente: a disponibilidade dos dados, tipo de dados disponíveis, implementação de atividades, as componentes dos serviços prestados e a validade.

1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

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

A Promoção tem sido considerada como um dos pilares fundamentais da saúde, começando a ser equacionada com a Declaração da Alma-Ata (1978), tendo o seu desenvolvimento na Carta de Ottawa (1986) para a Promoção da Saúde. Esta tem sido considerada o documento mais importante para o tema da Promoção da Saúde, pois nela assentam as suas bases, bem como os caminhos para passar da teoria à ação.

“A Promoção da Saúde é 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, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” Carta de Ottawa (1986).

Os objetivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, Quênia, equacionou-se a relação custo-eficácia como meio de contribuição para a resolução dos desafios que visam a melhoria da saúde das populações, a fim de diminuir o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde.

Enquanto recurso para a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas, independentemente da idade ou condição social, a promoção da saúde visa contribuir para a adoção responsável de comportamentos conducentes a estilos de vida mais saudáveis, adequados à idade, condição física e estado de saúde dos cidadãos. Este processo de capacitação – empowerment - das pessoas e das comunidades para aumentar o seu controle sobre a saúde, pela alteração de estilos de vida, tem como objetivo final gerar ganhos em qualidade de vida.

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

Assim, a promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva do sector da saúde mas de todas as organizações da sociedade de modo a estimular os indivíduos a adquirirem estilos de vida saudáveis para atingir o seu bem-estar, bem como da comunidade em que estão inseridos.

Não esquecendo que cada vez mais os ganhos em saúde são fundamentais para o bem-estar das populações, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses através das competências do enfermeiro de cuidados gerais refere que os enfermeiros devem fornecer “informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde”.

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

”É toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

1.2.1 Modelo de Promoção da Saúde/ Teoria Cognitivo - Social

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

Assim, segundo Stanhope & Lancaster (1999) existem três modelos de educação para a saúde, são eles: o Modelo Precede-Proceed, o Modelo Saúde-Doença e o Modelo de Promoção da Saúde.

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

Uma teoria pretende compreender a natureza dos comportamentos, procurando identificar os procedimentos para posteriormente alterá-los e caracterizar os efeitos das influências externas nesses eventos. Por sua vez, os modelos baseiam-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um facto.

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

Segundo Nancy Russel, (1996:8):

“As teorias da mudança de comportamento, que podem ser aplicadas em Educação para a Saúde, foram elaboradas a partir de uma variedade de áreas, incluindo a psicologia, a sociologia, a antropologia, a comunicação e o marketing. Nenhuma teoria ou rede de conceitos domina por si só a investigação ou a prática da Educação para a Saúde. Provavelmente porque os comportamentos de saúde são demasiado complexos para serem explicados por uma única teoria.”

“Qualquer ação no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária” (Carvalho & Carvalho, 2006: 17).

Segundo Stanhope & Lancaster (1999:266) “capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões (...) é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática de enfermeiros comunitários. (...) o processo de aprendizagem (...) uma mudança mensurável de comportamento, que persiste ao longo do tempo”.

Para tal, é necessário recorrer à educação para a saúde, pois tal como referem os autores é uma “base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Stanhope & Lancaster, 1999:266).

Neste sentido, surgem algumas teorias pedagógicas que ajudam a compreender o que as pessoas aprendem, projetando a forma como se podem educar os indivíduos. Os autores enumeram seis teorias pedagógicas que são úteis quando se fala em enfermagem comunitária: a Teoria Behaviorista, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria Cognitiva, a Teoria Humanista, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Crítica.

O modelo de promoção da saúde que se adequou ao nosso projeto foi formulado por Bandura em 1977, que segue as linhas orientadoras da Teoria da Aprendizagem Social - Teoria Cognitivo - Social.

Esta teoria assume que as pessoas e o seu ambiente interagem continuamente. Isto é importante perceber, que esta teoria se dirige para os fatores psicológicos que determinam os comportamentos de saúde e para as estratégias de promoção de mudança de comportamentos.

Bandura estudou o comportamento humano quando inseridos num contexto social, e defende que aprendemos não só através das nossas próprias experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações. Assim o comportamento humano é explicado através de uma teoria recíproca dinâmica, onde os fatores pessoais, influências ambientais e comportamento do indivíduo interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Todas estas influências são agrupadas de forma que nenhuma das três seja considerada uma entidade separada e Bandura denominou este entrelaçamento de determinismo recíproco, o que significa que o comportamento e o ambiente são sistemas recíprocos e que a influência é em ambas as direções. Isto é, as formas do ambiente, mantêm e limitam o comportamento, mas as pessoas não agem de forma passiva, podem criar e modificar os seus ambientes.

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo. Por um lado, partilham o princípio de que se as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo, por outro lado, diferem no aspeto em que processos cognitivos não diretamente observáveis, como expectativas, pensamentos e crenças, têm influência no comportamento.

Assim, as teorias da aprendizagem social vêm colmatar falhas existentes nas teorias anteriores pois tentam explicar os fatores que influenciam o comportamento. Se por um lado uns defendem que apenas os fatores ambientais têm influência no comportamento, desprezando os fatores hereditários ou pessoais do sujeito, por outro lado, outros afirmam que

apenas os fatores pessoais influenciam o comportamento, não dando qualquer importância ao meio que rodeia os indivíduos. Ao afirmarem que existe uma interação recíproca entre estes fatores e o próprio comportamento do sujeito, todos os três elementos influenciando-se mutuamente.

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

Albert Bandura, psicólogo canadiano foi um dos seguidores das teorias da aprendizagem social. A teoria que desenvolveu foi a Teoria Cognitivo-Social. Este psicólogo defende que se deve aprender a observar os outros. A observação de modelos exteriores acelera mais a aprendizagem do que se esse comportamento tivesse que ser executado pelo “aprendiz”. Também se deve evitar receber consequências negativas.

Os princípios básicos assentam na interação recíproca, os fatores internos (intrínsecos ao indivíduo), fatores externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Assim, abandona-se a polémica tradicional de outros autores que defendem que o comportamento apenas é influenciado por fatores ambientais e os que apenas dão valores aos fatores pessoais, ignorando os ambientais. Bandura agrupa todas estas influências, para que, nenhuma das três seja considerada uma entidade separada. O segundo princípio básico é que há uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Há quatro elementos na aprendizagem por observação:

- **Atenção.** Existe uma seleção naquilo a que se presta a atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa seleção é feita em função das características do observador e da atividade em si.
- **Retenção.** A informação observada é codificada, traduzida e armazenada no cérebro, com uma organização em padrões com forma de imagens e construções verbais.
- **Reprodução.** Consiste em traduzir as conceções simbólicas do comportamento armazenado na memória das ações correspondentes.
- **Motivação e Interesses.** Bandura defende que a aquisição é um processo diferente da execução. Para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para fazê-lo, o que pode ser alcançado através de incentivos. Experiências demonstram que um modelo de comportamento recompensado tem mais probabilidades de ser imitado pelos observadores do que um modelo cujas consequências não eram recompensadoras ou mesmo penalizadoras.

Bandura defende que as consequências condicionam o comportamento de cada indivíduo. As ações que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram negativas tendem a desaparecer.

As consequências informam os indivíduos relativamente à correção ou à conveniência da sua ação. As consequências experimentadas (recompensas ou castigos) pelos modelos transmitem informação aos observadores sobre a efetividade das ações.

Para além disso, as consequências também geram motivação para realizar as ações que geram consequências positivas noutros.

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

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

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

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

Assim, neste seguimento: A “Intervenção direta, através da participação na totalidade do processo de ensino/aprendizagem, é a orientação metodológica mais adequada” (Ferreira & Borges, 2004:136).

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 & Borges, 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 & Borges, 2004).

Para Frade, Marques, Alverca & Vilar (2003), 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.

De salientar também que existem várias determinantes sobre os jovens como o ambiente, a cultura, os contextos de socialização, as oportunidades e desafios, que implicam respostas às necessidades destes não necessariamente restringidas ao aconselhamento e serviços educativos clínicos (Mendes, 2006).

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 & Borges, 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*,2003).

Após a aplicação das técnicas de educação, há que avaliar a eficácia da ação no que respeita às mudanças desejadas e ocorridas, avaliando-se também os vários componentes da educação, como o desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação relativas à informação apresentada, ao modo como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (Frade *et al*, 2003).

A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objetivo nas sessões de educação. No processo de educação sexual, a reflexão é decisiva para

a aprendizagem, visto encorajar os adolescentes a consolidar o que aprenderam e a desenvolver uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes. Os enfermeiros poderão também ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, assim como deixar uma forma de contacto dos enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente (Ferreira & Borges, 2004).

A liberdade de escolha baseada na autonomia pessoal e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual (Mendes, 2006).

Em suma, como objetivo central pretende-se a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes melhorar a gestão dos seus processos de crescimento (Ferreira & Borges, 2004).

1.2.2 Promoção da Saúde Escolar

No que diz respeito à elaboração do presente projeto e em análise ao Plano Nacional de Saúde para os anos 2004/2010, verificou-se que as escolas em parceria com o Ministério de Saúde devem adotar estratégias de modo a promover a saúde, prevenir a doença através de ações que devem ocorrer durante o ano letivo. A OMS preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

O Ministério da Saúde definiu como metas através do Plano Nacional de Saúde (2004: 54) para “uma juventude à procura de um futuro saudável”, redução da taxa de mortalidade, redução da gravidez na adolescência, valorização da auto-apreciação do estado de saúde, inculcar hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade). Com o aumento de casos de gravidez precoce em adolescentes, o Ministério da Saúde (2004:31) refere que os “adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST”, definindo estratégias e intervenções através de parcerias entre o ministério da saúde e da educação.

A 24 de Março de 1984 com a publicação do Lei n.º 3/84, o estado português reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas, no artigo 1º refere “o estado garante o direito á educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”.

Em 1999, com a publicação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, no preambulo é referido que deve existir uma:

“... maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos

contracetivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C.”

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

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

2 — Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.”

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

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

Mencionando ainda que às escolas “... não cabe apenas a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, mas que entre as suas múltiplas responsabilidades estão o desenvolvimento de competências capazes de sustentar a aprendizagem ao longo da vida”.

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

No preâmbulo da Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, as “matérias respeitantes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido, em tempos mais recentes, particular atenção por parte da sociedade portuguesa”. Nesta portaria é definido conjuntamente entre os Ministérios da Saúde e da Educação, os conteúdos curriculares desde o primeiro ciclo até ao ensino secundário, bem como, as parcerias.

Assim, o que foi definido para o 3.º ciclo (7.º ao 9.º anos), na Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, período escolar dos adolescentes que foram alvo da nossa intervenção, foi a abordagem de temas na área da 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 ISTs 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;
- Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.”

Ao longo dos anos tem tido existido uma preocupação cada vez maior em adequar a saúde escolar às necessidades das populações sendo que esta é da responsabilidade do Ministério da Saúde em que a escola deve educar de modo a promover a saúde. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) foi publicado pelo despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho referindo que as Escolas Promotoras de Saúde são escolas que incluem “educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar” (2006:4), no entanto, para uma escola fazer parte da rede de escolas promotoras de saúde deverá ser inovadora, e implementar de forma correta práticas para a promoção da saúde.

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

1.3 A ADOLESCÊNCIA

A adolescência tem origem no latim (*adolescere* – que significa fazer-se homem ou mulher) segundo a OMS corresponde á faixa etária entre os 10 e os 19 anos, onde ocorrem grandes mudanças a vários níveis (pessoal, emocional, familiar e social), esta fase do desenvolvimento humano corresponde ao período que sucede á infância desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas, onde ocorre muitas vezes a auto-afirmação do adolescente e inúmeros processos de conflito. (Vilelas, 2009)

Não é fácil definir “adolescência”, principalmente a adolescência dos nossos dias, que em muitos aspetos se tornou mais complexa do que no passado, onde a criança rapidamente se transformava num adulto e iniciava a vida ativa, hoje como refere Braconnier & Marcelli (2000:26):

“Querer definir brevemente a adolescência é certamente uma diligência vã, falaciosa e ilusória. Contudo, a futilidade de tal empresa é traduzida por uma palavra: paradoxo. O dicionário diz-nos que um paradoxo se refere a um ser, uma coisa ou um facto que parecem desafiar a lógica porque apresenta em si mesmo aspetos contraditórios.”

Para Ferreira & Nelas (s.d.) a adolescência é um período onde os jovens constroem a sua identidade e traçam o seu caminho profissional e o projeto de vida, e esta fase da vida necessita de especial atenção porque podem surgir problemas no desenvolvimento do adolescente.

Segundo a OMS, a adolescência pode ser definida como um:

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

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

Segundo esta autora, pode caracterizar-se a adolescência como

“(…) um período de grande vulnerabilidade social e psicológica, durante o qual decorre o desenvolvimento da função reprodutiva e a determinação do indivíduo como ser único, aspetos essenciais à definição da sua personalidade, identidade sexual e aos papéis que desempenhará na sociedade” (M. Costa, 2008:7 citando Prazeres, 1998).

Assim, a adolescência, para além de uma fase de grandes mudanças, é uma fase “(…) com alguns riscos – pese embora a sua grande normalidade – e com alguma carência de fatores protetores e de resiliência e sabedoria” (Cordeiro, 2009:28). Por outro lado, a adolescência termina, como refere Ferreira & Nelas (2006:145) “(…) quando o jovem atinge a maturidade social e emocional e adquire a experiência, a habilidade e a vontade, características necessárias para assumir o papel do adulto, de acordo com os padrões culturais do meio onde vive”.

Braconnier & Marcelli (2000:57) refere que: “A adolescência é precisamente um período ao longo do qual as emoções se manifestam facilmente, com frequência e por vezes mesmo tumultuosamente.”

1.3.1 Sexualidade na Adolescência

A OMS definiu sexualidade como “uma energia que nos leva a procurar afeto, contacto, prazer, ternura e intimidade” tendo definido saúde sexual como “a aptidão para desfrutar da atividade sexual e reprodutiva, assim como a ausência de medos, de sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de crenças infundadas e de outros fatores psicológicos que inibem a atividade sexual ou perturbam as relações sexuais” (Vilelas, 2009:12).

Para Pereira e Freitas (2002) citado por Fernandes (s.d.:46) a sexualidade na adolescência provoca um “despertar de pulsões com as quais ainda não sabem lidar e a necessidade de se distanciar das suas imagens de referência geram sentimentos de grande insegurança e por vezes inadaptação”.

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

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

Em relação aos jovens e adolescentes portugueses, constata-se que cada vez mais cedo iniciam a sua atividade sexual. Se, por um lado, os elementos do sexo feminino se dizem virgens até mais tarde, os rapazes afirmam iniciar a sua vida sexual no começo da adolescência e ter mais parceiras do que elas (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998; Matos & Gaspar, 2005 citados por Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010), confirmando assim a presença do duplo padrão sexual. A vigência de um duplo padrão sexual legitima os comportamentos e atitudes do homem, caracterizadas sobretudo por um perfil de atos sexuais regulares e sem compromisso enquanto, que à mulher se reserva o papel de compromisso e responsabilidade, tanto a nível afetivo, como no que respeita à prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (Saavedra *et al*, 2010).

Para as raparigas e rapazes do estudo realizado por Saavedra, *et al* (2010), a sexualidade e as relações amorosas passam essencialmente pela definição das suas motivações para a vida sexual e pela regulação social das suas escolhas, deixando claro que a sexualidade e as

relações amorosas, mais do que uma questão individual, são, essencialmente, uma questão social e cultural em íntima ligação com o género, mais do que com o sexo.

Também referem Braconnier & Marcelli (2000:107) que “ Tendo a sexualidade sido objeto de repressão e de interditos, ela tornou-se em menos de uma geração, uma coisa aceite, mostrada, até em certos casos exibida.”

Assim o início precoce de práticas sexuais muitas vezes sem o adolescente se sentir preparado surgem como referem Braconnier & Marcelli (2000:107) como “A necessidade de normalidade pode conduzir á procura de uma relação para «fazer como toda a gente”.

1.3.2 Gravidez na Adolescência

Na adolescência existem cada vez mais comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes que incluem nomeadamente violência sexual, consumo de drogas ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes precoces e não planeadas, HIV e aborto (Vilelas, 2009).

O Alentejo é uma região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães dos 15 aos 19 anos (Isabel, s.d.). Para dar resposta às necessidades dos estudantes e tendo em conta a legislação em vigor foi publicado o Programa Nacional de Saúde Escolar em 2006, este programa deve ser usado em complementaridade com o PNS.

Os adolescentes iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual, e muitas vezes não usam corretamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar (Stanhope & Lancaster, 1999).

Segundo estudos realizados, os adolescentes que são acompanhados pela educação sexual apresentam conhecimentos relativos à prevenção da gravidez e IST, superiores aos que não estão sujeitos a este tipo de acompanhamento, contribuindo para uma vivência mais gratificante e saudável da sexualidade (Dias & Pereira, 2010).

O papel dos enfermeiros é fundamental no contexto da prevenção da gravidez na adolescência, particularmente na transmissão de informação relativamente aos estilos de vida saudáveis a praticar. A gravidez na adolescência é uma realidade cada vez mais frequente e dramática em Portugal Sente-se, portanto, uma necessidade urgente de investir em medidas

preventivas e estratégias de transmissão de conhecimentos à comunidade (Gomes & Sousa, 2005).

1.3.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A prevalência e incidência das ISTs na adolescência estão a aumentar (Bekaert, 2005 citado por Ferreira, 2008). A UNICEF afirma que, todos os anos, ocorrem cerca de 100 milhões novos casos de IST em jovens abaixo dos 25 anos, excluindo o VIH. A OMS refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (Ferreira, 2008).

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

A OMS alerta também para a existência de uma enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados. Não referente apenas ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mas também a outras doenças que, não sendo mortais ou incuráveis, podem ser potencialmente graves (Sousa, 2000).

Ajudar os adolescentes a desenvolver competências que lhes permitam negociar os níveis de intimidade e as medidas contraceptivas a usar numa relação, promovendo o pensamento crítico, a tomada de decisões e a resolução de problemas, aumenta a sua autoconfiança e capacidade de fazerem escolhas informadas, contribuindo para uma menor precocidade do início da atividade sexual, até estarem suficientemente maduros para se protegerem do VIH e de outras IST (Ferreira, 2008).

1.3.4 Adolescência e a Contraceção

“Os direitos em matéria de reprodução correspondem a certos direitos do homem já consagrados em legislações nacionais e internacionais. Têm como fundamental o reconhecimento aos casais e ao indivíduo a capacidade de decisão, livre e responsável, do número de filhos desejado e programados no seu intervalo. Devem ser informados sobre os métodos para prevenir a gravidez, assim como devem ter direito às melhores condições de saúde possíveis” (OMS, 2009).

O direito dos adolescentes relativamente à educação sexual e reprodutiva é garantido por lei e pode ser exercido independentemente da autorização de familiares ou responsáveis legais (Saíto & Leal, 2005).

Cabral (2003) afirma que, na generalidade, os conhecimentos dos adolescentes sobre anatomia e fisiologia reprodutiva e contraceção são reduzidos.

A baixa utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes está relacionada com outros fatores, como crenças erróneas relativas à conceção e à contraceção. Outro fator determinante refere-se ao papel da família na escolha de um método contraceptivo, área pouco privilegiada, tanto nos estudos realizados neste âmbito, como a nível de intervenções planeadas (Almeida, Aquino, Gaffinkin & Magnani, 2003). Alguns estudos revelam a baixa efetividade dos serviços de atendimento aos adolescentes, nesta área, como fator responsável pela baixa adesão deste grupo etário à utilização de métodos contraceptivos (Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006). Hernández, Alonso, Ysquierdo & Gonzalez (2001) referem a diminuição das sensações no ato sexual como um dos motivos pelos quais não aderem aos métodos contraceptivos, bem como a dificuldade em obter estes métodos.

É reconhecido o direito dos jovens à informação sobre todos os métodos contraceptivos, inclusive da existência da contraceção de emergência. O profissional de saúde tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha e incorporando a contraceção de emergência nas políticas públicas de saúde para os adolescentes. Esta incorporação não visa apenas facilitar o acesso e ajudar os profissionais a lidar com a questão, mas essencialmente contribui para a formação de opinião. O início cada vez mais precoce da atividade sexual é uma realidade, e as estatísticas relativas à gravidez e aborto na adolescência, corroboram essa necessidade (Saíto & Leal, 2005).

1.3.5 Adolescência e a Violência Sexual

Este foi um tema sugerido pela Diretora da Escola Mouzinho da Silveira, pelo facto de ser um problema frequente junto dos adolescentes nessa escola.

A violência sexual é crime, segundo o Código Penal Português.

Esta consiste em obrigar por qualquer meio, um indivíduo a submeter-se a qualquer forma de exposição sexual, desde o toque, a manipulação ao ato sexual sem consentimento do indivíduo, podendo apresentar-se sob varias formas desde o estupro e violação, até formas mais subtis como a pornografia, o uso de crianças para prostituição ou outras formas de exploração sexual ou exibicionismo.

As consequências do abuso sexual são graves e por vezes para toda a vida, para além dos efeitos físicos psicológicos e o traumatismo sobre a vivência de uma sexualidade normal e

adequada, há que acrescentar os riscos acrescidos das ISTs, gravidez, consumos nocivos, entre outros.

O abuso sexual é considerado nas suas diversas formas uma forma grave de maus-tratos na infância e na adolescência, quer a ONU na convenção sobre os direitos da criança, quer a Constituição Portuguesa, consideram como crime público devendo ser participado por qualquer pessoa.

A atenção, quer dos pais, quer dos educadores, é fundamental na deteção dos casos para isso é necessário estar atentos e conhecer os sinais e sintomas específicos de maus-tratos e tomar as medidas necessárias para denunciar estas situações.

1.3.6 Educação Sexual na Adolescência

A educação sexual para os jovens consiste na transmissão de informação de modo a evitar comportamentos prejudiciais à saúde. Os profissionais ao fazerem educação sexual devem ter em conta aspetos tais como sexualidade, sentimentos, liberdade, afetividade, prazer, comunicação e responsabilidade de maneira a promover a aquisição de comportamentos responsáveis (Vilelas, 2009).

Os adolescentes iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual, e muitas vezes não usam corretamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar (Stanhope & Lancaster, 1999). Segundo Perkins (1991) citado por Stanhope & Lancaster (1999) o grupo de amigos tem influência nas atitudes e comportamentos dos adolescentes, visto que se os adolescentes são sexualmente ativos é porque muitas vezes os seus amigos já o foram.

Na opinião de Correa & Neto (2004) a gravidez na adolescência, pode ser:

“ Consequência de uma experiência sexual precoce e muitas vezes devida á inexperiência e falta de informação, sendo muito difícil encontrar uma explicação para este fenómeno. Cognitivo e emocional passando rapidamente para o universo dos adultos com todas as responsabilidades que acarreta. Alguns profissionais de saúde enumeram a falta de informação e a procura duma identidade pelos adolescentes como causa provável duma gravidez precoce.”

Segundo Tiba (1996) citado por Correa & Neto (2004) o amadurecimento sexual do adolescente “acontece de forma rápida” conjuntamente com a maturidade emocional e intelectual, iniciando-se assim uma fase de independência, que muitas vezes gera pensamentos e atitudes contraditórias.

Segundo Aberastury (1983) citado por Correa & Neto (2004), “o adolescente passa por uma fase difícil de maneira a encontrar uma identidade, podendo ser um processo longo e ao mesmo tempo lento onde vão construindo a sua própria personalidade podendo surgir muitas dúvidas.”

No entanto os adolescentes têm acesso à informação mas muitas vezes falta o diálogo entre pais e filhos não bastando referir o uso de preservativos mas esclarecer todas as dúvidas e manter uma relação afetiva e o diálogo constante com os adolescentes (Correa & Neto, 2004).

Duarte (1997) citado por Correa & Neto (2004), referem que devemos compreender que a “gravidez na adolescência não é um episódio, mas um processo de busca, onde a adolescente pode encontrar dificuldade e acaba por assumir atitudes de rebeldia”. Costa (1997) citado por Correa & Neto (2004) refere que os adolescentes são precoces nas questões da sexualidade, e têm curiosidade pela sexualidade.

Figueiredo, Pacheco & Magrinho (2005:98) referem que a gravidez na adolescência é uma situação de risco,

“dado que determina um vasto conjunto de consequências adversas quer para a mãe, quer para o bebé”, podendo existir problemas obstétricos, problemas a nível social, relacional e psicológicas no entanto podem surgir também problemas a nível escolar, profissional (emprego, desemprego), baixo rendimento económico, problemas relacionais podendo conduzir a “situações de stress relacional e monoparentalidade”.

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

1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL

O enfermeiro nas suas funções de prestação de cuidados de saúde qualificados possui competências e o dever de promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante ações de educação de forma a obter ganhos em saúde. Particularmente, no caso dos jovens adolescentes, a intervenção por parte da enfermagem dada a sensibilidade desta fase do ciclo de vida em que se encontram, tem importância acrescida, enquadrando-se no conjunto de ações de educação para a saúde ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo.

“Quando o enfermeiro age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira, Carvalho, Pacheco & Teixeira, 2004:135).

O tema da sexualidade é frequentemente descurado pelos enfermeiros, aquando da prestação de cuidados ao indivíduo. Como já descrito, todos os seres humanos possuem sexualidade, são portanto, seres sexuais desde o nascimento até morrer. Todos os utentes que

o enfermeiro contacta, independentemente do estado de saúde/doença, têm portanto uma dimensão sexual.

É assim importante que o enfermeiro desempenhe ações educativas que visem incrementar a capacidade de distinguir vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal (Ferreira *et al*, 2004). Os adolescentes necessitam de compreender e interpretar os sentimentos, hierarquizando-os por intensidade, profundidade e duração. Pretende-se que os jovens adolescentes, através dos ensinamentos fiquem capacitados para harmonizar as inúmeras expressões dos sentimentos, através da vontade e do raciocínio lógico.

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

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

De acordo com o Parecer n.º 109/2009 do Conselho de enfermagem da ordem dos enfermeiros, sobre a educação sexual nas escolas, ficou estipulado que “O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009:5)

Acrescenta também uma posição oficial acerca da operacionalização da educação sexual, com princípios genéricos acerca da sua aplicação:

“...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 anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009:5).

Em suma, como objetivo central pretende-se a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes melhorar a gestão dos seus processos de crescimento (Ferreira *et al*, 2004).

2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Um diagnóstico de situação tem como objetivo identificar as necessidades de saúde de uma população, justificando desta forma intervenções necessárias. A nossa intervenção pretendeu avaliar as necessidades em educação sexual de adolescentes do 8º, 9º e CET da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

O diagnóstico de situação foi efetuado no primeiro estágio, pelos alunos do 2.º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Comunitária, foi utilizado um questionário estruturado e misto, constituído por questões abertas e fechadas, tendo sido utilizada uma linguagem simples e frases claras e curtas (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999). O instrumento utilizado consiste numa adaptação autorizada do instrumento utilizado por Martins (2007), também validado por este autor, num estudo realizado numa cidade do Norte Alentejano, e pela escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2003), num estudo também realizado em Portugal.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos dias 15 Dezembro de 2011 e 05 e 06 de Janeiro de 2012, a um total de 116 alunos. Para a operacionalização deste método de análise, recorreu-se à utilização do programa informático SPSS, com a versão 17.0.

Foi realizado um estudo descritivo com caráter exploratório e transversal, utilizando o método quantitativo.

A população-alvo do referido Diagnóstico, refere-se aos alunos do 8º, 9º e CEF, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos. A amostra inicial era de 155 adolescentes, no entanto, apenas responderam ao instrumento de colheita de dados 116, uma vez que 35 alunos pelo facto da não autorização por parte dos pais destes alunos á resposta do questionário, um aluno faltou ás aulas neste período, um desistiu e dois encontravam-se em situação de acompanhamento especial).

Após a análise dos questionários, destaca-se que a maioria dos adolescentes inquiridos é do sexo feminino (53%), com idade média de 14 anos em ambos os géneros, variando as idades entre os 12 e 19 anos.

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

Quanto à religião, a grande maioria dos jovens são católicos (84,5%), sendo que aproximadamente 47% dos religiosos afirmam que não são praticantes em relação à mesma; os restantes admitem ser praticantes. Os resultados obtidos vão ao encontro dos que M.

Martins (2007) obteve estudo, referindo que os adolescentes “han afirmado tener una religión y la mayoría de los jóvenes ha referido ser católico (89,2%)” (M. Martins, 2007:187).

Ainda, neste contexto, verifica-se que cerca de 40% dos inquiridos assumem que seguem fielmente as normas da sua religião e cerca de 38% dos indivíduos que cumprem a doutrina da sua religião admitem não se identificar com elas. Tal como anteriormente, estes resultados vão ao encontro dos que obteve M. Martins (2007) no seu estudo, referindo que “La grande mayoría de los jóvenes se han identificado como católicos, en su mayoría no practicantes y en desacuerdo con muchas de las normas. (...) la mayoría de los jóvenes no la valoran como fuente de educación sexual” (M. Martins, 2007:239).

Para cerca de 41% dos adolescentes, os amigos e as amigas, são o principal recurso para conversarem sobre sexualidade. A mãe é procurada por cerca de 17% dos inquiridos. No estudo de Vilar (2002) “o namoro, a SIDA e a menstruação são os temas mais referidos como sendo conversados frequentemente com as mães” (Vilar, 2003:275). Contudo, neste mesmo estudo, o autor refere que “os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia e os locais onde se pode obter métodos de contraceção são os que aparecem mais referenciados como “nunca” conversados” (Vilar, 2003:275). Para o mesmo autor “as razões deste silêncio prendem-se aqui com o conhecimento de que este comportamento faz parte da esfera mais íntima” (Vilar, 2003:317).

Por seu lado, concorre também para este âmbito, o que refere M. F. Martins no seu estudo (2007) “Las madres, hablan más frecuentemente sobre: el enamoramiento; los cambios corporales; la menstruación; el sida...” (M. F. Martins, 2007:232).

Para cerca de 10%, o professor também é uma escolha possível para abordar este assunto, namorados e namoradas só são o recurso para cerca de 2% dos jovens. Aproximadamente 15% não recorre a ninguém para falar sobre sexualidade.

Aproximadamente metade dos inquiridos conversa sobre sexualidade por se sentirem à vontade para o fazer. Cerca de 19% é por se sentirem confiantes e compreendidos e apenas 2% admite falar com alguém sobre sexualidade para se aconselhar.

De uma forma geral, os inquiridos que decidem não abordar o assunto da sexualidade com alguém fazem-no por não se sentirem à vontade, por este ser um assunto sem interesse para eles; ou simplesmente por não gostarem de falar. A referir ainda que cerca de 28% dos inquiridos refere que sente dificuldade em conversar com os pais.

Tal como refere M. Martins (2007:189) citando Sampaio (1993:103):

“...a comunicação pais filhos é central para ultrapassar as dificuldades do período da adolescência e a família deve adaptar-se à nova etapa do ciclo de vida através de

regras claras mas flexíveis, o espaço e o tempo familiares devem ser modificados de modo a que a família se mantenha coesa.”

M. F. Martins (2007) refere que os pais desenvolvem com os seus filhos ligações semelhantes à que estes desenvolveram, por sua vez, com os seus pais. A adolescência dos filhos é um dos períodos da vida em que tendem a reviver parte da sua história, algumas das suas atitudes e convicções no que respeita à vida sexual, concretamente a comunicação sobre sexualidade foi quase nula, permitindo perceber o “tabu” e a vergonha associados a este tema.

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

- 25% admite ter, pelo menos, um amigo com tendências homossexuais;

- A maioria dos inquiridos (82,8%) assume que está preocupado com o vírus do SIDA, este valor concorre com o apresentado por Vilar (2002) no seu estudo que refere que “A grande maioria dos jovens (84,3% dos rapazes e 84,4% das raparigas) afirmou que este assunto a preocupava...” (Vilar, 2003:310).

- Aproximadamente 63% revela preocupações relativas à sua imagem corporal. Neste sentido, também M. Martins (2007) refere que “Cuando la imagen que tiene de si es positiva y elle se valora a si mismo, esto resulta en una elevada autoestima.” (M. Martins, 2007:195)

Cerca de 78% dos inquiridos recorre a amigos para esclarecer as suas dúvidas sobre estas temáticas relacionadas com a sexualidade. Cerca de 58% recorre à mãe para abordarem estes assuntos, enquanto, que o pai é recurso para cerca de 20%. Sampaio (1993:169) citado por M. Martins (2007:235) “os amigos têm um valor insubstituível para os adolescentes. Eles olham-se, identificam-se, apoiam-se uns aos outros. (...) É por isso que eles são tão parecidos dentro do grupo.”

Relativamente aos assuntos abordados com a mãe e com o pai sobre a sexualidade constata-se que existem cinco que praticamente não são tema de conversa: os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia, a vida sexual dos adultos, a pílula e a homossexualidade. Neste âmbito, no seu estudo M. Martins (2007) destaca que “las chicas refieren no hablar o hablar poco con sus madres sobre los siguientes temas: Sexualidad de los Adultos; Pornografía; Sueños mojados y Masturbación. (...) Los chicos se revelan mucho menos comunicativos, hasta con su Madre” (Martins, 2007:224).

O namoro, as mudanças corporais na adolescência, a SIDA, outras ISTs e a gravidez são os assuntos mais falados com as mães. A menstruação é um assunto muito abordado, mas,

quase exclusivamente por jovens do sexo feminino. Com o pai destacam-se as mudanças corporais na adolescência e o namoro, como os temas mais abordados.

Quanto às outras fontes de informação disponíveis, 36% utilizam a internet para o esclarecimento de questões, enquanto, que o padre representa cerca 3%.

A maioria dos jovens considera-se bem informada sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, cerca de 3% está relativamente bem informado; pouco mais de 4% admite ter dúvidas em afirmar que se sente realmente conhecedor acerca desta temática.

Entre os inquiridos que assumem que estão relativamente ou bem informados constatou-se a existência de duas categorias de respostas:

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

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

Relativamente à importância do papel dos interlocutores na educação sexual dos jovens estudados verificou-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais significativos, seguidos da internet e televisão respetivamente. No estudo de M. Martins “El 55,8% de los jóvenes apunta, como positiva, la importancia de la televisión como fuente de Educación Sexual” (M. Martins, 2007:240). Por seu lado, os interlocutores menos valorizados foram os livros científicos, a imprensa escrita e a igreja, respetivamente.

Foi curioso verificar que, os inquiridos recorrem frequentemente aos seus amigos, colegas e mãe para conversarem sobre as suas dúvidas acerca da sexualidade; todavia, constatou-se que estes consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna para esclarecerem as suas questões relacionadas com a temática, sendo considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação. Também M. Martins (2007:236) refere que “La mayoría de los jóvenes se refieren a la Escuela como una potencial fuente de Educación Sexual.”

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

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

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

No estudo de Vilar (2002) é referido que “as atitudes face à sexualidade e religiosidade revelaram-se fatores com um peso muito significativo e parecem orientar muito claramente os fenómenos de comunicação sobre sexualidade” (Vilar, 2003:362).

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

- 15% não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade;
- 25% dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade;
- 82,8% dos adolescentes está preocupado com a problemática do vírus da SIDA.

Estes resultados poderão demonstrar o já referido sentimento de invulnerabilidade que os adolescentes por vezes manifestam nesta etapa do ciclo de vida. Outro dado ganha importância quando se revela que, concretamente na região onde foi feito o diagnóstico, existe a mais elevada taxa de gravidez na adolescência.

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

Em suma, decidiu-se organizar as necessidades numa área de intervenção mais vasta, com vista à definição de prioridades que possibilite a intervenção dos mestrandos.

As necessidades identificadas no diagnóstico de situação referem-se:

- A não recorrência a fontes de informação/agentes sobre a sexualidade;
- A dificuldade em falar sobre o tema;
- A preocupação com a problemática do vírus da SIDA.

Não foram detetadas grandes limitações ao estudo, destaca-se apenas a não autorização de alguns encarregados de educação relativamente ao preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Comparativamente a outros estudos realizados em Portugal sobre a temática, os resultados assemelham-se, conferindo validade aos resultados obtidos.

Os resultados do diagnóstico apoiam a necessidade contínua de intervenção na área da educação sexual em meio escolar, vindo confirmar a pertinência do diagnóstico no âmbito das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Dando continuidade ao planeamento em saúde serão definidas prioridades, traçados objetivos, selecionadas estratégias, preparada a execução e avaliação.

3 PROJETO INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Foi elaborado uma pequena abordagem à cidade de Portalegre e conseqüentemente, ao distrito com o mesmo nome, recorrendo-se, para tal, ao sítio oficial do Município de Portalegre.

O Distrito de Portalegre pertence à região de Alto Alentejo. Apresenta-se limitado a norte com o distrito de Castelo Branco, a sul com o distrito de Évora, a leste com Espanha, e a oeste com o distrito de Santarém., tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km², englobando 15 municípios e 86 freguesias. A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome. Portalegre é uma cidade culturalmente muito rica, rodeada de uma paisagem invejável e que tem por si capacidades turísticas intermináveis.

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

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

Relativamente à caracterização demográfica da cidade de Portalegre, com base na consulta dos Censos 2011 (pp.371), tem uma população residente de 24 930 (INE, 2011) com base nos Censos de 2001 a população residente era 25 814 (INE, 2001). Tendo perdido cerca de 3,4% da população residente desde os Censos de 2001. Relativamente ainda aos dados fornecidos pelos Censos 2011, temos que embora se mantenha uma tendência de redução na taxa de analfabetismo é no Alentejo que se verifica o valor mais elevado de 9,6% (pp.38), mas em contrapartida é no Alentejo e Centro que se verifica os maiores acréscimos, na ordem dos

13 a 14 pontos percentuais, relativamente á população com 15 anos ou mais que completou o 9º ano de escolaridade (pp.44).

Como já foi referido, o Diagnóstico da situação foi efetuado na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e com base nos resultados obtidos o Projeto de Estágio foi elaborado tendo em conta a sua aplicação na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

3.1.1 Caracterização da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira

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

Esta escola foi oficialmente criada em 9 de Setembro de 1968 pela portaria nº 23600, tendo ficado conhecida por Escola Preparatória de Cristóvão Falcão, sendo hoje em dia conhecida por Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão.

Esta escola possui 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual, Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais) e ainda Biblioteca, Sala de Informática, Sala de Reuniões/Sala de Estudo, três gabinetes para Apoios Educativos, gabinete do S.A.S.E. (Serviços de ação social e escolar), gabinete do Aluno e de Apoio à Associação de Pais e ainda o Bar/Bufete, o Refeitório, a Sala de convívio dos alunos e Papelaria, a Sala de Professores com um pequeno gabinete de trabalho anexo e Pavilhão Gimnodesportivo, construído há cerca de uma década.

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

- Alimentação racional e distúrbios alimentares;
- Prevenção de comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas);
- Educação para a Sexualidade e Afetos;

- Prevenção da SIDA;
- Prevenção da violência em meio escolar e saúde mental;
- Incremento de estilos de vida saudáveis, nomeadamente atividades físicas.

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

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira é herdeira direta do antigo Liceu Nacional de Portalegre criado em 1844. Ao longo dos anos a escola tem passado por várias instalações e denominações.

O edifício que se implantou na atual Avenida do Bonfim abriu as suas portas em Outubro de 1976. Desde esse ano, passa então a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O novo edifício vai sofrendo pequenas adaptações, consoante as necessidades, sendo no ano letivo de 2008/2009 intervencionado pelo Parque Escolar. (ESMS,2012)

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

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

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

3.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Esta intervenção, a escolha da temática, bem como o local a analisar, foi opção dos mestrandos com base na referência prévia dos professores, no sentido de dar continuidade ao trabalho já iniciado em anos anteriores pelos profissionais, dando assim resposta ao pedido de colaboração por parte do corpo docente destas escolas. Surge como resposta para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis na área da sexualidade na adolescência, é uma área de interesse no âmbito da saúde comunitária, logo de interesse pessoal, por ser a área de especialização.

Neste sentido, também vai ao encontro de uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano que se encontra ainda vigente à data de realização do presente relatório. Por sua vez, e mais concretamente na área comunitária, o Regulamento n.º 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, referindo que, este deve desenvolver a sua prática “centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção, segundo o Regulamento n.º 128/2011 (2011:8667).

Para o desenvolvimento deste projeto, como já referimos, utilizamos a metodologia do planeamento em saúde, sendo este um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010).

Como referido na introdução deste relatório, o diagnóstico de situação foi efetuado para avaliar as necessidades dos adolescentes em educação sexual do 9º e CEF da Escola Básica 2,3 – Cristóvão Falcão de Portalegre. Relativamente à nossa intervenção na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, surgiu das necessidades identificadas nesta temática e pedido de colaboração para nossa intervenção através de uma reunião realizada com a Diretora da referida escola.

As ações de formação decorreram nas instalações das escolas, com um número máximo de 20 alunos por sessão de informação na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 15 alunos no CEF. Na escola Secundária Mouzinho da Silveira tendo um número máximo de 26 alunos por sessão repartidos por 8º, 9º e CEF (10 alunos). As sessões de informação foram realizadas nos períodos de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 repartidas pelos horários facultados pela direção de ambas as escolas.

Foram alvo desta nossa intervenção juntamente com outro colega do mestrado, 23 alunos do 9º ano da Escola Mouzinho da Silveira, 26 alunos do 8º ano também da Escola Mouzinho da Silveira e 20 alunos do 9º ano da Escola Cristóvão Falcão, num total de 69 alunos.

Desta forma, as intervenções efetuadas pelo 2.º Mestrado no âmbito da sexualidade na adolescência tiveram como alvo um total de 298 alunos das referidas escolas, mais concretamente 94 alunos da Escola Básica 2,3 – Cristóvão Falcão de Portalegre e 204 alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Com base nas etapas do planeamento em saúde este foi desenvolvido em quatro fases, num processo contínuo e dinâmico, o quadro que se segue fará uma síntese dessas fases.

Fases do planeamento	Delineação
1ª Fase – Fase de diagnóstico	Permitiu analisar a situação, os fatores de risco e determinar as necessidades em educação sexual dos adolescentes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. Esta fase foi efetuada pelos alunos do 2.º Mestrado.
2ª Fase – Fase de preparação	Permitiu com base no diagnóstico de necessidades em educação sexual dos adolescentes, identificar as prioridades, definir os objetivos, determinar as estratégias de intervenção e preparar essa intervenção com os adolescentes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão extrapolando para a Escola secundária Mouzinho da Silveira. A elaboração do projeto foi um trabalho individual, posteriormente a fase de preparação foi efetuada com outro colega.
3ª Fase – Fase de Intervenção	Foram efetuadas as intervenções com outro colega por cada sessão, com avaliações permanentes, alterações e adaptações dessas mesmas intervenções, nas referidas escolas.

Quadro 2 - Fases do Planeamento

3.3 IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori & Giraldes (1982:29), “A definição, escolha ou seleção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar a segunda fase do processo de planeamento da saúde”. Refere também Imperatori & Giraldes (1982) que é nesta fase da definição de prioridades, condicionada pelo diagnóstico da situação que se fixarão os objetivos.

Assim, relativamente às conclusões do diagnóstico da situação na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, bem como ao pedido de uma intervenção pela diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, confirmou-se a necessidade de intervir na área da educação sexual, de forma a capacitar estes adolescentes a desenvolverem as competências necessárias para a tomada de decisões responsáveis, pois como foi verificado, o conhecimento dos adolescentes acerca da contraceção e do funcionamento sexual é inadequado e o facto da não recorrência a fontes de informação/agentes sobre a sexualidade, a dificuldade em falar sobre o tema e a preocupação com a problemática do vírus da SIDA, entre outras conclusões levou-nos a uma não definição de prioridades uma vez que se torna útil intervir em todas as necessidades identificadas.

3.4 OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

Como refere Tavares (1990:113) ”... os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos”. O autor menciona que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Existem quatro aspetos/fases que se devem considerar quando se definem objetivos, segundo Imperatori & Giraldes (1982:43):

- A seleção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários
- A definição dos objetivos a atingir a médio prazo
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Deste modo, foi definido o objetivo geral e os objetivos específicos.

Objetivo Geral:

- Promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 13-19 anos, que frequentem a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.

Objetivos específicos:

- 1 - Que os adolescentes no final das sessões sejam capazes de:
 - a) Compreender o significado da adolescência e da sexualidade;
 - b) Identificar afetos e afetividade na adolescência;
 - c) Compreender a importância do uso de métodos contraceptivos;
 - d) Identificar os riscos da gravidez na adolescência;
- 2 - Os adolescentes no final das sessões devem ter adquirido conhecimentos sobre:
 - a) Adolescência;
 - b) Sexualidade;
 - c) Métodos contraceptivos;
 - d) Gravidez na adolescência.

Nesta fase é necessário selecionar os indicadores, segundo Imperatori & Giraldes (1982:43) “Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” Tavares (1990) considera que os indicadores podem ser de dois tipos. Indicadores de resultado ou de impacto, os quais medem as alterações verificadas e os indicadores de atividade ou de execução que medem as atividades desenvolvidas.

Uma vez que com os indicadores de impacto se prevê a alteração de comportamentos ou do estado de saúde da população, estes não foram passíveis de ser definidos, uma vez que estas alterações só poderiam ser visíveis a médio e longo prazo, o que não seria possível durante este estágio. Assim, foram definidos os indicadores de atividade ou de execução.

Indicadores de atividade ou de execução:

- Realizar 3 sessões de Educação para a Saúde
- Que 95% dos alunos convocados estejam presentes
- Que 80% dos adolescentes respondam ao questionário
- Que 80% dos adolescentes respondam ao questionário com nível de “satisfeito”.

3.5 SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A **selecção de estratégias** é uma etapa de vital importância, uma vez que visa determinar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, tendo como objetivo utilizar os recursos de forma eficaz.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 30), estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde”.

Tendo como objetivo geral “promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 13-19 anos, que frequentem a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012”, para a elaboração deste projeto de intervenção comunitária foram desenvolvidas as seguintes estratégias:

- Desenvolver as sessões de educação para a saúde, tendo por base:
 - A revisão bibliográfica referente á temática a desenvolver;
 - A revisão da legislação existente do Ministério da saúde e do Ministério da educação; na revisão bibliográfica referente á temática a desenvolver;
 - A revisão da legislação relativa às competências do enfermeiro especialista pronunciada pela Ordem dos Enfermeiros;
 - A revisão bibliográfica referente á temática da Promoção da Saúde e as orientações da OMS para a sexualidade na adolescência;
- Definir um modelo e uma teoria de promoção da saúde, com o objetivo de sustentar as sessões que efetuámos;
- Estabelecer uma parceria entre a ESSP e a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão para a elaboração do Diagnóstico de Situação bem como para planear a nossa intervenção junto aos alunos Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre e da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão;
- Realizar reuniões de orientação entre a Equipa Coordenadora do 2.º mestrado em enfermagem e os mestrados no sentido de uniformizarmos procedimentos em relação às sessões de educação para a saúde;
- Realizar reuniões com a Direção das referidas escolas para determinar a necessidade da distribuição de pedido de autorização aos pais para a resposta ao questionário utilizado para o diagnóstico de situação;

- Elaborar um plano de sessão com os conteúdos a abordar com base nos resultados obtidos e das necessidades identificadas.

3.5.1 Elaboração de Programas e Projetos

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 85), define um programa como o conjunto de atividades necessárias á execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros geridos por um mesmo organismo. Assim para por em prática as estratégias atrás referidas foram utilizados os seguintes recursos:

- Quanto aos recursos materiais a preocupação está na definição das ferramentas que fazem falta, que equipamentos e infraestruturas são necessários. Em relação aos meios técnicos estes permitem as alternativas técnicas e as tecnologias a utilizar, para a realização das intervenções foi necessário como recursos:

- Sala de aulas da Escola Secundária Mourinho da Silveira e da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão
- Quadro;
- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Meios áudio visuais (filmes);
- Suportes didáticos (panfletos e diploma e Métodos contraceptivos).

- A determinação dos recursos humanos é também uma tarefa indispensável para o sucesso de um projeto. São os recursos (humanos, materiais, técnicos e financeiros) que assumem o papel fundamental na execução do projeto.

Como recursos humanos envolvidos especificamos:

- Equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem;
- Alunos do 2.º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- Alunos das turmas do 9ºC e 8ºB da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e alunos do 9ºC da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão;
- Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, diretores de turma e restantes professores.

3.5.2 Recursos Financeiros

À partida qualquer projeto desde a sua conceção até á sua implementação acarreta custos e este não é exceção. O nosso grupo de trabalho constituído como já foi referido por dois elementos do 2º Mestrado em Enfermagem, utilizou os recursos financeiros para o pagamento de fotocópias dos questionários, panfletos e diplomas, sendo os custos divididos pelos elementos do grupo.

Em relação aos métodos contracetivos utilizados estes foram fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde de Estremoz.

Projeto é segundo Imperatori & Giraldes (1993: 86), 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

Desta forma, o Projeto de Intervenção na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola secundária Mouzinho da Silveira, teve inicio em Dezembro de 2011 com o diagnóstico de Situação e terminará com a concretização deste relatório.

3.6 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução é a etapa seguinte, esta coloca em prática tudo o que foi planeado, assumindo uma importância significativa para os participantes do projeto, possibilitando a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”. Assim foi elaborado um cronograma que permite a visualização dos tempos em que cada atividade foi desenvolvida. (Apêndice II)

A Preparação da Execução teve por base o modelo de promoção da saúde que se adequou ao nosso projeto, formulado por Bandura em 1977, que segue as linhas orientadoras da Teoria da Aprendizagem Social - Teoria Cognitivo - Social.

Para a preparação da execução foi necessário desenvolver um plano operacional que decorreu da seguinte forma:

- Após a escolha do tema, estabelecer uma parceria entre a ESSP e a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão para a elaboração do Diagnóstico de Situação no 1º estágio, bem como para planear a nossa intervenção junto aos alunos Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre e da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão;

- Efetuar pesquisa bibliográfica, em todas as etapas do planeamento, tais como, para o desenvolvimento do diagnóstico de saúde efetuado no estágio I, para o projeto individual e para todo o desenvolvimento do estágio desenvolvido neste relatório;

- Desenvolver o Diagnóstico de situação para posterior elaboração do projeto individual (Apêndice I);

- Realizar reuniões com a Direção das referidas escolas (Apêndices III e IV) para determinar a necessidade da distribuição de pedido de autorização aos pais para a resposta ao questionário utilizado para o diagnóstico de situação, utilizado apenas na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, pois a Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira não considerou necessário. As reuniões a realizar teriam como finalidade a identificação das necessidades dos alunos relativamente á temática a desenvolver uma vez que já tinham sido abordados alguns temas em contexto de sala de aula, e sugerirem a melhor forma de apresentação das sessões de educação para a saúde, assim como a marcação dos horários das mesmas. A seleção das turmas foi efetuada pelas direções da escola e com a Coordenação do 2.º Mestrado em Enfermagem

- Após o início do estágio, realizar reuniões de orientação entre a Equipa Coordenadora do 2.º mestrado em enfermagem e os mestrados no sentido de uniformizarmos procedimentos em relação às sessões de educação para a saúde, assim como a divisão dos mestrados em subgrupos, para as reuniões com a direção das escolas. Os sub grupos para a apresentação das sessões e a escolha das metodologias e técnicas pedagógicas que mais se adequavam ao contexto em que a sessão, foram compostos por dois mestrados cada;

- Elaborar um plano de sessão (Apêndice V) com os conteúdos a abordar com base nos resultados obtidos e das necessidades identificadas;

- Elaborar a sessão (Apêndice VI) com outro colega de mestrado para ser aplicada em três intervenções de educação para a saúde, aos alunos do 9º C, 8º B da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 9º C da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, cada sessão teria a duração de 90 minutos e decorreriam nos dias 12 e 13 de Abril de 2012 (Apêndice VII). Fazer uma abordagem aos métodos e técnicas a utilizar. Optámos por uma combinação de técnicas como forma de otimizar o trabalho, utilizando aquelas que melhor se adaptaram á participação das pessoas no desenvolvimento do projeto.

Os métodos pedagógicos que melhor se adaptaram foram os seguintes:

- Expositivo;
- Debate;
- Interrogativo.

As técnicas pedagógicas utilizadas foram as seguintes:

- Visionamento de filmes temáticos;
- Elaboração de panfleto
- Técnica do Brainstorming;

A intervenção foi elaborada tendo em atenção a média de idades dos adolescentes, os objetivos do projeto elaborados a partir das necessidades identificadas no diagnóstico de situação, a legislação em vigor no que diz respeito ao 3º ciclo, e o modelo de promoção de saúde que se adequou ao nosso projeto, formulado por Bandura em 1977, que segue as linhas orientadoras da Teoria da Aprendizagem Social - Teoria Cognitivo - Social.

3.7 EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A nossa intervenção iniciou-se com a apresentação dos formadores, fazendo referência ao tema de debate e aos objetivos da sessão. Pelo facto de a população alvo ter uma média de idades de 14 anos e como forma a quebrar o gelo e captar a atenção dos alunos, utilizamos um filme que se intitulava “Lagoa Azul” um resumo da longa-metragem com o mesmo nome, para apresentação do tema, que retrata o desenvolvimento da sexualidade como sendo um acontecimento natural do ser humano. No decorrer do mesmo, foram sendo feitos comentários oportunos que iam caracterizando as várias fases de desenvolvimento da adolescência e da sexualidade na adolescência.

A sessão foi desenvolvida para dar resposta ao objetivo geral do projeto: Promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 13-19 anos que frequentam a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.

Tendo em conta os objetivos específicos, foram desenvolvidas as seguintes temáticas:

1ª Temática - Adolescência/sexualidade

Esta temática foi desenvolvida para dar resposta aos objetivos específicos:

- Que os adolescentes no final sejam capazes de:

- Compreender o significado da adolescência e da sexualidade, bem como, ter adquirido conhecimentos sobre a adolescência e sexualidade.

Esta temática, estreou-se com uma breve abordagem sobre o significado da adolescência e o desenvolvimento que a caracteriza, tanto ao nível do desenvolvimento físico, como

emocional e intelectual, foi valorizada a importância da adaptação e aceitação das transformações características desta fase da vida. A apresentação foi feita com o auxílio de diapositivos e gráficos dos estágios de maturação sexual que representam a evolução dos caracteres sexuais secundários femininos e masculinos.

2ª Temática - Sexualidade/afetos/afetividade

Esta temática foi desenvolvida para dar resposta aos objetivos específicos:

- Que os adolescentes no final sejam capazes de:
 - Identificar afetos e afetividade na adolescência; e ter adquirido conhecimentos sobre sexualidade.

Para atingir este objetivo a metodologia utilizada foi a técnica de Brainstorming com a utilização dos afetos envolvidos na sexualidade e a visualização de um filme sobre os afetos na sexualidade, que se intitulava “Adolescência e Sexualidade”, foram utilizados diapositivos com gráficos e a definição de sexualidade para a OMS, a importância da educação sexual, os fatores que influenciam a sexualidade e a aceitação das diferenças de orientação sexual, discriminação e os estereótipos, foi utilizado o método interrogativo e expositivo para a tomada de decisão sobre “quando iniciar a vida sexual”. Foi também abordado o tema da violência no namoro através dos métodos expositivo, de debate e interrogativo e a apresentação de um filme que se intitulava “Violência no Namoro”.

3ª Temática – Métodos Contracetivos/Prevenção/SIDA

Esta temática foi desenvolvida para dar resposta aos objetivos específicos:

- Que os adolescentes no final sejam capazes de:
 - Compreender a importância do uso de métodos contracetivos, adquirindo conhecimentos sobre os mesmos.

Para atingir este objetivo e tendo em conta que a média de idades dos alunos era de 14 anos foi feita uma abordagem apenas de dois métodos anticoncepcionais, um hormonal (pilula) e um de barreira (preservativo), dando especial atenção á prevenção de uma gravidez indesejada e á prevenção das ISTs, tendo sido focado a problemática da Sida com o visionamento de um filme intitulado “ A bola Humana” e dados estatísticos fornecidos pela DGS, foi utilizado o método expositivo com diapositivos e distribuídos exemplares dos dois métodos anticoncepcionais para permitir a familiarização com os mesmos, também foi utilizado os métodos interrogativo e de debate.

4ª Temática - Gravidez na adolescência

Esta temática foi desenvolvida para dar resposta aos objetivos específicos:

- Que os adolescentes no final sejam capazes de:

- Identificar os riscos da gravidez na adolescência, adquirindo conhecimentos sobre a mesma:

Para atingir este objetivo foi utilizado o método expositivo com a ajuda de diapositivos, interrogativo para a questão “É possível engravidar apenas com uma única relação sexual?” e de debate, evidenciando as consequências de ter relações sexuais sem proteção enfatizando algumas das problemáticas que surgem quando acontece uma gravidez na adolescência.

Todas as intervenções realizadas com os alunos foram efetuadas nas Escolas e envolveram a participação ativa dos adolescentes, num ambiente de diálogo construtivo;

No final da sessão foi entregue um questionário de avaliação da sessão (Apêndice VIII), um panfleto informativo (Apêndice IX) efetuado por nós do resumo da sessão e um diploma de frequência da sessão (Apêndice X).

3.8 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A avaliação deve conter, um referencial que lhe permita estabelecer relações entre o alcançado e o que se pretende alcançar. A avaliação de um projeto só é possível se houver uma escolha criteriosa de indicadores, bem construídos e apropriados que devem ser adequados à realidade da população alvo e que implicam um importante trabalho de recolha e análise dos dados.

Deste modo, a aquisição dos conhecimentos foi sendo avaliada no decurso de todas as sessões, através da colocação de questões e discussão das temáticas em causa, as quais foram respondidas com êxito por parte dos adolescentes.

Como avaliação final destas intervenções de educação para a saúde, foi utilizado um modelo de avaliação, que consistiu no preenchimento de um questionário por parte dos presentes no final de cada sessão, para avaliação da mesma. (Apêndice VII)

O questionário utilizado foi efetuado por todos os mestrandos que efetuaram o diagnóstico de situação, assim a análise desse questionário será aqui a apresentada, mas será também efetuada uma análise direcionada para dar resposta aos indicadores e metas definidas no projeto.

A análise dos resultados obtidos dos questionários de avaliação dos alunos face às sessões, foi feita por Escola, uma vez que o diagnóstico de situação foi efetuado apenas na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e as sessões foram efetuadas na referida escola e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

O questionário apresenta dez questões, as primeiras seis questões referem-se à avaliação que os estudantes adolescentes atribuíram à sessão ministrada (seis questões de escolha múltipla e uma aberta). São avaliados os itens: importância deste tipo de formação, satisfação em relação aos temas abordados, satisfação em relação às informações fornecidas, adequação dos meios, domínio dos temas pelos formadores e esclarecimento de dúvidas de forma adequada.

As questões 7 e 8 referem-se à problemática da educação sexual e avaliam: a responsabilidade e liberdade na adolescência e os afetos envolvidos na sexualidade.

As questões 9 e 10 referem-se à problemática das ISTs e avaliam o método contraceutivo preservativo relativamente à gravidez e o método contraceutivo pílula em relação às ISTs.

São apresentadas 6 questões de escolha múltipla, duas perguntas abertas e três com escala de Likert. Foi utilizada a estatística descritiva no cálculo de frequências e medidas de tendência central.

Resultados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

A Tabela 1 é representativa do número de alunos convocados para a apresentação das sessões de educação sexual e os alunos presentes.

Escola 2,3 Cristóvão Falcão	Nº	%
Total de alunos convocados	20	100,00
Total de alunos presentes	20	100,00

Tabela 1 - Alunos Convocados/Presentes na EBCF

Na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão estiveram presentes nas sessões de educação sexual todos os alunos convocados.

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

Importância da formação	Nº	%
Não	0	0,00
Sim	20	100,00
Total	20	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação na EBCF

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

Importância da formação	Nº
Mais e melhor informação	2
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	1
Esclarecimento das suas dúvidas pessoais	1
Preparação para a vida	5

Tabela 3 - Importância da formação sobre a sexualidade e adolescência na EBCF

Em primeiro lugar, importa referir que 10 jovens não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade, existindo 1 resposta impercetível ou impossível de categorizar – por essa razão foram igualmente excluídas da análise de resultados.

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

- 2 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
- 1 refere que a formação foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 1 mencionou ser particularmente importante no esclarecimento das suas dúvidas pessoais sobre estes assuntos;
- 5 referem que agora se sentem melhor preparados para a vida futura.

Satisfação com os temas	Nº	%
Muito insatisfeito	1	5,00
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	5,00
Satisfeito	4	20,00
Muito satisfeito	14	70,00
Total	20	100,00

Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados na EBCF

Apenas cerca de 10% do total da amostra se mostrou insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados.

Aproximadamente 20% dos inquiridos admitem ter ficado satisfeitos e 70% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Meios utilizados	Nº	%
Não	0	0,00
Sim	20	100,00
Total	20	100,00

Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados na EBCF

A totalidade da amostra estudada considera que os meios utilizados foram adequados à formação.

Satisfação com a informação fornecida	Nº	%
Satisfeito	8	40,00
Muito satisfeito	12	60,00
Total	20	100,00

Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida na EBCF

Dos 20 jovens inquiridos, 40% mostrou-se satisfeita ou mesmo muito satisfeita (60%) relativamente à referida formação.

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

Domínio dos temas	Nº	%
Suficiente	1	5,00
Bom	3	15,00
Muito bom	16	80,00
Total	20	100,0

Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores aos temas apresentados na EBCF

A totalidade da amostra faz uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

Cerca de 5% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Aproximadamente 15% e 80% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respetivamente.

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	Nº	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	10,00
Satisfeito	7	35,00
Muito Satisfeito	11	55,00
Total	20	100,00

Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas na EBCF

Do total de inquiridos 2 admitem ter ficado nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Cerca de 35% assumem que ficaram satisfeitos e 55% muito satisfeitos em relação à adequação da formação para o esclarecimento das suas perplexidades.

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

Liberdade e responsabilidade na adolescência	Nº	%
Sem opinião	1	5,00
Concordo	7	35,00
Concordo totalmente	12	60,00
Total	20	100,00

Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência na EBCF

Todos os jovens admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, exceto 1 inquirido que não tem opinião formada sobre a questão; cerca de 35% concorda e 60% concordam totalmente com esta afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

Identificaram pelo menos dois Afetos	Nº	%
Sim	20	100,00
Total	20	100,00

Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos que identificaram pelo menos dois afetos na EBCF

Relativamente á questão oito, concluímos que a totalidade dos alunos identificou pelo menos dois afetos.

O preservativo só evita a gravidez	Nº	%
Discordo totalmente	9	45,00
Discordo	5	25,00
Sem opinião	1	5,00
Concordo	4	20,00
Concordo totalmente	1	5,00
Total	20	100,0

Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de o «preservativo só evita a gravidez» na EBCF

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

Existindo 1 jovem que não manifestou opinião sobre o assunto e é preocupante, contudo, verificar que 25% do total da amostra concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceutivo.

O uso da pílula previne IST	Nº	%
Discordo totalmente	13	65,00
Discordo	2	10,00
Sem opinião	1	5,00
Concordo	3	15,00
Concordo totalmente	1	5,00
Total	20	100,00

Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre «o uso da pílula previne IST» na EBCF

Mais uma vez, se constata que a maioria dos jovens que compõem a amostra em estudo responderam corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para as IST. Ou seja, cerca de 75% discordaram que assim o seja.

Estranhamente, observa-se um total de aproximadamente 20% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

Análise dos resultados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

A Tabela 13 é representativa do número de alunos convocados para a apresentação das sessões de educação sexual e os alunos presentes

Escola Secundária Mouzinho da Silveira	Nº	%
Total Alunos convocados	49	100,00
Total de alunos presentes	46	93,88

Tabela 13 - Alunos Convocados/Presentes na ESMS

Há que ressaltar o facto de que responderam ao inquérito de avaliação cerca de 46 alunos, ao invés dos inicialmente previstos 49 alunos, dado 1 aluno ter faltado e 2 alunos terem sido chamados à direção da escola, aquando das sessões, não tendo, por essas razões, realizado o inquérito.

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

Importância da formação	Nº	%
Sim	45	97,83
Não responde	1	2,17
Total	46	100,0

Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação na ESMS

Tal como na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, a totalidade da amostra em estudo reconheceu como importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência.

Importância da formação	Nº
Maior qualidade e quantidade de informação	13
Mais alerta e desperto para os perigos	5

Importância da formação	Nº
Evitar erros futuros	1
Sentimento de segurança	2
Início de vida sexual mais seguro	1
Uma forma de crescer	3
Melhor preparação para a vida	5

Tabela 15 - Importância da formação sobre a sexualidade e adolescência na ESMS

Importa sublinhar, desde já, que 16 dos jovens inquiridos não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

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

- 13 jovens justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;
- 5 jovens referem que a formação foi importante para estarem mais alerta e despertos para os perigos em torno da sexualidade;
- 1 jovem mencionou ter sido particularmente importante para evitar erros no futuro;
- 2 jovens acham que uma formação destas serve, sobretudo, para lhes dar um sentimento de segurança face ao desconhecido;
- 1 jovem destaca a ideia de que vai conseguir ter um início da sua vida sexual mais seguro;
- Para 3 dos jovens inquiridos a participação nesta formação foi uma forma de crescer;
- 5 jovens referem que agora se sentem melhor preparados para a vida.

Satisfação com os temas	Nº	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	2,17
Satisfeito	22	47,83
Muito satisfeito	23	50,00
Total	46	100,0

Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados na ESMS

Destaca-se que mais de 2,2% se mostraram indiferentes em relação à referida formação.

Por sua vez, mais de 97% referem ter ficado satisfeitos (47,8%) ou muito satisfeitos (50%) relativamente aos temas abordados.

Meios utilizados	Nº	%
Sim	46	100,00
Total	46	100,00

Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados na ESMS

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

Satisfação com a informação fornecida	Nº	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	2,17
Satisfeito	24	52,18
Muito satisfeito	21	45,65
Total	46	100,0

Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida na ESMS

Cerca de 2,2% apresentam-se nem satisfeitos nem insatisfeitos em relação à informação fornecida através da formação.

Mais de 50% ficaram satisfeitos e cerca de 45,7% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na formação sobre sexualidade e adolescência.

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

Domínio dos temas	Nº	%
Suficientes	2	4,35
Bons	16	34,78
Muito bons	28	60,87
Total	46	100,0

Tabela 19 - Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados na ESMS

À semelhança dos jovens inquiridos da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão; também estes fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

Cerca de 4% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. Aproximadamente 34% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas

apresentados e cerca de 60% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	Nº	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4,35
Satisfeito	20	43,48
Muito Satisfeito	23	50,00
Não responde	1	2,17
Total	46	100,00

Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas na ESMS

Apenas 4,35% do total da amostra se demonstrou nem satisfeita nem insatisfeita relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência.

Mais de 43% admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 50% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

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

Liberdade e responsabilidade na adolescência	Nº	%
Discordo	2	4,35
Sem opinião	1	2,17
Concordo	13	28,26
Concordo totalmente	29	63,04
Não responde	1	2,17
Total	46	100,0

Tabela 21 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência na ESMS

Cerca de 4 % dos inquiridos não consideram que a adolescência seja uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Mais de 2% não têm opinião sobre o assunto.

Pouco mais de 28% concorda com esta afirmação e 63% concordam totalmente.

Identificaram pelo menos dois Afetos	Nº	%
Sim	44	95,65
Não responde	2	4,35
Total	46	100,00

Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos que identificaram pelo menos dois afetos na ESMS

Relativamente á questão oito, concluímos que a totalidade dos alunos identificou pelo menos dois afetos.

O preservativo só evita a gravidez	Nº	%
Discordo totalmente	31	67,39
Discordo	11	23,91
Concordo	2	4,35
Concordo totalmente	2	4,35
Total	46	100,0

Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de «o preservativo só evita a gravidez» na ESMS

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceutivo.

Ao contrário do que se verificou na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão constatou-se que sensivelmente cerca de 8% do total de inquiridos na Escola Mouzinho da Silveira admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	28	60,87
Discordo	11	23,91
Sem opinião	1	2,17
Concordo	4	8,70
Concordo totalmente	2	4,35
Total	46	100,0

Tabela 24 - Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre «o uso da pílula previne IST»

Tal como na resposta à pergunta anterior, verifica-se que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Mais de 83% discordam desta premissa.

Todavia, é surpreendente constatar-se que um total de 13% de inquiridos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

3.8.1 Avaliação dos Resultados Face aos Indicadores e Metas

Foram definidos quatro indicadores de atividade ou execução, para avaliação da sessão que efetuamos, relativamente ao primeiro indicador “número de sessões efetuadas” a meta definida foi atingida, pois o número de sessões efetuadas foi o número de sessões que estava previsto efetuar ou seja de 100,0%. O segundo indicador refere-se ao “ numero de alunos presentes nas sessões” a meta era 95% , foi atingida pois os resultados confirmaram 96,95 de alunos presentes. Com terceiro indicador pretende-se que 80% dos adolescentes respondam ao questionário, a meta foi atingida pois apenas 2,725% dos adolescentes não responderam em apenas quatro itens; relativamente ao quarto indicador pretende-se que 80% dos adolescentes respondam ao questionário com nível de satisfeito, a meta foi atingida foi superior a 92% nos itens de avaliação de satisfação, conforme confirma a tabela que se segue.

Nível de satisfação	EBCF (%)	ESMS (%)	TOTAL (%)
Importância da formação	100,00	97,80	98,9
Satisfação com os temas	90,00	97,80	93,9
Adequação dos meios utilizados	100,0	100,0	100,0
Satisfação com a informação fornecida	100,00	97,9	98,95
Domínio dos temas	95,00	95,7	95,35
Satisfação no esclarecimento de dúvidas	90,00	94,4	92,2

Tabela 25 - Distribuição dos inquiridos face à avaliação de satisfação nas EBCF e na ESMS

As tabelas nº9, nº11, nº21 e nº23 referem-se a questões de avaliação aquisição de conhecimentos após as sessões, embora não integrem as metas propostas, serviram para nós refletirmos sobre os resultados e é surpreendente verificar que por exemplo na Escola EB 2,3 Mouzinho da Silveira cerca de 25% dos adolescentes responderam que “o preservativo só evita a gravidez” e 20% assume que “o uso da pilula previne as ISTs”.

4 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL

Após a concretização deste estágio foi feita uma reflexão do trabalho desenvolvido durante o mesmo. O estágio decorreu no período de 13 a 25 de Junho e incidiu na área da promoção da educação sexual em adolescentes do concelho de Portalegre na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Abrangeu uma população de 281 alunos do 7º e 8º ano e CET. As idades variaram entre 12 e 19 anos e a média de idades rondava os 14 anos. O diagnóstico de situação foi efetuado na Escola EB Cristóvão Falcão pelos alunos do 2.º Mestrado em Enfermagem tendo o mesmo sido dividido em quatro sub grupos para a realização do estágio com 14 sessões na totalidade. O nosso grupo composto por dois mestrados, realizou 3 sessões de educação para a saúde tendo por base o projeto individual. As sessões abrangeram uma população de 86 Alunos do 7º e 8º ano com uma média de idades de 14 anos. As sessões tiveram a duração de 90 minutos cada distribuídas nos dias 12 e 13 de abril de 2012 de acordo com as disponibilidades fornecidas pelas escolas.

4.1 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia de trabalho utilizada durante o estágio foi o planeamento em saúde em todas as suas fases, conforme apresentado neste relatório. A utilização desta metodologia permitiu a racionalização dos recursos disponíveis de forma a atingir os objetivos que visaram dar resposta às necessidades identificadas. Assim foi possível realizar uma correta articulação entre todos os intervenientes o que contribuiu para o sucesso das atividades desenvolvidas.

Os objetivos planeados para as intervenções foram definidos tendo em conta as necessidades encontradas no diagnóstico de situação, as reuniões efetuadas com a direção das escolas, as orientações do plano nacional de saúde 2004/2010 na área da saúde do adolescente e a legislação em vigor e também as competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.

Apenas foram elaborados indicadores de atividade ou de execução, para os objetivos definidos, tendo sido atingidos na sua globalidade, não foram definidos indicadores de

impacto, uma vez que a avaliação destes prevê a alteração de comportamentos, o que não seria possível durante o período de duração de estágio.

4.2 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para o planeamento das atividades a realizar durante o estágio foi utilizada a teoria sociocognitiva de Bandura, no âmbito da promoção da saúde. Esta teoria mostra como, determinantes em saúde tais como os fatores comportamentais ambientais e pessoais interagem e se influenciam. Pretendeu-se utilizar os quatro elementos na aprendizagem por observação:

- **Atenção.** Existe uma seleção naquilo a que se presta a atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa seleção é feita em função das características do observador e da atividade em si.

- **Retenção.** A informação observada é codificada, traduzida e armazenada no cérebro, com uma organização em padrões com forma de imagens e construções verbais.

- **Reprodução.** Consiste em traduzir as conceções simbólicas do comportamento armazenado na memória das ações correspondentes.

- **Motivação e Interesses.** Bandura defende que a aquisição é um processo diferente da execução. Para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para fazê-lo, o que pode ser alcançado através de incentivos.

Através da utilização de filmes onde os protagonistas eram adolescentes, com necessidades, experiências e vivências semelhantes, estatísticas reveladoras da importância de adotar comportamentos saudáveis (nºs de mortes e contaminados pelo vírus da sida a nível mundial), o diálogo entre os mestrandos e os alunos numa revelação e partilha de experiências vividas por parte dos alunos e a observação do meio que os rodeia. Desta forma as sessões foram desenvolvidas através da utilização de uma metodologia e técnicas pedagógicas participativas, que permitiu aos adolescentes expressarem as suas opiniões, dúvidas e sentimentos. Nós como formadores pretendemos ter um papel moderador e facilitador durante as sessões fornecendo a informação e promovendo a aprendizagem.

4.3 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Verificamos que o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária envolve uma responsabilidade adicional, com a promoção de comportamentos saudáveis que permite o crescimento sustentável do adolescente enquanto pessoa responsável pela sua saúde.

Neste sentido a OEP define as competências específicas para os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que segundo “o Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667, artigo 4ºb), devemos contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, desta forma, as atividades desenvolvidas serviram para atingir os objetivos definidos, conforme as competências mobilizadas e adquiridas nesta intervenção comunitária na área da educação sexual, que foram as seguintes:

- Houve a colaboração direta na elaboração do diagnóstico de saúde dentro do prazo de tempo previsto para a identificação das atitudes dos adolescentes face á sexualidade de forma a contribuir para uma vida saudável;
- Foram identificadas as necessidades em saúde do grupo de adolescentes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão;
- Foi concebido, planeado e implementado o projeto de intervenção de saúde; conforme o programa de intervenção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado;
- Foram adquiridos conhecimentos na elaboração de indicadores em saúde;
- Foram partilhadas informações relativamente ao diagnóstico em saúde com as escolas alvo das intervenções;
- Foi tomada em conta as necessidades em saúde desta comunidade mediante as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde;
- Foram definidos objetivos mensuráveis tendo em conta a que se tratava de um estágio de mestrado com tempo pré definido;
- Foram elaboradas estratégias tendo em conta os recursos disponíveis nas comunidades escolares;
- Foram elaboradas as sessões a apresentar baseadas na evidência científica e técnicas de comunicação sustentadas pelo modelo de promoção da saúde, baseado na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura;
- Foram mobilizados conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação no processo de capacitação dos adolescentes;

- Foram concebidos instrumentos adequados á disseminação da informação, em forma de panfleto, com o resumo da sessão apresentada;
- Foi efetuada avaliação da satisfação dos adolescentes face á pertinência das atividades desenvolvidas durante as sessões de educação para a saúde;

Pensa-se ter conseguido desenvolver em cada adolescente, uma tomada de consciência acerca da sua saúde, bem como facilitar-lhe a aquisição de competências que o preparem para uma progressiva autorresponsabilização.

O tema foi considerado pertinente uma vez que, emergente legislação que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, reconhecemos o interesse e a necessidade de se desenvolverem outros estudos. Contudo, estamos certos de que o estudo contribuiu para melhor conhecer a perspectiva dos jovens sobre a sexualidade e deu um contributo na produção de conhecimento sobre a temática da sexualidade.

No que diz respeito às apresentações das sessões de educação para a saúde, a experiência vivenciada foi considerada gratificante, a comunicação com os adolescentes foi uma experiência didática pela participação e interação com os alunos.

Este projeto de intervenção proporcionou também a colaboração entre colegas, professores da ESSP e das escolas onde intervimos facilitando a aquisição de competências de parceria para atingir um objetivo comum.

Observou-se que os recursos materiais utilizados nas sessões como os mais apropriados, tais como as apresentações dos filmes, o folheto informativo.

A respeito da avaliação dos alunos face às sessões, embora as metas tenham sido atingidas como esperado, considera-se que foram obtidos resultados que sugerem a necessidade e a pertinência da continuação do projeto de educação sexual nas escolas, deve ser um processo contínuo, aberto, onde os jovens possam colocar as suas dúvidas, onde se justifica a participação da comunidade jovem, das escolas, da família e dos centros de saúde.

CONCLUSÃO

Ao concluir este relatório pensamos ter atingido o objetivo que foi proposto de descrever as etapas realizadas no âmbito do planeamento em saúde durante o respetivo estágio, de forma pormenorizada e fundamentada. Este projeto de intervenção foi marcado predominantemente pela aprendizagem de técnicas e metodologias do planeamento em saúde.

Uma das preocupações sociais tem sido a saúde e o bem-estar dos adolescentes, embora tenha ocorrido uma crescente atenção às características particulares dos adolescentes e dos problemas de saúde específicos, os “nossos” jovens continuam a praticar comportamentos de risco, colocando a sua saúde em perigo, devido sobretudo à deficiente informação que os próprios possuem, á falta de programas de prevenção e serviços que os ajudem a compreender os seus comportamentos, a sua sexualidade e consequentemente a protegerem-se dos riscos.

Como foi referido pelo GTES em 2005, a educação sexual deve proporcionar a informação necessária, aos jovens, mas também a oportunidade de compreender a dimensão afetiva da sexualidade, permitindo assim uma maior compreensão das emoções, dos sentimentos e das decisões envolvidas no comportamento sexual (Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), 2005).

Durante a realização do mesmo consideramos que foi possível contribuir na promoção da Educação Sexual na Adolescência uma das competências do enfermeiro, mas essencialmente do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária, investir na promoção da saúde a qualquer nível.

Enquanto técnicos de saúde, devemos intervir no processo de saúde dos indivíduos, para melhor poder responder aos desafios que se colocam na transmissão do conhecimento, também numa perspetiva de promoção da saúde, devemos assumir uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

Assim o objetivo geral deste estudo visou a Promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 13-19 anos, que frequentem a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.

Considero que tudo o que implicou esta relatório de estágio contribuiu para o nosso enriquecimento pessoal, formativo e/ou profissional. Assim, embora o presente estudo se tenha limitado a uma realidade específica, consideramos que o mesmo pode ser um ponto de partida para estudos posteriores, entre os quais:

- Comparar os resultados obtidos neste estudo com os de outras amostras;
- Estudar a sexualidade na perspetiva dos jovens estudantes;
- Estudar a sexualidade na perspetiva dos professores.

Após a entrada em vigor da lei que estabelece o regime da aplicação da educação sexual em meio escolar, a Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto, é importante capacitar também os educadores para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde para que desta forma sejam atingidos os objetivos propostos.

Ao concluir este relatório acreditamos ter adquirido as competências que conferem ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, que como consta no regulamento de competências apresentado pela OE pelo (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667) ”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” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania”.

BIBLIOGRAFIA

- 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 em 10 de Abril de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm
- Almeida M., Aquino A., Gaffinkin L., Magnani R. (2003). Uso de Contraceção por adolescentes de escolas públicas da Bahía. In *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 17 de Setembro de 2012 em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17470.pdf>
- Almeida, Filomena A. (1996). *Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes*. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Assembleia da República [AR] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março: Educação sexual e Planeamento família. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 71, 981-983
- Assembleia da República [AR] (1999). Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1.^a série – A, n.º 186, 5232-5234
- Assembleia de República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto: Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Assembleia da República. *Diário de República*, 1.^a série, n.º 151, 5097-5098. Acedido e 12 de Dezembro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/15100/0509705098.pdf>
- Braconnier, A.& Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores
- Cabral C. (2003). Contraceção e gravidez na adolescência na perspetiva dos jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. In *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*

- Janeiro. Acedido em 17 de Outubro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>
- Câmara Municipal de Portalegre. Acedido em 20 de Junho de 2012 em http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa_concelho2.gif
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1 – 5
- Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos* (1.ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros
- Costa, M. (2008). *A Prática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes – A problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto
- Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar. *Revista Nursing*, (259), (pp. 10-16).
- Escola Cristóvão Falcão de Portalegre. Agrupamento n.º 2. Acedido em 01 de Dezembro de 2012 em <http://ebcf.edu.pt/joomla/>
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira (ES/3). Acedido a 11 de Dezembro de 2012 em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?IDEscola=19>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre
- Fernandes, A. (s.d.). A Educação para a Sexualidade. Projeto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Acedido em 27 de Dezembro de 2012 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap2.pdf

- Ferreira, M. & Borges, A. (2004). Hepatites por Vírus (A,B,C). In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infetologia* (1.^a edição – pp. 95-111). São Paulo: Editora Atheneu
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... In *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. Acedido em 06 de Novembro de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. In *Análise Psicológica (XVIII)*, pp. 485-498. Acedido em 17 de Dezembro de 2012 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a05.pdf>
- Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magrinho, R. (2005). Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas: Diferentes Circunstâncias de Risco? In *Acta Med Porto*, 18, 97-105. Acedido em 20 de Junho de 2012 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/097-105.pdf>
- Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de Colheitas de Dados. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da conceção à Realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência
- Fonseca, M. Helena R. (2002). Compreender os Adolescentes – Um Desafio para Pais e Educadores (pp. 96). Lisboa: Editorial Presença
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- Gomes, J. & Sousa, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Revista Nursing*, 196, pp. 25-27

- Hernández, J., Alonso M., Ysquierdo Y. & González, T (2001). Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Revista de Enfermería Cubana*. Acedido em 17 de Dezembro de 2012 em http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000100002&script=sci_arttext
- 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* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Acedido em 26 de Novembro 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_o ui=70631&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 XV Recenseamento geral da População. V Recenseamento geral da habitação, Acedido a 26 de Novembro em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- International Council of Nurses (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Acedido em 05 de Dezembro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Isabel, D. (s.d.). Projeto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital ESEP*. Acedido em 24 de Junho de 2012 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>
- Marques, A., Prazeres, V., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J. & Meneses, P. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Linhas Orientadoras. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação

- 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 *
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, pp. 37-43 *
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. *Diário da República*, 1.ª série – A, n.º 240, 5784-5786
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516
- Ministério da Educação (2005). Despacho nº 19 737/2005 (2ª série), de 15 de Junho. Diário da República. Criação do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Acedido a 15 de Janeiro de 2013 <http://www.dgide.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>
- Ministério da Educação. (2011). *Nova Escola*. Acedido em 25 de Junho de 2011 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ministério da Saúde. Direção Geral de saúde.(2004). Plano Nacional de Saúde (2004/2010). Vol. – Prioridades. Acedido em 25 de Setembro de 2012. <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Ministério da Saúde. [ME]. Direção Geral da Saúde. (2006). Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 03 de Outubro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

- Moretti-Branchini, M. & Colombo, A. (2004). Candidíase. In Cimerman, S. & Cimerman, B. (eds.), *Condutas em Infetologia* (1.ª edição – pp. 359-363). São Paulo: Editora Atheneu
- Correa, A. Neto, S. (2004). Gravidez Adolescência. In *Psicologia.Com. Pt – Portal dos Psicólogos*. Acedido em 24 de Outubro de 2012 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178
- 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 (2012). Conselho de Enfermagem. Educação Sexual nas Escolas. Acedido a 12 de Dezembro de 2012 http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf
- Pereira, M. & Freitas, F. (2002). *Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Divisão Geral da Saúde. Acedido em 03 de Junho de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Edição revista atualizada, Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 01 de Dezembro de 2012 em http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11230_2.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Russel, N. (1996). *Teoria da Educação para a Saúde In Manual de Educação para a Saúde*, pp 8-19, DGS. Lisboa

Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (2010, Janeiro-Março). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. In *Educação & Sociedade*, 110, (31), 135-156. Acedido em 01 de Dezembro de 2012 em <http://www.cedes.unicamp.br>

Saíto M. & Leal M. (2005). Adolescência e Contraceção de Emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*. Acedido em 17 de Novembro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822007000200014&script=sci_arttext&tlng=es

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

Saúde e Sexualidade Juvenil. In *Portal da Juventude*. Acedido em 19 de Dezembro de 2012 em <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Paginas/AsRela%C3%A7%C3%B5esAmorosas.aspx>

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

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

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

Vieira L., Saes S., Dória A. & Goldberg T. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Acedido em 17 de

Dezembro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100016&script=sci_arttext

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

Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? In *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 08 de Novembro de 2012 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf

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

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Intervenção



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



II Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Comunitária
Docentes: Prof.^a Dra. Maria Filomena Martins
Prof. Dr. Mário Martins

**PROJECTO DE ESTÁGIO NA ESCOLA EB 2,3
CRISTÓVÃO FALCÃO E ESCOLA SECUNDÁRIA
MOUZINHO DA SILVEIRA**

Discente
Paula Capão, n.º 12118

1

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Fevereiro

2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

II Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Comunitária
Docentes: Prof.ª Dra. Maria Filomena Martins
Prof. Dr. Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO NA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E ESCOLA
SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

Discente
Paula Capão, n.º 12118

2

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Fevereiro
2012

Abreviaturas

1.^a – Primeira
1.º – Primeiro
2.º – Segundo
3.º – Terceiro
7.^a – Sétima
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
n.º – número
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

3

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Índice

f.

Índice.....	4
INTRODUÇÃO	5
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
2 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	18
2.1 – ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	18
2.1.1 – Caracterização da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.....	18
2.1.2 – População-alvo.....	19
2.1.3 – Local de formação e número de formandos.....	20
2.2-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	21
2.3 - OBJECTIVOS.....	26
2.4 - PREVISÃO DE RECURSOS.....	26
2.5 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	27
2.6 - TEORIA / MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	27
2.8 – AVALIAÇÃO.....	33
CONCLUSÃO.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36
APÊNDICES	40
Apêndice I - Cronograma do Projeto de Intervenção.....	41
Apêndice II - Plano das Sessões.....	43

4

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Enfermagem Comunitária do 2.º Semestre do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi proposto a realização de um projecto de intervenção em educação para a saúde baseado no Plano Nacional de Saúde previsto para os anos 2004/2010, ainda vigente em 2012 bem como no Plano Nacional de Saúde Escolar.

A escolha do tema do referido projecto de intervenção em educação para a saúde é nomeadamente Gravidez na Adolescência, IST, Violência no namoro e afectividade. Pretende-se que venha a ser implementado em duas escolas do 2º ciclo de escolaridade da cidade de Portalegre, mais concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública n.º 128/2011, “A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante e centrada na comunidade”. Refere ainda que “tendo 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.”.

Neste sentido, tendo como tema central do trabalho a elaboração de um projecto de intervenção em educação para a saúde, definiu-se como objectivo geral do mesmo: criar um projecto de intervenção na comunidade adolescente de duas escolas do 2º ciclo de escolaridade de duas escolas da cidade de Portalegre (Cristóvão Falcão e Mouzinho da Silveira) tendo em vista a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Como objectivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Compreender a metodologia do planeamento em saúde;
- Compreender o processo de elaboração de um diagnóstico de situação;
- Planear intervenções de enfermagem para a implementação do projecto de intervenção junto dos adolescentes tendo em conta o diagnóstico de situação;
- Participar das atividades constantes dos Programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Enfermagem Comunitária do 2.º Semestre do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi proposto a realização de um projecto de intervenção em educação para a saúde baseado no Plano Nacional de Saúde previsto para os anos 2004/2010, ainda vigente em 2012 bem como no Plano Nacional de Saúde Escolar.

A escolha do tema do referido projecto de intervenção em educação para a saúde é nomeadamente Gravidez na Adolescência, IST, Violência no namoro e afectividade. Pretende-se que venha a ser implementado em duas escolas do 2º ciclo de escolaridade da cidade de Portalegre, mais concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública n.º 128/2011, “A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante e centrada na comunidade”. Refere ainda que “tendo 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.”.

Neste sentido, tendo como tema central do trabalho a elaboração de um projecto de intervenção em educação para a saúde, definiu-se como objectivo geral do mesmo: criar um projecto de intervenção na comunidade adolescente de duas escolas do 2º ciclo de escolaridade de duas escolas da cidade de Portalegre (Cristóvão Falcão e Mouzinho da Silveira) tendo em vista a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Como objectivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Compreender a metodologia do planeamento em saúde;
- Compreender o processo de elaboração de um diagnóstico de situação;
- Planear intervenções de enfermagem para a implementação do projecto de intervenção junto dos adolescentes tendo em conta o diagnóstico de situação;
- Participar das atividades constantes dos Programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

Deve-se ter sempre em conta que a investigação científica em Enfermagem é importante para o desenvolvimento da mesma, enquanto ciência por forma a ser reconhecida como profissão no seio da comunidade à qual presta Cuidados.

Assim, a elaboração de um projecto de intervenção no âmbito da enfermagem comunitária, constituindo-se como um processo em que se procura capacitar e empoderar os indivíduos no seu processo de saúde, fornecendo os recursos e possibilidades para que se possa realizar ao máximo esse potencial. Neste sentido, pretende-se através da promoção em saúde, diminuir a possibilidade de intervenção nas complicações, ou seja, nas patologias que podem surgir, mas sim em evitar ou minorar o aparecimento destas.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

A Promoção da Saúde é “um processo que visa aumentar a saúde dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar” (Carta de Ottawa, 1986). Na 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde pretendeu-se criar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, bem como outras regiões. De modo a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Os objectivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, nomeadamente graças à influência das várias conferências mundiais de promoção da saúde que se têm vindo a realizar, que se realizaram após 1986. Tal como se pode constatar na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, Quênia. Nesta conferência equacionou-se a relação custo-eficácia como meio de contribuição para a resolução dos desafios que visam a melhoria da saúde das populações, a fim de diminuir o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde.

Assim, foi destacada a importância da promoção de saúde, numa altura em que, o mundo se confronta com numerosos desafios, nomeadamente a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil, e, as alterações climáticas. Igualmente considerou-se que tinham sido feitos progressos notáveis na área de promoção da saúde, nos últimos quatro anos, ou seja, desde a conferência anterior realizada em Bangucoque em 2005, pois alguns países já integraram nos seus sistemas de saúde, programas de promoção de saúde, mas ainda se verificam inúmeros constrangimentos no acesso das populações aos serviços de saúde.

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

De igual forma, foram destacados como aspetos-chaves no maior sucesso na promoção da saúde, a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades, no domínio social,

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

psicológico e político e, a criação de condições que permitam aos indivíduos um maior controlo sobre as suas próprias vidas.

Assim, a promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva do sector da saúde mas de todas as organizações da sociedade de modo a estimular os indivíduos a adquirirem estilos de vida saudáveis para atingir o seu bem-estar, bem como da comunidade em que estão inseridos.

Não esquecendo que cada vez mais os ganhos em saúde são fundamentais para o bem-estar das populações, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses através das competências do enfermeiro de cuidados gerais refere que os enfermeiros devem fornecer “informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde”.

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

“é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Segundo o mesmo autor a educação para a saúde deve capacitar e empoderar os indivíduos de modo a terem um projecto de saúde onde possam decidir de forma consciente e informada.

Assim, no contexto de promoção da saúde, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, devem ser capazes de saber identificar e procurar resolver os problemas dos indivíduos/comunidade, saber tomar decisões, possuindo habilidades nas relações interpessoais, através de uma comunicação eficaz, procurando estabelecer uma relação de ajuda, o mais eficaz possível.

Neste contexto, o Planeamento em Saúde é um meio auxiliar na tomada de decisões em saúde, pois permite racionalizar os recursos de saúde, ou seja, é um dos elementos-chaves do processo de gestão de prestação de cuidados à população. “Subjacentes ao Planeamento em saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência”. (António Tavares, 1990:14)

O autor refere que é na fase da definição das prioridades que se torna mais claro o princípio da equidade na distribuição de recursos, sendo nesta fase, que qualquer projecto de planeamento em saúde deve optar pelas áreas de intervenção e pela comunidade ou grupo populacional a abordar, segundo os problemas de saúde identificados previamente no diagnóstico da situação feito. É na fase da selecção de estratégias, defende o autor, que se encontra mais evidente o princípio da eficiência na distribuição de recursos.

8

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Segundo Tavares (1990:16) "... o planeamento pode permitir, assim, tentar ultrapassar um das principais preocupações do economista da saúde: a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência". O mesmo autor reconhece que é através de um planeamento em saúde bem concebido e eficaz que se poderá obter uma boa eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, podendo assim, criar estratégias de intervenção que permitam favorecer todo o tipo de população.

Concretamente, quando se aborda planeamento em saúde, fala-se em planear, como

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

Este autor refere que existem algumas características que se podem encontrar no planeamento.

- 1 – É sempre voltado para o futuro;
- 2 – É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- 3 – Pretende a racionalidade da tomada de decisões;
- 4 – Visa seleccionar, entre várias alternativas, um percurso de acção;
- 5 – Implica uma acção;
- 6 – Implica uma relação de causalidade entre a acção tomada e os resultados determinados;
- 7 – É sistémico e de natureza multidisciplinar;
- 8 – É iterativo;
- 9 – É uma técnica de alocação de recursos;
- 10 – É um processo cíclico, em espiral;
- 11 – É uma técnica de mudança e inovação;
- 12 – É uma técnica para absorver a incerteza do futuro". (Tavares,1990:29)

Assim, denota-se que o planeamento em saúde, requiere uma identificação de problemas o mais fidedigna possível da realidade, junto das comunidades, definindo-se bem os objectivos e as prioridades, uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, por forma a permitir ganhos em saúde, numa sociedade em que cada vez mais os avanços tecnológicos e as exigências são maiores.

"O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços..." (Emilio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes, 1982:7).

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Existem diferentes tipos de tipologia de planeamento m saúde, revestindo-se o seu interesse em “fornecer ao planificador as bases teóricas que lhe permitam compreender o sistema social e institucional em que está inserido, podendo assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades que se lhe deparam.” (Tavares, 1990:31)

Refere o autor citando Pineault e Daveluy, em 1986, que das 4 tipologias de classificação do planeamento, uma delas é segundo o seu nível. Dado que o alvo de abordagem do presente projecto é o Plano Nacional Português de Saúde, este considera-se um planeamento normativo, pois “(...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local.” (Tavares, 1990:31).

O planeamento em saúde apresenta na sua hierarquização de conceitos, os seguintes: Plano – Programa – Projecto (do mais abrangente para o mais específico).

Para a elaboração de um projecto, plano ou programa no âmbito da Saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita facilitar as intervenções mais correctas numa determinada área, permitindo a elaboração de projectos, dirigidos quer para problemas de saúde das comunidades, quer a nível organizacional (infra-estruturas, articulação intersectorial,...). Segundo Imperatori & Giraldes (1982:9) “... as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação”.

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que deve ir ao encontro das necessidades da população à qual o projecto, programa ou plano, que visa abranger. Para tal, considera-se que os planos, programas ou projectos são pertinentes quando o diagnóstico e as necessidades estão em concordância. Refere António Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo individuo, pelo médico ou pela colectividade”, por sua vez, necessidade “(...) exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Neste sentido, quando se faz o diagnóstico da situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

Tanto Imperatori & Giraldes (1982), como Tavares (1990), referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma

boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente.

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, devem ser definidos os critérios de decisão (fase crucial no processo de determinação de prioridades, pois juntamente com a ponderação no final, são ordenados de forma prioritária os problemas) e estimar e comparar os problemas. Para determinar as prioridades pode recorrer-se a várias técnicas, das quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

Seguidamente, serão definidos os objectivos no contexto do planeamento que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990:113) "... os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos". O autor menciona que os objectivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Existem quatro aspectos/fases que se devem considerar quando de definem objectivos, segundo Maria do Rosário Giraldes (1982:43):

- A selecção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários
- A definição dos objectivos a atingir a médio prazo
- A tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas."

Posteriormente surge a etapa da selecção de estratégias, esta é considerada como uma das etapas mais importantes fundamentais quando se faz planeamento em saúde, pois é nesta fase que se propõe as formas de actuar. Assim, são definidas as etapas da elaboração de estratégias, segundo os mesmos autores:

- "- Estabelecer os critérios de concepção das estratégias.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Esboçar estratégias potenciais.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.
- Avaliar a adequação dos custos futuros.
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário)." (Tavares, 1990:66)

Esta etapa requer uma grande criatividade dos responsáveis pelo planeamento pois quanto maior for o seu conhecimento sobre o problema em estudo maior será a probabilidade de criar novas abordagens aos problemas, sendo para tal necessário

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

investigar sobre situações semelhantes já elaboradas. Contudo, referem Giraldes e Tavares que poderão surgir obstáculos, quer a nível organizacional, legal ou financeiro, às estratégias definidas, como formas de resistência à mudança.

As duas etapas seguintes são a elaboração de programas e projectos e a preparação para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde.

Aqui devem ser considerados os seus principais componentes: identificação do programa, definição de objectivos operacionais ou metas, as tecnologias os recursos, os custos e o financiamento. Assim, definem-se as actividades específicas do planeamento em função dos objectivos operacionais que devem corresponder aos seguintes parâmetros por forma a clarificar o mais possível as actividades, segundo Tavares (1990:169):

- “1 – o que deve ser feito;
- 2 – quem deve fazer;
- 3 – quando deve fazer;
- 4 – onde deve ser feito;
- 5 – como deve ser feito;
- 6 – avaliação da actividade;
- 7 – se possível: o objectivo que deve atingir;
- 8 – eventualmente: o custo da actividade”.

A preparação da execução é a fase que apresenta mais semelhanças com as etapas anterior e posterior, pois alguns dos aspectos tratados na fase anterior, assim como os cronogramas elaborados servirão para a avaliação, a última etapa do planeamento.

Ainda Tavares refere que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), comportamentos (regulamento – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes do processo), métodos (procedimentos – determinar como devem ser processados ao acontecimentos e as actividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as actividades).

A última etapa é a da avaliação. Para Emilio Imperatori (1982:127):

“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 objecto e o objectivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.”

A avaliação deve ser pertinente e precisa, pois permite determinar o sucesso ou não do planeamento, para tal é necessário recorrer a critérios e normas. Como refere António Tavares (1990:205):

“... critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.”

12

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

De uma forma geral, a avaliação permite fazer uma comparação entre os objectivos e as estratégias definidas no planeamento. O mesmo autor refere que poderão ser sistematizados alguns tipos prováveis de classificação de avaliação do planeamento, nomeadamente: a disponibilidade dos dados, tipo de dados disponíveis, implementação de actividades, as componentes dos serviços prestados e a validade.

No que diz respeito à elaboração do presente projecto e em análise ao Plano Nacional de Saúde para os anos 2004/2010, verificou-se que as escolas em parceria com o Ministério de Saúde devem adoptar estratégias de modo a promover a saúde, prevenir a doença através de acções que devem ocorrer durante o ano lectivo. A OMS preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

O Ministério da Saúde definiu como metas através do plano nacional de saúde (2004: 54) para “uma juventude à procura de um futuro saudável”, redução da taxa de mortalidade, redução da gravidez na adolescência, valorização da auto-apreciação do estado de saúde, incutir hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade). Com o aumento de casos de gravidez precoce em adolescentes, o Ministério da Saúde (2004:31) refere que os “adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST”, definindo estratégias e intervenções através de parcerias entre o ministério da saúde e da educação.

A 24 de Março de 1984 com a publicação do Lei n.º 3/84, o estado português reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas, no artigo 1º refere “o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”.

Em 1999, com a publicação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, no preambulo é referido que deve existir uma:

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

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

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

2 — Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.”

13

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

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

mencionando ainda que às escolas “... não cabe apenas a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, mas que entre as suas múltiplas responsabilidades estão o desenvolvimento de competências capazes de sustentar a aprendizagem ao longo da vida”.

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

No preâmbulo da portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, as “matérias respeitantes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido, em tempos mais recentes, particular atenção por parte da sociedade portuguesa”. Nesta portaria é definido conjuntamente entre os Ministérios da Saúde e da Educação, os conteúdos curriculares desde o primeiro ciclo até ao ensino secundário, bem como, as parcerias.

Ao longo dos anos tem tido existido uma preocupação cada vez maior em adequar a saúde escolar às necessidades das populações sendo que esta é da responsabilidade do Ministério da Saúde em que a escola deve educar de modo a promover a saúde. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) foi publicado pelo despacho n.º 12.045/2006 de 7 de Junho referindo que as Escolas Promotoras de Saúde são escolas que incluem “educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar” (2006:4), no entanto, para uma escola fazer parte da rede de escolas promotoras de saúde deverá ser inovadora, e implementar de forma correcta práticas para a promoção da saúde.

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

A adolescência tem origem no latim (adolescere – que significa fazer-se homem ou mulher) segundo a OMS corresponde á faixa etária entre os 10 e os 19 anos, onde ocorrem grandes mudanças a vários níveis (pessoal, emocional, familiar e social), esta fase do desenvolvimento humano corresponde ao período que sucede á infância desencadeado por

14

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

mudanças corporais e fisiológicas, onde ocorre muitas vezes a auto-afirmação do adolescente e inúmeros processos de conflito. (Vilelas, 2009)

Para Ferreira & Nelas (s.d.) a adolescência é um período onde os jovens constroem a sua identidade e traçam o seu caminho profissional e o projecto de vida, e esta fase da vida necessita de especial atenção porque podem surgir problemas no desenvolvimento do adolescente.

Segundo a OMS, a adolescência pode ser definida como um:

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

O conceito sexualidade é mais amplo do que a palavra sexo, que representa o acto fisiológico. A sexualidade faz parte da personalidade humana desde o seu nascimento até à morte, onde estão incluídos os sentimentos, sendo um processo contínuo de aceitação e reconhecimento que se modifica ao longo da vida. Devemos considerar a sexualidade multidimensional devido ao que fazemos e ao que somos. Sendo que a identidade sexual é a percepção de cada um em relação a ser mulher ou homem, fazendo parte da identidade pessoal de cada um (Bolander, 1998).

A OMS definiu sexualidade como “uma energia que nos leva a procurar afecto, contacto, prazer, ternura e intimidade” tendo definido saúde sexual como “a aptidão para desfrutar da actividade sexual e reprodutiva, assim como a ausência de medos, de sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de crenças infundadas e de outros factores psicológicos que inibem a actividade sexual ou perturbam as relações sexuais” (Vilelas, 2009:12).

Na adolescência existem cada vez mais comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes que incluem nomeadamente violência sexual, consumo de drogas ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes precoces e não planeadas, HIV e aborto (Vilelas, 2009).

A educação sexual para os jovens consiste na transmissão de informação de modo a evitar comportamentos prejudiciais à saúde. Os profissionais ao fazerem educação sexual devem ter em conta aspectos tais como sexualidade, sentimentos, liberdade, afectividade, prazer, comunicação e responsabilidade de maneira a promover a aquisição de comportamentos responsáveis (Vilelas, 2009).

15

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Os adolescentes iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual, e muitas vezes não usam correctamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar (Stanhope & Lancaster, 1999). Segundo Perkins (1991) citado por Stanhope & Lancaster (1999) o grupo de amigos tem influência nas atitudes e comportamentos dos adolescentes, visto que se os adolescentes são sexualmente activos é porque muitas vezes os seus amigos já o foram.

Na opinião de Correa & Neto (2004) a gravidez na adolescência, pode ser consequência de uma experiência sexual precoce e muitas vezes devida á inexperiência e falta de informação, sendo muito difícil encontrar uma explicação para este fenómeno. Segundo o mesmo autor as jovens mães encontram-se numa fase de desenvolvimento cognitivo e emocional passando rapidamente para o universo dos adultos com todas as responsabilidades que acarreta. Alguns profissionais de saúde enumeram a falta de informação e a procura duma identidade pelos adolescentes como causa provável duma gravidez precoce. Segundo Tiba (1996) citado por Correa & Neto (2004) a amadurecimento sexual do adolescente “acontece de forma rápida” conjuntamente com a maturidade emocional e intelectual, iniciando-se assim uma fase de independência, que muitas vezes gera pensamentos e atitudes contraditórias.

Segundo Aberastury (1983) citado por Correa & Neto (2004) o adolescente passa por uma fase difícil de maneira a encontrar uma identidade, podendo ser um processo longo e ao mesmo tempo lento onde vão construindo a sua própria personalidade podendo surgir muitas dúvidas.

No entanto os adolescentes têm acesso à informação mas muitas vezes falta o diálogo entre pais e filhos não bastando referir o uso de preservativos mas esclarecer todas as dúvidas e manter uma relação afectiva e o diálogo constante com os adolescentes (Correa & Neto, 2004).

Duarte (1997) citado por Correa & Neto (2004) devemos compreender que a “gravidez na adolescência não é um episódio, mas um processo de busca, onde a adolescente pode encontrar dificuldade e acaba por assumir atitudes de rebeldia”. Costa (1997) citado por Correa & Neto (2004) refere que os adolescentes são precoces nas questões da sexualidade, e têm curiosidade pela sexualidade.

Figueiredo & Pacheco & Magrinho (2005:98) referem que a gravidez na adolescência é uma situação de risco, “dado que determina um vasto conjunto de consequências adversas quer para a mãe, quer para o bebé”, podendo existir problemas obstétricos, problemas a nível social, relacional e psicológicas no entanto podem surgir também problemas a nível

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

escolar, profissional (emprego, desemprego), baixo rendimento económico, problemas relacionais podendo conduzir a “situações de stress relacional e monoparentalidade”.

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

2 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho refere-se a um projecto de intervenção em educação para a saúde sob o tema Gravidez na Adolescência, IST, Violência no namoro.

Segundo Tavares (1990:39) “um projecto é um conjunto de actividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa”.

Este projecto será elaborado a partir do Plano Nacional de Saúde delineado para os anos 2004/2010, já mencionado anteriormente. Plano é segundo Tavares (1990:39) “um conjunto de programas e/ou projectos contribuindo para alcançar os objectivos da Instituição”.

Para a elaboração do presente projecto irão ser seguidas as orientações de Osuna e Moral (2000) citadas por Carvalho & Carvalho (2006). Assim, um projecto de intervenção em educação para a saúde deve seguir as seguintes etapas:

1. Análise da situação (conhecimento preliminar do grupo);
2. Justificação do programa;
3. Definição de objectivos;
4. Conteúdos educativos;
5. Estratégias de intervenção;
6. Actividades e metodologias educativas a utilizar;
7. Previsão dos recursos;
8. Avaliação do programa.

2.1 – ÁREA DE INTERVENÇÃO

2.1.1 – Caracterização da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

O distrito de Portalegre pertence à região de Alto Alentejo. Apresenta-se limitado a norte com o distrito de Castelo Branco, a sul com o distrito de Évora, a leste com Espanha, e a oeste com o distrito de Santarém., tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km², englobando 15 municípios e 86 freguesias. A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, cidade onde se pretende realizar o presente projecto.

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

2.1.2 – População-alvo

Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão

O presente diagnóstico de situação realiza-se na Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão em Portalegre que possui um total de 593 alunos, divididos por várias turmas desde o 5.º ao 9º ano de escolaridade, possuindo ainda um curso de CEF (Curso de Educação e Formação) na área de instalação e manutenção de sistemas informáticos.

Esta escola foi oficialmente criada em 9 de Setembro de 1968 pela portaria nº 23600, tendo ficado conhecida por Escola Preparatória de Cristóvão Falcão, sendo hoje em dia conhecida por Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão.

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

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

Escola Secundária Mouzinho da Silveira

19

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira é herdeira directa do antigo Liceu Nacional de Portalegre criado em 1844. Ao longo dos anos a escola tem passado por várias instalações e denominações.

O edifício que se implantou na actual Avenida do Bonfim abriu as suas portas em Outubro de 1976. Desde esse ano, passa então a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O novo edifício vai sofrendo pequenas adaptações, consoante as necessidades, sendo no ano lectivo de 2008/2009 intervencionado pelo Parque Escolar. (ESMS,2012)

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

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

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

2.1.3 – Local de formação e número de formandos

Este projecto tem como área de actuação a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre. As acções de formação decorreram nas instalações das escolas, com um número máximo de 20 alunos por sessão

20

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

de informação na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 15 alunos no CEF. Na escola Secundária Mouzinho da Silveira tendo um número máximo de 16 alunos repartidos por 8º, 9º e CEF (10 alunos). As sessões de informação serão realizadas nos períodos de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 repartidas pelos horários facultados pela direcção de ambas as escolas.

2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Ao planear em saúde temos de ter em conta a "satisfação de uma necessidade identificada" durante a elaboração do diagnóstico de situação (Tavares, 1990). Com o diagnóstico de situação pretende-se identificar um problema e determinar as necessidades, ao mesmo tempo deve caracterizar-se por ser alargado, aprofundado, sucinto e corresponder às necessidades do planeamento (Tavares, 1990).

Para a elaboração do presente projecto, procurou seguir-se as etapas do diagnóstico de situação enunciadas por Tavares (1990). A pertinência do estudo prende-se que o Alentejo é uma região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães dos 15 aos 19 anos (Isabel, s.d.). A população estudada pelo diagnóstico de situação eram estudantes da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos do 8º, 9º e CEF, a recolha de dados foi feita através da aplicação do questionário.

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

Assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige atender às suas necessidades, acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, respeitando a sua diversidade e singularidade, escutar e esclarecer as suas dúvidas, apoiar e facilitar o processo de edificação da sua identidade, a descoberta de si próprio e a construção do seu projecto de vida e de saúde. Neste contexto, o enfermeiro que trabalha junto da comunidade, assume um papel de relevo e apresenta-se dotado de competências para recorrer à utilização de ferramentas que lhe permitam actuar junto da mesma, como é o caso do planeamento em saúde, que dá início com o diagnóstico de situação.

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Após a realização do presente, destaca-se que a maioria dos adolescentes inquiridos é do sexo feminino (53%), com idade média de 14 anos em ambos os géneros, variando as idades entre os 12 e 19 anos.

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

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

Para cerca de 41% dos adolescentes, os amigos e as amigas, são o principal recurso para conversarem sobre sexualidade. A mãe é procurada por cerca de 17% dos inquiridos. Para cerca de 10%, o professor também é uma escolha possível para abordar este assunto. Namorados e namoradas só são o recurso para cerca de 2% dos jovens. Aproximadamente 15% não recorre a ninguém para falar sobre sexualidade.

Aproximadamente metade dos inquiridos conversa sobre sexualidade por se sentirem à vontade para o fazer. Cerca de 19% é por se sentirem confiantes e compreendidos e apenas 2% admite falar com alguém sobre sexualidade para se aconselhar.

De uma forma geral, os inquiridos que decidem não abordar o assunto da sexualidade com alguém fazem-no por não se sentirem à vontade, por este ser um assunto sem interesse para eles; ou simplesmente por não gostarem de falar. A referir ainda que cerca de 28% dos inquiridos refere que sente dificuldade em conversar com os pais.

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

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

Cerca de 78% dos inquiridos recorre a amigos para esclarecer as suas dúvidas sobre temáticas relacionadas com a sexualidade. Cerca de 58% recorre à mãe para abordarem estes assuntos, enquanto, que o pai é recurso para cerca de 20%.

Relativamente aos assuntos abordados com a mãe e com o pai sobre a sexualidade constata-se que existem cinco que praticamente não são tema de conversa: os sonhos

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

molhados, a masturbação, a pornografia, a vida sexual dos adultos, a pílula e a homossexualidade.

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

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

Quanto às outras fontes de informação disponíveis, 36% utilizam a internet para o esclarecimento de questões, enquanto, que o padre representa cerca 3%.

A maioria dos jovens considera-se bem informada sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, cerca de 3% está relativamente bem informado; pouco mais de 4% admite ter dúvidas em afirmar que se sente realmente conhecedor acerca desta temática.

Entre os inquiridos que assumem que estão relativamente ou bem informados constatou-se a existência de duas categorias de respostas:

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

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

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

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

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

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

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

Face ao exposto, pode dizer-se que, globalmente foram respondidas as várias questões de investigação traçadas.

Em relação às hipóteses formuladas, apenas se confirmou uma, a que defendia que há diferenças, estatisticamente significativas, entre os adolescentes religiosos, relativamente à atitude face à sexualidade, segundo o facto de serem ou não fiéis seguidores das normas da sua religião.

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

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

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade;

Apenas 2% do total dos inquiridos admitem falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar;

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

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

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

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

24

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Outro importante conceito inerente ao diagnóstico de situação é o de necessidade, pois como referem Imperatori & Giraldes (1982), o conhecimento das necessidades expressas e sentidas objectivamente pela população é importante para o diagnóstico. Desta forma, foram identificadas as seguintes necessidades das adolescentes relacionadas com as atitudes face à sexualidade:

- O interesse por parte da maioria dos adolescentes inquiridos em recorrer a várias fontes para falar sobre a sexualidade. Mais de 82% dos adolescentes conversa com alguém sobre a sexualidade;

- A necessidade de muitos adolescentes falar com os pais sobre temas como as mudanças corporais e o namoro. Este último foi tema frequente para 41% dos jovens que falaram com as mães e no caso das mudanças corporais, este tema, foi frequente para 29% dos inquiridos. Relativamente a estes temas conversados com o pai, o namoro foi tema frequente para 23% dos jovens e no caso das mudanças corporais, este tema, foi abordado pelo menos 2 vezes para 30% dos inquiridos;

- A necessidade dos adolescentes inquiridos se informarem para esclarecer as suas inquietudes. Como foi referido na análise de dados, os jovens estudados consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna, para esclarecerem as suas inquietudes relacionadas com a sexualidade, sendo assim considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

Após análise dos problemas e necessidades, decidiu-se organizá-los numa área de intervenção mais vasta, com vista à definição de prioridades que possibilite a nossa intervenção. Esta é a Educação Sexual que inclui os problemas relacionados com a não recorrência a fontes de informação/agentes sobre a sexualidade e a dificuldade em falar sobre o tema; a não valorização da problemática da SIDA. Inclui também as necessidades reais ou sentidas pelos adolescentes e que se identificaram.

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

Depois da aplicação deste projecto de intervenção será realizado um relatório final que servirá como momento de avaliação do estágio.

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

2.4 – OBJECTIVOS

Para o projecto de intervenção foi delineado como objectivo geral para o projecto:

Promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 113-19 anos que frequentem a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.

Como objectivos específicos pretende-se que os adolescentes no final sejam capazes de:

- a. Compreender o significado da adolescência e da sexualidade;
- b. Definir afectos e afectividade na adolescência;
- c. Compreender a importância do uso de métodos contraceptivos;
- d. Compreender os riscos da gravidez na adolescência;

No final os adolescentes deveram ter adquirido conhecimentos sobre:

- a. Adolescência;
- b. Sexualidade;
- c. Métodos contraceptivos;
- d. Gravidez na adolescência.

2.5 – PREVISÃO DE RECURSOS

À partida todos os recursos humanos, físicos e materiais, serão potencialmente gratuitos, para a realização destas sessões, sendo apenas necessário:

- a. Uma sala;
- b. Um computador portátil e um retroprojector;
- c. Folhetos e cartazes;
- d. Métodos contraceptivos.

Conta-se estabelecer contacto com os seguintes parceiros:

- a. Diretora da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão
- b. Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira
- c. Enfermeira do Centro de Saúde da Freguesia de S. Lourenço

26

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

d. Psicóloga do Centro de Saúde da Freguesia de S. Lourenço

2.7 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções deste projecto serão implementadas segundo o cronograma apresentado no Apêndice I, podendo sofrer modificações sempre que os responsáveis do projecto reconheçam a sua necessidade.

As principais intervenções serão nomeadamente:

1. Elaboração do projecto;
2. Organizar sessões de informação para os adolescentes tendo em conta os planos de sessões elaborados (Apêndice II);
3. Elaboração de um relatório de actividades.

Prevê-se a implementação deste projecto durante o período de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012, serão efectuadas avaliações ao projecto sempre que necessárias sendo realizadas novas estratégias de intervenção se necessário.

2.3 – TEORIA / MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

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

Por sua vez, os modelos baseiam-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um facto.

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

Segundo Stanhope & Lancaster (1999:266) “capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões (...) é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática de enfermeiros comunitários. (...) o processo de aprendizagem (...) uma mudança mensurável de comportamento, que persiste ao longo do tempo”.

27

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Para tal, é necessário recorrer à educação para a saúde, pois tal como referem os autores é uma “base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Stanhope & Lancaster, 1999:266).

Neste sentido, surgem algumas teorias pedagógicas que ajudam a compreender o que as pessoas aprendem, projectando a forma como se podem educar os indivíduos. Os autores enumeram seis teorias pedagógicas que são úteis quando se fala em enfermagem comunitária: a Teoria Behaviorista, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria Cognitiva, a Teoria Humanista, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Crítica.

Da análise destas, considerou-se pertinente para a elaboração do projecto de intervenção, a Teoria da Aprendizagem Social, cujo foco de acção é mudar as expectativas e as crenças, através do método de fornecimento de informação.

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

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

Assim, as teorias da aprendizagem social vêm colmatar falhas existentes nas teorias anteriores pois tentam explicar os factores que influenciam o comportamento. Se por um lado uns defendem que apenas os factores ambientais têm influência no comportamento, desprezando os factores hereditários ou pessoais do sujeito, por outro lado, outros afirmam que apenas os factores pessoais influenciam o comportamento, não dando qualquer importância ao meio que rodeia os indivíduos. Ao afirmarem que existe uma interacção recíproca entre estes factores e o próprio comportamento do sujeito, todos os três elementos influenciando-se mutuamente.

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

Albert Bandura, psicólogo canadiano foi um dos seguidores das teorias da aprendizagem social. A teoria que desenvolveu foi a Teoria Cognitivo-Social. Este psicólogo defende que se deve aprender a observar os outros. A observação de modelos exteriores acelera mais a aprendizagem do que se esse comportamento tivesse que ser executado pelo “aprendiz”. Também se deve evitar receber consequências negativas.

Os princípios básicos assentam na interacção recíproca, os factores internos (intrínsecos ao indivíduo), factores externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Assim, abandona-se a polémica tradicional de outros autores que defendem que o comportamento apenas é influenciado por factores ambientais e os que apenas dão valores aos factores pessoais,

28

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

ignorando os ambientais. Bandura agrupa todas estas influências, por forma a que, nenhuma das três seja considerada uma entidade separada. O segundo princípio básico é que há uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Há quatro elementos na aprendizagem por observação:

- **Atenção.** Existe uma selecção naquilo a que se presta a atenção, o que é crucial para se aprender por observação. Essa selecção é feita em função das características do observador e da actividade em si.

- **Retenção.** A informação observada é codificada, traduzida e armazenada no cérebro, com uma organização em padrões com forma de imagens e construções verbais.

- **Reprodução.** Consiste em traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenado na memória das acções correspondentes.

- **Motivação e Interesses.** Bandura defende que a aquisição é um processo diferente da execução. Para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve-se estar motivado para fazê-lo, o que pode ser alcançado através de incentivos. Experiências demonstram que um modelo de comportamento recompensado tem mais probabilidades de ser imitado pelos observadores do que um modelo cujas consequências não eram recompensadoras ou mesmo penalizadoras.

Foram identificados três tipos de reforços: reforços directos em que o observador é reforçado ao reproduzir o que observou; reforços indirectos em que o modelo é que é reforçado. Os resultados observados no comportamento dos outros podem modificar o comportamento da mesma forma que os resultados obtidos da experiência directa e auto-reforços em que é o sujeito que controla os seus próprios reforços.

Bandura defende que as consequências condicionam o comportamento de cada indivíduo. As acções que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram negativas tendem a desaparecer.

As consequências informam os indivíduos relativamente à correcção ou à conveniência da sua acção. As consequências experimentadas (recompensas ou castigos) pelos modelos transmitem informação aos observadores sobre a efectividade das acções.

Para além disso, as consequências também geram motivação para realizar as acções que geram consequências positivas noutros.

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

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

29

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

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

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

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

Um projecto de intervenção, deve ter na sua base, um modelo de educação para a saúde, pois tal como referem Stanhope & Lancaster (1999:269) “organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos. (...) fornecem descrições significativas na orientação do pensamento, observação e prática dos educadores” citando Edwards (1990) e Driscoll (1994).

Assim, segundo Stanhope & Lancaster (1999) existem três modelos de educação para a saúde, são eles: o Modelo Precede-Proceed, o Modelo Saúde-Doença e o Modelo de Promoção da Saúde

O modelo escolhido para o presente projecto é o Modelo da Promoção da Saúde. Este desenvolveu-se como complemento de outros modelos de protecção da saúde, como o

30

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Modelo Saúde-Doença, expandindo o que este defende, determinado a probabilidade que os modelos de estilo de vida saudável e de promoção da saúde ocorrem, pois os indivíduos podem alterar os seus comportamentos. Este modelo é útil, pois permite aos enfermeiros avaliar os utentes.

Assim, neste seguimento: A “Intervenção directa, através da participação na totalidade do processo de ensino/aprendizagem, é a orientação metodológica mais adequada” (Ferreira *et al*, 2004:136).

Em termos de estratégia, a mais aceite centra-se em actividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação activa 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 actividades 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 objectivos pretendidos (Ferreira *et al*, 2004).

Na educação em grupos, um exemplo que se pode referir é o da metodologia dos *focus groups*, precisamente na abordagem do início da vida sexual, em que se criam dois grupos, um masculino e outro feminino, para a exposição de dúvidas, com o mínimo constrangimento possível, em que no fim se juntam os grupos. Tal metodologia explica-se pela singularidade de ambos os géneros (Sampaio *et al*, 2007).

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.

De salientar também que existem várias determinantes sobre os jovens como o ambiente, a cultura, os contextos de socialização, as oportunidades e desafios, que implicam respostas às necessidades destes não necessariamente restringidas ao aconselhamento e serviços educativos clínicos (Mendes, 2006).

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,

31

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

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).

Descrevem-se em seguida algumas das técnicas mais aplicadas por Frade *et al* (1992) nas metodologias participativas das actividades de educação sexual:

- Trabalho em grupos pequenos: Consiste na criação de grupos de três a cinco elementos, aos quais se pede a execução de uma tarefa, ou várias tarefas entre eles. Há a apresentação e discussão dos resultados de cada grupo, num grupo mais alargado;
- Trabalho individual: É pedido ao aluno um trabalho, o que pode melhorar a sua expressão verbal e incentivar a sua participação;
- *Brainstorming*: Listar todas as sugestões que um grupo ou turma fazem sobre determinada questão ou problema;
- Utilização de histórias/Casos inventados: Pode-se pedir á turma que crie um desfecho para uma história, que atribua valores a determinadas personagens, ou que identifique soluções para os casos;
- Jogo de clarificação de valores: Promove-se o debate entre posições diferentes no grupo, utilizando pequenas frases opinativas e polémicas;
- Utilização de questionários: Utilizados para recolher conhecimentos e opiniões existentes;
- *Role Play* ou dramatização: Consiste na dramatização de pequenos casos ou histórias, com as personagens que se quer;
- Jogos de apresentação ou de “quebrar o gelo”: Joga-se com participantes que não se conhecem previamente, em que se expressam sentimentos e opiniões;
- Visitantes externos: Visita de um especialista para falar sobre um determinado assunto. Os alunos poderão previamente preparar questões que desejam colocar;
- Colagens: Elaboração de trabalhos a partir de recortes em jornais e revistas, com posterior exposição e debate em grupo;
- Caixa de perguntas: Consiste na recolha prévia e anónima de perguntas, sobre temas de interesse da turma, ou para levantamentos de necessidades;
- Fichas: são instrumentos para o desenvolvimento de trabalhos, podendo ser utilizadas como síntese ou recolha de informação.

Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

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

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

A liberdade de escolha baseada na autonomia pessoal e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual (Mendes, 2006).

Em suma, como objectivo central pretende-se a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes melhorar a gestão dos seus processos de crescimento (Ferreira *et al*, 2004).

2.8 – AVALIAÇÃO

A avaliação do presente projecto será feita sob a forma dum relatório de actividades, prevê-se que a avaliação deste seja realizada em Junho de 2012.

No entanto, poderá ser efectuada em períodos intercalares, desde que os intervenientes no projecto o considerem fundamental para o normal funcionamento do projecto.

CONCLUSÃO

A construção do conceito de saúde e de promoção de saúde tem vindo a desenvolver-se ao longo do tempo, através de discussões técnicas, documentos institucionais, actuação na melhoria da qualidade de vida e da participação comunitária.

A promoção da saúde tem exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo, pois na sua essência, é uma estratégia multifacetada, que se apoia em diversas áreas na procura do bem-estar e da saúde do indivíduo em particular e da comunidade, em geral.

O grande desafio da promoção da saúde é a mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deteioração das condições de vida da maioria da população. Paralelamente, concorre um aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los.

A procura pela saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção da saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da acção comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre estes campos de acção representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população.

No caso concreto da área da Saúde, o **planeamento** é fundamentalmente uma aplicação da lógica à tomada de decisões, racionalizando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente.

O **planeamento em saúde** é processo contínuo e dinâmico, que parte de um diagnóstico que tende a ser reestruturado, tendo em conta a previsão de recursos e serviços necessários ao decorrer da execução. Este deve seguir uma ordem de prioridades previamente estabelecidas, tem uma atitude futurista e racionalidade na tomada de decisões, implicando uma acção interactiva, ou seja uma ponte no processo de gestão.

Esta acção visa um processo de busca de promoção de saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação, contando com as mudanças de comportamentos na população.

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

A necessidade do **planeamento em saúde** torna-se evidente porque os recursos são escassos, sendo necessário intervir nas causas dos problemas de saúde e dos respectivos serviços. As prioridades devem ser definidas, pois intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis, as infra-estruturas são caras. Torna-se imperioso, seguir os progressos da área da saúde, integrando a prestação de cuidados na complexidade tecnológica que se verifica diariamente.

Assim, o **planeamento em saúde** permite optar pela solução mais vantajosa, isto é, aquela que permite alcançar os objectivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, alcançando os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos. É um processo que requer uma intervenção orientada para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva e orientada, em função dos objectivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes.

Ao entender-se o planeamento em saúde como um processo complexo e dinâmico, não se podendo encarar como concluída, nenhuma etapa do processo, porque é sempre possível voltar atrás, sempre que se verificar a necessidade de fazer alterações.

Ao terminar a elaboração deste trabalho, considera-se que se revelou de extrema importância, não só para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos que contribuem para um maior crescimento profissional e pessoal, mas também para promover a reflexão, como para um possível intervenção junto de uma comunidade tão diversificada e “especial” como a população adolescente numa área geográfica tão carenciada como é a do Alentejo.

BIBLIOGRAFIA

- 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 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- 7.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm
- Aguilar, L. (2010). Aprendizagem Social In *Informática (Ensino)*. Acedido a 10 de Junho de 2011 em http://alunos.di.ubi.pt/~a14676/psicologia/aprendizagem_social.pdf
- Assembleia da República [AR] (1984). Lei n.º 3/ 84 de 24 de Março: Educação sexual e Planeamento família. Diário da República, 1ª série, n.º 71, 981-983.
- Assembleia da República [AR] (1999). Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Diário da República, 1ª série – A, n.º 186, 5232-5234.
- Assembleia de República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto: Assembleia da República. Diário de República, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098.
- Beaglehole, R.; Bonita, R. & Kjellström, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiologia*. Lisboa: Lusodidacta
- Câmara Municipal de Portalegre. Acedido em 20 de Junho de 2011 em http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa_concelho2.gif
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

- Carvalho, A. et al (2010). Escola secundária de S. Lourenço em Portalegre. In *Profforma n.º 1 – Dezembro de 2010*. Acedido a 25 de Junho de 2011 em http://www.cefopna.edu.pt/revista/revista_01/pdfs_01/ESSL_01.pdf
- Correa, A & Neto, S. (2004). Gravidez Adolescência. In *Portal dos Psicólogos* em 24 de Junho de 2011 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178
- Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 pag.8667* Regulamento n.º 128/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Ferreira, M. & Nela, P. (s.d.). *ADOLESCÊNCIAS... ADOLESCENTES...* In *Educação, ciência e tecnologia*. Acedido em 05 de Junho de 2011 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir, 3* (volume 52), pp. 132-137
- Figueiredo, B. & Pacheco, A. & Magrinho, R. (2005). *GRÁVIDAS ADOLESCENTES E GRÁVIDAS ADULTAS - Diferentes Circunstâncias de Risco?*. In *Acta Med Port. 18*: 97-105. Acedido em 20 de Junho de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/097-105.pdf>
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica (XVIII)*: 485-498. Acedido em 20 de Junho de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a05.pdf>
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C.& Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 07 de Junho 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=70631&DESTAQUESmodo=2

37

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

- Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. Jornal Digital ESEP. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, pp. 37-43
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro: Diário da República, 1ª série – A, n.º 240, 5784-5786.
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro: Gabinete da Ministra. Diário da República, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516.
- Ministério da Educação. (2011). Nova Escola. Acedido a 25 de Junho de 2011 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril: Diário da República, 1.ª série, n.º 69, 1170-(2)-1170-(4).
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2006). Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar. Divisão Geral da Saúde acedido em 03 de Junho de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. 2003.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde Pública*. 2004/2010: Volume I – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde Pública*. 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M. & Silva, M. (2007). Grupo de Trabalho da Educação Sexual: Relatório Final. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido a 06 de Janeiro em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, (4ª Edição). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

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

<http://www.esms.pt/escola/> Acendido em Fevereiro 2012

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

APÊNDICES

40

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

Apêndice I - Cronograma do Projecto de Intervenção

41

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

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

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

Apêndice II - **Plano das Sessões**

Promoção da Saúde: Projecto de Intervenção na Comunidade Escolar

PLANO DE SESSÃO

Data: Abril de 2012

Formadores: Paula de Jesus Abreu Capão

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

Tema: Sexualidade na adolescência

Recursos: Humanos – Formadores

Materiais – Computador portátil, projector multimédia

Metodologia: Expositiva / Participativa

Objectivos	Conteúdos	Tempo previsto	Avaliação
<p>Objectivo geral para o projecto: Promover comportamentos saudáveis em adolescentes, com idades compreendidas entre os 113-19 anos que frequentem a Escola Secundária de Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão falcão na cidade de Portalegre, através de sessões de informação em Abril de 2012.</p> <p>Objectivos específicos pretende-se que os adolescentes no final sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Compreender o significado da adolescência e da sexualidade;b. Definir afectos e afectividade na adolescência;c. Compreender a importância do uso de métodos contraceptivos;d. Compreender os riscos da gravidez na adolescência;		90 Minutos por Sessão	

Apêndice II – Cronograma de Atividades na Área de Intervenção em Educação Sexual na Adolescência

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES NA ÀREA DE INTREVEÇÃO EM EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCENCIA

	Cronograma de atividades
Out. 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Escolha do tema para o Projeto de Intervenção - Contacto com a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão (recolha de informação e estabelecimento de parceria) - Pesquisa Bibliográfica - Início do Diagnóstico (enquadramento teórico)
Nov./Dez. 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto com os professores para escolha do questionário a aplicar e sugestão de alterações necessárias - Pesquisa bibliográfica - Enquadramento teórico
Janeiro 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do questionário na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão - Elaboração da base de dados no SPSS - Introdução dos questionários na base de dados - Início da fase metodológica do trabalho - Tratamento estatístico dos dados - Pesquisa bibliográfica
Fev. 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Enquadramento teórico - Conclusão e entrega do diagnóstico de situação
Mar. 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Elaboração do Projeto individual de estágio - Reuniões com os Diretores da Escola EB 2,3 Cristóvão falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira - Agendamento das sessões na Escola EB 2,3 Cristóvão falcão e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira - Elaboração do questionário de avaliação das sessões - Início da preparação das sessões de Educação sexual
Abril 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Preparação e desenvolvimento das sessões de educação sexual
Maio 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Tratamento estatístico dos dados
Junho de 2012 a Fev. de 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Elaboração do relatório de estágio

Apêndice III – Reunião com a Direção da EBCF

REUNIÃO COM A DIREÇÃO DA EBCF

ESCOLA BÁSICA 2,3 – CRISTOVÃO FALCÃO DE PORTALEGRE

Temas a abordar (sugestão da prof. Sónia Basso):

- Início da atividade sexual e gravidez na adolescência;
- Violência sexual, diferença de géneros, aceitação das diferenças;
- Contraceção;
- ISTs;

- A professora Sónia sugeriu que nos baseássemos, essencialmente, nos resultados obtidos pelo inquérito. Relativamente à “Caixa de Perguntas”, sugerida pela direção da Mouzinho da Silveira, a mesma acha desnecessário, uma vez que no ano passado foi aplicada aos mesmos alunos, num contexto de intervenção similar.

Turmas

TURMA / N.º ALUNOS
9ºA – 20
9ºB – 20
9ºC – 20
9ºD – 19
CEF*- 15
Total de Alunos: 94

*CEF (Curso de Educação e Formação)

HORÁRIOS DISPONIBILIZADOS PELA ESCOLA

De 10 a 16 de Abril de 2012 (terça-feira a segunda-feira)

Turmas / Professores	Dia / Horário das aulas
9.º A – Prof.ª Ausenda (Ciências Naturais)	16 (segunda-feira) – 13h40 até às 15h10 (90 min)
9.º B – Prof.ª Ausenda (Ciências Naturais)	11 (quarta-feira) – 8h30 até às 10h00 (90 min)
9.º C – Prof.ª Ausenda (Ciências Naturais)	10 (terça-feira) – 8h30 até às 10h00 (90 min)
9.º D – Prof. Gonçalo (Ciências Naturais)	12 (quinta-feira) – 8h30 até às 10h00 (90 min)
CEF - Prof. Nelson (Ciências Naturais)	16 (segunda-feira) – 8h30 até às 10h00 (90 min)

Apêndice IV – Reunião com a Direção da ESMS

REUNIÃO COM A DIREÇÃO DA ESMS

ESCOLA MOUZINHO DA SILVEIRA

Temas a abordar (SUGESTÃO DA DIRECTORA):

- Gravidez na adolescência;
- Violência de género (entre casal de namorados);
- Afetividade entre adolescentes;
- Dignidade dos adolescentes, relacionada com a sexualidade;
- Outros sugeridos pelos adolescentes, após aplicação de um texto relacionado com a afetividade, que será enviado para a diretora da escola.

Esta posteriormente encaminhará aos diretores de turma das referidas turmas.

Turmas

8.º ANO / N.º ALUNOS	9.º ANO / N.º ALUNOS
A – 26	A – 24
B – 26	B – 24
C – 26	C – 23
D – 24	D – 21

CEF (Curso de Prestação de Socorros) – 10 alunos

TOTAL DE ALUNOS - 204

Semana de 10 a 13 de Abril de 2012 (terça-feira a sexta-feira)

Turmas / Professores	Dia / Horário das aulas
8.º A – Rosa Pinheiro (Prof.ª Física – Química) – Diretora de Turma	10 (terça-feira) – 11h55 até às 13h25 (90 min)
8.º B – Rosa Pinheiro (Prof.ª Física – Química) – Diretora de Turma	13 (sexta-feira) – 10h15 até às 11h45 (90 min)
8.º C – Graça Garlão (Prof.ª Português) – Diretora de Turma	12 (quinta-feira) – 10h15 até às 11h45 (90 min)
8.º D – a definir o professor	10 (terça-feira) – 10h15 até às 11h45 (90 min)
9.º A – António Relvas (Prof. Inglês) – Diretor de Turma	10 (terça-feira) – 14h20 min às 16 h (90 min)
9.º B – Ana Venâncio (Prof.ª Matemática) – Diretora de Turma	13 (sexta-feira) – 11h55 min às 13h25 (90 min)
9.º C – José Coelho e Filipa Neto (Prof.ª Espanhol)	12 (quinta-feira) – 10h15 até às 11h45 (90 min)
9.º D – Ana Santana	11 (quarta-feira) – 10h15 até às 11h45 (90 min)
CEF – Paula Ferreira (Prof.ª Português)	13 (sexta-feira) – 10h15 até às 11h45 890 min)

Apêndice V – Plano de Sessão

<p>- Identificar afetos e afetividade na adolescência; e ter adquirido conhecimentos sobre sexualidade;</p>	<p>A sexualidade vivenciada e explorada através dos sentimentos, emoções, valores e sensações; (Participação com brainstorming), visualização de diapositivos, um filme “Adolescência e Sexualidade” e um filme “Violência no namoro”</p>	<p>20 min.</p>	<p>Ficha avaliativa sobre os conteúdos abordados</p>
<p>- Compreender e adquirir conhecimentos sobre o uso de métodos contraceptivos;</p>	<p>Descrição dos métodos contraceptivos: preservativo, pílula para prevenção da gravidez e ISTs, diapositivos e contacto visual direto com esses métodos;</p>	<p>10 min.</p>	
<p>-Identificar os riscos e adquirir conhecimentos sobre a gravidez na adolescência;</p>	<p>SIDA (apresentação de filme “A bola humana”) e diapositivos</p>	<p>10 min.</p>	
<p>-Identificar os riscos e adquirir conhecimentos sobre a gravidez na adolescência;</p>	<p>Dificuldades de adaptação, risco de atraso no desenvolvimento do bebé, problemas obstétricos, sociais, relacionais e profissionais; Risco de depressão e stress nas mães adolescentes;</p>	<p>10min.</p>	
<p></p>	<p>Avaliação</p>	<p>5 min</p>	

Apêndice VI – **Sessão**

(Sessões apresentadas no ficheiro PowerPoint, filmes e música da sessão incluído neste CD)

Apêndice VII – Cronograma das Sessões

CRONOGRAMA DAS SESSÕES

10 de Abril de 2012 (3º feira) 2 grupos	11 de Abril de 2012 (4ª feira) 2 Grupos	12 de Abril de 2012 (5ª feira) 3 Grupos	13 de Abril de 2012 (6ª feira) 2 Grupos	16 de Abril de 2012 (2ª feira) 1 Grupo
	08.30 – 10.00 9º B – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo II	08.30 – 10.00 9º D – Prof. Gonçalo Cristóvão Falcão Grupo III	10.15 – 11.45 CEF – Prof. Paula Ferreira Mouzinho da Silveira Grupo III	08.30 – 10.00 CEF – Prof. Nelson Cristóvão Falcão Grupo I
10.15 – 11.45 8º D – Prof. A definir Mouzinho da Silveira Grupo II	10.15 – 11.45 9º D – Prof. Ana Santana Mouzinho da Silveira Grupo I	10.15 – 11.45 9º C – Prof. José Coelho e Filipa Neto Mouzinho da Silveira Grupo IV- Enfª Paula/Enfº Francisco SALA B3 23 alunos	10.15 – 11.45 8º B – Prof. Rosa Pinheiro Mouzinho da Silveira Grupo IV Enfª Paula/Enfº Francisco SALA F6 26 alunos	13.40 – 15.10 9º A – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo I
11.55 – 13.25 8º A – Prof. Rosa Pinheiro Mouzinho da Silveira Grupo II		10.15 – 11.45 8º C – Prof. Graça Garlão Mouzinho da Silveira Grupo I	11.55 – 13.25 9º B – Prof. Ana Venâncio Mouzinho da Silveira Grupo III	
14.20 – 16.00 9º A – Prof. António Relvas Mouzinho da Silveira Grupo II		14.30 – 15.00 9º C – Prof. Ausenda Cristóvão Falcão Grupo IV Enfª Paula/Enfº Francisco SALA 12 20 alunos		

Apêndice VIII – Questionário de Avaliação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

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

Sim Não

Justifica

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

2. Estás satisfeito com os temas apresentados?

Muito Insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

3. Os meios utilizados foram adequados?

Sim Não

4. Relativamente às informações fornecidas encontras-te

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

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

Maus Insuficientes Suficientes Bons Muito Bons

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

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

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

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

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

9. O preservativo só evita a gravidez.

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

10. O uso de pílula previne as IST.

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

Muito obrigado pela vossa colaboração

Apêndice IX – Panfleto Informativo

- Promoveres o acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva
- Evitares comportamentos não tolerantes e fundamentalistas

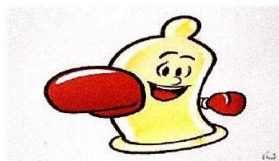
Não julgues sobre a vivência sexual de indivíduos, grupos ou populações

Contraceção

O que precisas de saber é que envolve métodos seguros e eficazes para prevenires a gravidez, como a pílula ou o preservativo, entre outros. Mas deverás aconselhar-te com um profissional de saúde.

Infecções sexualmente transmissíveis

A única forma de evitar a infeção por IST é a prevenção. Deves pois proteger-te utilizando o preservativo ou evitando comportamentos sexuais de risco



Organização

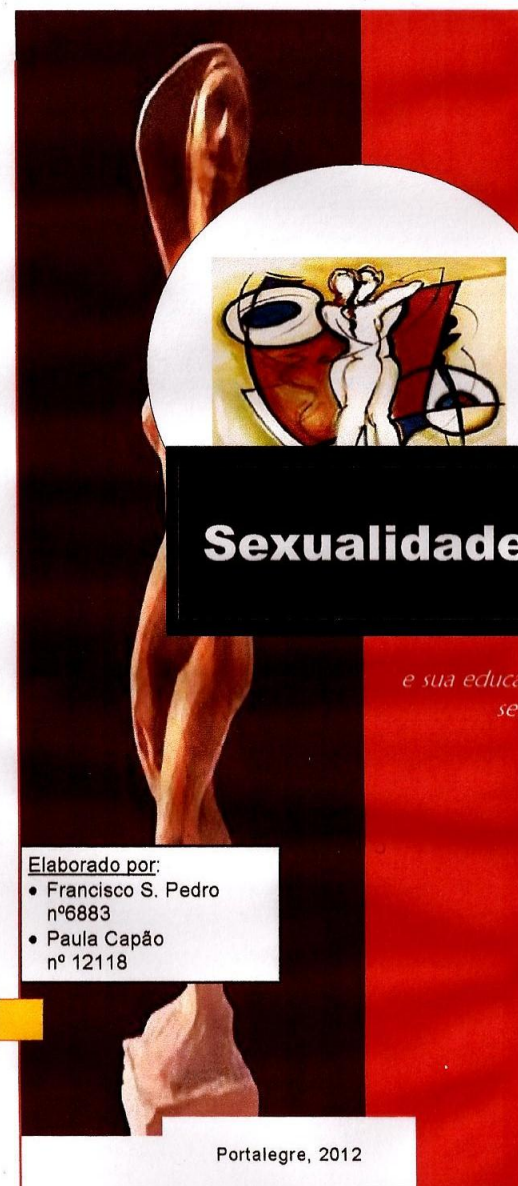


Instituto Politécnico de Portalegre



Escola Superior de Saúde de Portalegre

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Estágio de Enfermagem Comunitária



O que é a sexualidade?

A sexualidade é algo que faz parte do desenvolvimento do ser humano e

manifesta-se desde o momento do

nascimento até à morte, em cada etapa da vida, acontecendo o mesmo na adolescência.

Mas, essencialmente vives e exprimes a sexualidade para atingires o teu bem-estar e o de com quem a partilhas.

Sabias que a sexualidade se pode expressar através de diferentes comportamentos?

Ela engloba emoções, atitudes e comportamentos, próprios de cada um. Na verdade, não existem duas pessoas que vivam a sexualidade da mesma forma. É a diversidade sexual



Viver a sexualidade

Hoje em dia exprimes a tua sexualidade não é razão para teres problemas pois "Todas as pessoas têm o direito de estar livres do medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos ou outros factores que inibam ou prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual"

In carta dos direitos sexuais e reprodutivos

Sexualidade responsável

São exemplos de atitudes responsáveis:

- Apreciar o teu próprio corpo

- Procurar informação que possa melhorar a tua vivência sexual

- Assumir a tua dimensão sexual, e que esta pode implicar, ou não, ter relações sexuais

- Teres contacto com ambos os géneros, respeitando as diferenças

- Assumires a tua orientação sexual e aceitar a dos outros

Exprimires o afecto e a sexualidade
Desenvolveres relações com base no respeito mútuo

Tomares decisões informadas

- Comunicares com a família, parceiros e colegas

- Utilizares métodos que impeçam a gravidez indesejada

Evitares comportamentos que facilitem a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis

- Prevenires o abuso sexual

- Aceitares quem tenha estilos de vida diferentes

- Distinguires comportamentos que tragam bem-estar daqueles que podem ser nocivos

- Realizar exames periódicos para avaliares a tua saúde sexual



Apêndice X – Diploma

