



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



II Mestrado em Enfermagem
Relatório de Estágio
Orientador: Prof. Dr. Mário Martins

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DA ESPECIALIDADE EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA REALIZADO NAS
ESCOLAS EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E
SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA EM
PORTALEGRE**

Discente:
Alexandra Rodrigues, n.º 14909

FEVEREIRO
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

II Mestrado em Enfermagem
2.º Ano / 1.º Semestre
Relatório de Estágio
Orientador: Prof. Dr. Mário Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
REALIZADO NAS ESCOLAS EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E SECUNDÁRIA MOUZINHO
DA SILVEIRA EM PORTALEGRE

Discente:
Alexandra Rodrigues, n.º 14909

Fevereiro
2013

“La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. Así, si pretendemos tener adultos saludables tenemos que hacer la apuesta en garantizar la salud de aquellos, que están pasando una fase que los hace llegar a adultos.”

Martins (2007:20)

Relatório de estágio elaborado sem o novo acordo ortográfico.

Agradecimentos

Um agradecimento especial ao meu marido, filho, pais e a ti Zé-Tó bem como aos meus amigos pelo apoio, carinho e amizade, bem como a todas as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a concretização deste trabalho.

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentires. Quero agradecer ao Prof. Dr. Mário Martins e à Prof^a Dra. Maria Filomena Martins por toda a disponibilidade, orientações e saberes que transmitiram.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do II Mestrado de Enfermagem área de Especialização em Saúde Comunitária. Tem como objectivo descrever e analisar as actividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado em duas escolas da cidade de Portalegre, bem como as competências adquiridas.

A adolescência é uma fase que se encontra entre a infância e a vida adulta, em que ocorrem inúmeras alterações físicas, psicológico e a integração num determinado grupo social. É durante esta fase que o adolescente constrói a sua identidade e personalidade e é nesta etapa que surge a descoberta da sexualidade podendo esta manifestar-se através das emoções e dos comportamentos. Para existir uma adolescência saudável e uma sexualidade responsável tem de existir a preocupação em promover comportamentos saudáveis e esclarecer dúvidas.

As actividades desenvolvidas seguiram a metodologia do planeamento em saúde onde foram delineadas estratégias e posteriormente realizadas sessões de educação para a saúde. A última fase do planeamento em saúde compreende a avaliação, para tal foram definidos objectivos e indicadores, tendo sido aplicados questionários de forma a avaliar a satisfação dos adolescentes relativamente aos temas expostos e sobre a aquisição de conhecimentos.

Tendo em conta os objectivos definidos e os resultados dos indicadores podemos afirmar que os mesmos foram atingidos.

A proximidade com os adolescentes em contexto escolar contribuiu positivamente, de modo a consolidar os conhecimentos teóricos e adquirir competências na área específica da enfermagem comunitária. Esta situação permitiu realizar uma reflexão sobre a valorização dos cuidados da enfermagem sendo uma mais valia pessoal e profissional.

Palavras-chave: enfermagem comunitária, adolescentes, sexualidade, responsabilidade, competências.

Abstrat

This report comes under the area of Nursing Master II in community health specialization. It aims to describe and analyze the activities developed along the training course held in two schools in the city of Portalegre, and the acquired skills.

Adolescence is a stage that lies between childhood and adulthood, which occur numerous physical, psychological changes and integration in a given social group. It is during this phase that the teenager constructs its identity and personality and it is in this step that follows the discovery of sexuality which may manifest itself through the emotions and behaviors. To be a healthy and responsible adolescent sexuality there has to exist a concern to promote healthy behaviors and questions clarification.

The activities followed the methodology of planning in health where were outlined strategies and subsequently carried out health education sessions. The last stage of the health planning comprises the evaluation were defined objectives and indicators, having been applied questionnaires to assess adolescents satisfaction in relation to the themes exposed and on the acquisition of knowledge.

Taking into account the objectives set and the results of the indicators we can say that they have been achieved.

The proximity with the teenagers in school context contributed positively I order to consolidate the theoretical knowledge and acquire skills in specific area of community nursing. This allowed to perform a reflection on the value of nursing care is a plus personal and professional.

Key-Words: community nursing, adolescents, sexuality, responsibility, skills.

Abreviaturas

% – Percentagem

& – e

3º – Terceiro

CEF – Curso de Educação e Formação

DIU – Dispositivo intra-uterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EB – Ensino Básico

EBCF – Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

EVT – Educação Visual e Tecnológica

HIV – Human Immunodeficiency Virus

II – Segundo

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

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

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	14
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	18
1.2 – ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE	22
1.2.1 – Enquadramento legal.....	30
1.2.2 – Afectos.....	32
1.2.3 – Violência no namoro.....	33
1.2.4 – Gravidez na adolescência	34
1.2.5 – Infecções sexualmente transmissíveis	35
1.2.6 – Métodos contraceptivos	35
1.3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	36
1.4 – MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	37
1.5 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	38
2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	43
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	43
2.1.1 – Escola EB 2, 3 Cristóvão Falcão	43
2.1.2 – Escola Secundária Mouzinho da Silveira	44
2.2 – RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO	45
3 – OBJECTIVOS/ INDICADORES DE RESULTADO	49
4 - ESTRATÉGIAS	51
5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/ EXECUÇÃO	53
6 – AVALIAÇÃO	56
6.1 – RESULTADOS GERAIS	56
6.1.1 – Resultados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão	56
6.1.2 – Resultados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	63

6.1.3 – Discussão dos resultados	71
6.2 – RESULTADOS INDIVIDUAIS	76
6.2.1 – Resultados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão	76
6.2.2 – Resultados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	81
6.2.3 – Discussão dos resultados	86
7 – ANÁLISE CRÍTICA	91
CONCLUSÃO	95
BIBLIOGRAFIA	98
ANEXOS	
Anexo I – Etapas do planeamento em saúde	106
Anexo II - Exemplar do Instrumento de Colheita de Dados	108
APÊNDICES	
Apêndice I – Horário das sessões de Educação para a saúde	117
Apêndice II – Projecto de Intervenção	119
Apêndice III – Plano de sessão	121
Apêndice IV – Diapositivos utilizados nas sessões de educação para a saúde	124
Apêndice V – Video usado durante a sessão de educação para a saúde	126
Apêndice VI – Folheto “Violência no namoro”	128
Apêndice VII – Folheto “Métodos Contraceptivos”	131
Apêndice VIII – Cartaz sob o tema “Linhas de Apoio”	134
Apêndice IX – Questionário de avaliação	136

Índice de Quadros

	f.
Quadro 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação	56
Quadro 2 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência	57
Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados	58
Quadro 4 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados	58
Quadro 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida	59
Quadro 6 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	59
Quadro 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	60
Quadro 8 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência	60
Quadro 9 – Afectos envolvidos na sexualidade	61
Quadro 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”	62
Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”	63
Quadro 12 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação	63
Quadro 13 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência	64
Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados	65
Quadro 15 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados	65
Quadro 16 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida	66
Quadro 17 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	66

Quadro 18 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	67
Quadro 19 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência	68
Quadro 20 – Afectos envolvidos na sexualidade	69
Quadro 21 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”	70
Quadro 22 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”	71
Quadro 23 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação	76
Quadro 24 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência	76
Quadro 25 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados	77
Quadro 26 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados	77
Quadro 27 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida	77
Quadro 28 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	78
Quadro 29 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	78
Quadro 30 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência	79
Quadro 31 – Afectos envolvidos na sexualidade	79
Quadro 32 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”	80
Quadro 33 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”	80
Quadro 34 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação	81
Quadro 35 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência	81
Quadro 36 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados	82

Quadro 37 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados	82
Quadro 38 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida	82
Quadro 39 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	83
Quadro 40 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	83
Quadro 41 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência	84
Quadro 42 – Afectos envolvidos na sexualidade	84
Quadro 43 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”	85
Quadro 44 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”	85

Índice de Gráficos

	f.
Gráfico 1 – Importância da formação	71
Gráfico 2 – Satisfação com os temas apresentados	72
Gráfico 3 – Esclarecimento de dúvidas	73
Gráfico 4 – Opinião sobre “O preservativo só evita a gravidez”	74
Gráfico 5 – Opinião sobre “o uso da pilula previne as IST”	75
Gráfico 6 – Importância da formação	86
Gráfico 7 – Satisfação com os temas apresentados	87
Gráfico 8 – Esclarecimento de dúvidas	88
Gráfico 9 – Opinião sobre “O preservativo só evita a gravidez”	89
Gráfico 10 – Opinião sobre “o uso da pilula previne as IST”	90

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio do II Curso de Mestrado em Enfermagem de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi elaborado o relatório de estágio orientado pelo docente, Prof. Dr. Mário Martins. Com a realização do presente relatório pretende-se descrever todas as actividades planeadas e desenvolvidas ao longo do estágio bem como as competências adquiridas na área de especialização em enfermagem comunitária, no período de 14 de Fevereiro a 27 de Junho de 2012 com a duração de 840 horas, que teve como base o diagnóstico de situação realizado anteriormente bem como o projecto de estágio. Deste modo, pretendeu-se capacitar e empoderar os adolescentes no seu processo de crescimento de forma saudável, fornecendo informações adequadas de maneira a colmatar os mitos e crenças que possam estar enraizados sobre a adolescência e a sexualidade que deverá ser vivida de uma forma saudável e responsável.

Devemos considerar a investigação em Enfermagem como “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2006:1). Uma área muito importante da investigação em saúde é a promoção da saúde, não só no âmbito da prevenção da doença, mas 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). Logo, é através da investigação que se consegue alcançar uma base científica para orientar a prática e assegurar o desenvolvimento dum profissão (Fortin, 1999) no seio da comunidade à qual presta Cuidados.

No entanto, o desenvolvimento do conhecimento consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), baseando-se em estudos científicos e investigações baseadas na teoria e pelo registo do saber fazer, desenvolvido ao longo da prática (Benner, 2001).

Neste sentido, a prática profissional do enfermeiro deverá inserir-se num contexto de actuação multiprofissional, na qual o planeamento em saúde é um dos seus pilares. Para que se processe é necessário realizar previamente um diagnóstico de situação que permita identificar os problemas e necessidades de um grupo ou de uma comunidade, posteriormente elaborar um projecto e pôr fim por em prática as actividades planeadas.

A temática central escolhida foi a Sexualidade na Adolescência, sendo uma área de interesse no âmbito da saúde comunitária.

A definição de adolescência tem evoluído ao longo dos anos. É uma etapa da vida que se insere entre a infância e a vida adulta, em que se iniciam as grandes mudanças a vários níveis como físicos, psicológicos, sexuais e sociais. Pode ser considerada como a fase das dúvidas, das descobertas e é também a altura em que os futuros adultos se deparam com os maiores problemas relativamente à descoberta da sua sexualidade. Cordeiro (2009:37) refere que “ser adolescente é fascinante, é bom, é uma oportunidade única na vida, pelo menos para a esmagadora maioria dos rapazes e das raparigas”, segundo M. Martins (2007:19-20) ser adolescente

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

É durante esta etapa que surge o desenvolvimento intelectual onde se criam os conceitos e também a consciência social, o conhecimento da ciência e da arte, é nesta fase que os adolescentes compreendem a realidade e desenvolvem o seu pensamento abstracto (Vygotski, 1996 citado por Facci, 2004).

Sousa (2006) defende que a adolescência é um período que se caracteriza pela construção dos valores sociais pois os adolescentes muitas vezes sentem-se revoltados porque os valores que defendem não se adaptam aos da sociedade em que estão inseridos.

É durante a adolescência que a sexualidade assume um papel de extrema importância, pelas características especiais do adolescente. Assim, adquire, segundo Cordeiro (2009:305) “várias vertentes: dos afectos à comunicação, passando pela companhia, partilha (...), reprodução, amizade e tantos outros aspectos”. Neste contexto, o conceito de sexualidade é mais amplo do que a palavra sexo, que representa o acto fisiológico, devendo ser abordada de forma multidimensional. 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).

Em relação aos adolescentes portugueses, constata-se que cada vez mais cedo iniciam a sua actividade 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 *et al*, 2010). Sendo assim, a educação sexual é muito importante nesta etapa das suas vidas pelo que devem ser informados da forma mais correcta possível e devem ser abordados assuntos tais como sexualidade, afectividade, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência bem com a responsabilidade.

No entanto, para que seja feito da melhor maneira possível, temos de investir num bom planeamento em saúde sendo este um meio auxiliar nas tomadas de decisão. Todavia se se
Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

fizer previamente uma boa identificação dos problemas, junto das comunidades, de modo a serem definidos objectivos e prioridades e uma boa racionalização de recursos (económicos, humanos e materiais) por forma a permitir ganhos em saúde, “o planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços...” (Imperatori e Giraldes, 1982:7).

Foi utilizada a teoria da aprendizagem social de Bandura, em que este defende que para acontecer mudança de comportamento de uma pessoa, esta ocorre através da observação e imitação de determinados comportamentos de outros indivíduos.

Para a intervenção em educação para a saúde desenvolvida durante o estágio foi usado como base o diagnóstico de situação realizado entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012 na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. Foram identificadas necessidades e posteriormente delineados objectivos e planeadas intervenções através da elaboração de um projecto de estágio a ser implementado em duas escolas do 3º ciclo do ensino básico da cidade de Portalegre, mais concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Os temas pertinentes abordados foram a sexualidade, adolescência, violência no namoro, gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e métodos contraceptivos, tendo em conta a promoção de comportamentos saudáveis nos adolescentes.

O presente relatório de estágio é organizado de acordo com a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1982), neste sentido, foram objectivos deste estágio:

- Contribuir para uma sexualidade saudável e responsável nos adolescentes que frequentam os 8º, 9º e CEF das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre;
- Implementar actividades no âmbito da sexualidade saudável e responsável de acordo com as necessidades identificadas no diagnóstico de situação;
- Realizar actividades apropriadas às necessidades dos adolescentes de modo a prevenir comportamentos de risco nomeadamente IST, gravidez na adolescência e violência no namoro, através de sessões de informação em Abril de 2012;
- Aprofundar competências no desempenho como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Iniciamos o nosso relatório por uma revisão da bibliografia onde foram abordados os seguintes temas promoção da saúde; adolescência e sexualidade; afectos; violência no namoro; gravidez na adolescência; infecções sexualmente transmissíveis; métodos contraceptivos; teoria da aprendizagem social; caracterização da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira e principais resultados do diagnóstico de situação elaborado na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Na segunda parte delineamos os objectivos traçados para o estágio da especialidade bem como a preparação das sessões de educação, estratégias desenvolvidas nos quais incluímos o plano de sessões, o filme visualizado, folhetos e cartaz entregues. Por fim apresentamos o questionário aplicado aos adolescentes bem como a discussão dos seus resultados, tendo sido realizada a análise dos dados através do programa SPSS Statistics, versão 17.0®.

Por último fizemos uma alusão às competências adquiridas como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, uma análise reflexiva do estágio bem como as limitações e os contributos para o conhecimento originados por este trabalho, servindo de documento de avaliação para a obtenção do grau de mestre em enfermagem com especialização em enfermagem comunitária.

Foi feita a descrição das actividades planeadas e realizadas, bem como a revisão sistemática da literatura em livros e artigos científicos e os respectivos anexos e apêndices de modo a fundamentar o exposto.

Mediante o exposto, apresentamos os objectivos do nosso relatório de estágio:

- Descrever, analisar e avaliar as actividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Avaliar os objectivos propostos no projecto de estágio;
- Efectuar uma análise reflexiva sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária;
- Analisar o contributo do estágio para a formação pessoal e profissional.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Ao analisarmos o PNS 2012/2016 (2012:2) este refere-nos que

“A saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de saúde que podem ter um efeito acumulativo ao longo da vida.”

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 da Saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência”. (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 feita

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).

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

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

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).

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).

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” (anexo I).

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

Refere 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 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 de 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), estimam-se e compararam-se os problemas. Para determinar as prioridades pode recorrer-se a várias técnicas, entre as quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

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 ainda 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 se definem objectivos, segundo 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 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 investigar sobre situações semelhantes já elaboradas. Contudo, referem Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990) que poderão surgir obstáculos, quer a nível organizacional, legal ou financeiro, às estratégias definidas, como formas de resistência á 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 (1990) 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 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, sendo que “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” (Tavares, 1990:205).

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.

1.2 – ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

A palavra adolescência deriva do latim, em que *ad* significa para, a; e *olescer* - crescer, condição para *adolescere*. Assim, “*adolescere*” significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006 citando Muuss, 1976). Durante séculos, a passagem da infância à idade adulta era quase imediata. As relações entre adolescentes e adultos, os seus comportamentos, a sua duração e os processos para a socialização dos indivíduos, variam de sociedade para sociedade, de cultura para cultura (Costa, 2008).

Esta tem evoluído ao longo dos anos, sendo considerada uma fase que se encontra entre a infância e a vida adulta, iniciando-se com as primeiras alterações físicas da maturidade sexual e termina com a realização social do indivíduo, enquanto adulto independente, correspondendo assim, a um período de mudanças, de influências de vários factores, como o desenvolvimento psicológico e a integração no grupo, Cordeiro (2009:37) defende que “ser adolescente é fascinante, é bom, é uma oportunidade única na vida, pelo menos para a esmagadora maioria dos rapazes e das raparigas”.

Segundo Aberastury (1983) citado por 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 vai construindo a sua própria personalidade podendo surgir muitas dúvidas. Neste sentido, refere M. Martins (2007:19-20)

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

Todas as alterações que o indivíduo sofre nesta fase do ciclo de vida, impostas pelas diferenças entre sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais, torna-se vantajoso, comparar o passado e a actualidade, verificando-se assim, como evoluiu a sua abordagem de sociedade para sociedade, de cultura para cultura.

Em meados da década de setenta do século XX, a OMS delimitou a adolescência, por conveniência estatística, ao período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. Para esta organização, a adolescência pode ser definida como um

“período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. É um período em que ocorrem grandes modificações físicas, psicológicas e sociais que afectam o indivíduo. É na adolescência que o indivíduo

toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade” citada por Ferreira & Nelas (2006:145).

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

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

A adolescência não é vivida da mesma forma por todos os jovens, ainda que pertencentes à mesma cultura. Se para uns adolescentes pode ser descrita como um verdadeiro tormento, para outros apresenta-se bastante mais fácil, mesmo em presença de alguns problemas (Costa, 2008).

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

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

Neste contexto,

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

No caso concreto de Portugal, Cordeiro (2009) refere que os jovens já adquiriram o que denomina de “*modus vivendi*” das cidades, independentemente do seu local de residência ser uma cidade, uma vila ou uma aldeia, em contraponto com o que acontecia anteriormente, era mais fácil identificar os jovens do meio rural e urbano. Esta situação é sobretudo, devida em sua opinião, à televisão e à escolaridade.

Segundo Ferreira & Nelas (2006:145), a adolescência “inicia com as transformações fisiológicas da puberdade, não deixando de ser condicionada por factores de ordem social e cultural em interacção com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional, o que permite ao indivíduo a sua integração no mundo adulto” citando Costa (1998).

As mesmas autoras citando Sampaio (1995) referem que

“(…) a adolescência é uma etapa do desenvolvimento, que ocorre entre a puberdade e a idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam

a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadram numa identidade estabelecida” Ferreira & Nelas (2006:145).

Como refere 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, aspectos essenciais à definição da sua personalidade, identidade sexual e aos papéis que desempenhará na sociedade” (Costa, 2008:7 citando Prazeres, 1998).

Para Ferreira & Nelas (2006:144) é

“(…) geralmente aceite que a adolescência é de preferência um processo e não um período, e que se caracteriza por muitas mudanças pessoais que são frequentemente intensas, como sejam as físicas, as sociais, as psicológicas e as cognitivas. (...) apesar das várias modificações a adolescência nem sempre é vivida e sentida como um período da vida particularmente difícil” citando Roberts (1988).

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 factores protectores e de resiliência e sabedoria” (Cordeiro, 2009:28). Torna-se assim, difícil determinar o seu início pelos diferentes ritmos, assim como o seu término (considerado quando o jovem terá conseguido concretizar uma série de tarefas próprias do seu processo de desenvolvimento), dadas as alterações psicobiológicas que cada adolescente pode sofrer e a sociedade/cultura a que pertence. 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”.

Segundo Zagury (1996) citado por Brasil, Mitsui, Pereira & Alves (2000) a adolescência é uma fase complexa devido a mudanças corporais que podemos considerar como universais, já as psicológicas e de relacionais podem variar de grupo para grupo como de cultura para cultura mas também podem existir mudanças tanto no campo intelectual e afectivo dos adolescentes. Podendo no entanto também ocorrer mudanças a nível social onde o adolescente adquire características do seu grupo de referência de modo a sentir estabilidade que anteriormente conseguia dentro do seu grupo familiar Zagury (1996) citado por Brasil *et al* (2000). Tiba (1986) citado por Brasil *et al* (2000) referem-no que o adolescente procura a integração no grupo idealizando outras pessoas que não sejam os seus pais sendo uma fase onde este necessita adquirir conhecimento de si próprio, dos seus sentimentos e dificuldades.

É durante a adolescência que existe um desenvolvimento intelectual onde se criam os conceitos é durante esta fase que se cria a consciência social, o conhecimento da ciência e da arte, é durante esta fase que os adolescentes compreendem a realidade e desenvolvem o seu pensamento abstracto (Vygotski, 1996 citado por Facci, 2004).

A adolescência sendo um período que se caracteriza pela construção dos valores sociais, os adolescentes muitas vezes sentem-se revoltados porque os valores que defendem não se adaptam aos que a sociedade em que está inserido defende (Sousa, 2006). Sendo que os adolescentes ao sentirem a

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

Piaget (1973) citado por Sousa (2006) defende que os pares têm uma grande influência no processo de socialização. Sendo que Piaget é uma referência relativamente ao desenvolvimento moral no período da adolescência defende que o estágio predominante é o da autonomia, onde os adolescentes são capazes de raciocinar moralmente de forma autónoma (Sprinthall & Collins, 2008). Já Erikson considera que durante a adolescência é importante a resolução da crise de identidade pessoal, pelo facto de que o conceito que temos de nós próprios bem como nós vemos e como somos vistos pelos outros é importante para a construção da personalidade da vida adulta (Sprinthall & Collins, 2008).

Logo, é durante a adolescência que se adquire a identidade e se passa ao estado adulto, sendo um marco psicossocial muitas vezes difícil de determinar. A separação dos pais é uma das características da adolescência onde muitas vezes o adolescente pode adoptar comportamentos de rebeldia que muitas vezes deixam os pais surpresos e perturbados. Com este afastamento dos pais existe uma aproximação aos grupos de iguais assumindo uma grande importância a nível afectivo bem como de partilha de ideias e vivências importantes para o seu desenvolvimento (Nunes, 2011).

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

Os afectos podem ajudar os indivíduos a avaliar situações, servindo de critério para a valorização positiva ou negativa das mesmas; preparar as acções pois participam activamente na percepção que cada um tem relativamente às situações vividas e no planeamento das reacções relativas ao meio. Bock, Furtado & Teixeira (1999) caracterizam esta função como “função adaptativa”.

Os mesmos autores referem ainda que afectos têm uma outra característica ligada à consciência, o que permite a cada indivíduo dizer o que sente, por forma a expressar, através da linguagem, as suas emoções.

Segundo Bock *et al* (1999:251)

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

Durante o processo de socialização de cada indivíduo, este pode aprender formas de exprimir as emoções aceites pelo grupo a que pertence. Assim, muitas vezes associam-se reacções do organismo às emoções que são fáceis de se poderem distinguir, considerando-se como “uma espécie de linguagem” (Bock *et al*, 1999:258).

Neste sentido, López & Fuertes (1999) procuram classificar os afectos em dois grupos, no campo concreto da sexualidade, o grupo dos sexo-afectivos e o grupo dos sócio-afectivos.

No primeiro grupo pode encontrar-se o desejo-prazer, a atracção, o enamoramento, a experiência amorosa, a inibição, a rejeição, a dor, a culpa, entre outros. No segundo grupo, os autores contemplam a empatia, o apego, a amizade, a hostilidade, a ira, entre outros.

Segundo os autores, o “desejo sexual e o prazer garantem que os indivíduos se interessem pela sexualidade e, conseqüentemente se assegure a reprodução” (López & Fuertes, 1999:181).

É na adolescência que a afectividade, até aí circunscrita à família, orienta mais intensamente noutras dimensões, nomeadamente nos amigos e amigas da mesma idade e nalguns adultos. Alguns autores referem que é habitual existir uma relação entre a afectividade e a sexualidade, isto é o amor é geralmente acompanhado de desejos sexuais e as relações sexuais são consideradas mais satisfatórias quando integradas numa relação afectiva. Assim, a família tem um lugar privilegiado relativamente aos afectos onde estão incluídas as emoções e os sentimentos, é dentro da família que estes têm um suporte afectivo de modo atingir a vida adulta de forma saudável sendo também muito importantes para o desenvolvimento psicológico (Romanelli, 1997 citado por Pratta & Santos, 2007).

A sexualidade manifesta-se de uma forma mais intensa e clara e começa a estabelecer-se a ligação entre esta e a afectividade. No entanto, nem sempre isto sucede, e alguns adolescentes podem estar apaixonados sem ter desejos sexuais, o que sucede mais frequentemente nas raparigas, enquanto, que nos rapazes podem existir desejos sexuais sem qualquer relação afectiva. Neste contexto, Saavedra, Nogueira & Magalhães (2010) num estudo que realizaram junto de adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade na região Norte de Portugal, referem que

“uma referencia clara à estreita associação da sexualidade das raparigas e o romance/amor, por contraponto ao prazer dos rapazes. (...) destaca-se que as raparigas se orientam essencialmente para as relações amorosas e sexuais, com base nos sentimentos e na cumplicidade afectiva” (Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010:144).

É a partir da adolescência que um rapaz ou uma rapariga podem sentir o desejo intenso de estabelecer com outro jovem uma relação afectiva especial. É o que se chama “estar apaixonado”. Quando este desejo é correspondido pelo outro leva à formação do que que tradicionalmente se denomina de namoro, embora esta palavra, tenha caído em desuso e hoje os adolescentes preferam dizer “ando com” a “namoro com”.

As primeiras relações amorosas dos jovens, normalmente são vividas de forma muito intensa, pois esta é uma etapa repleta de surpresas e de experiências fascinantes. Como refere Cordeiro (2009:308) “uma fase em que começa, muitas vezes, sem se saber muito porquê e que evolui com diversos ritmos e desenlaces”.

Por outro lado, muitos adolescentes vivem com angústia o facto de nunca terem namorado e têm medo de não virem a encontrar alguém que goste suficientemente deles ou de não terem coragem de mostrar ao outro, os seus sentimentos e desejos. A afectividade, neste sentido, é um aspecto da vida do adolescente que pode ser controlada por ele, pois pode sentir-se atraído afectivamente por outro e não concordar com essa atracção, ou quer deixar de gostar do outro e não conseguir e/ou pode deixar de gostar do outro e ter pena que esse facto tenha acontecido. Também Andrade (1995) defende que existem obstáculos à abordagem aos afectos entre os adolescentes, como os medos, as dúvidas e os sentimentos de culpa. Neste sentido, a autora reforça a ideia de que os afectos passam a transcendência do contacto e desejo físico, mas sim as sensações e emoções associadas aos sentidos, onde a linguagem corporal assume especial importância.

No entanto a sexualidade é algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte, em cada etapa da vida. Os adolescentes, os adultos e os idosos são sexuados; têm interesses sexuais e expressam a sua sexualidade através de diferentes comportamentos.

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

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

Assim, como refere Galvão citado por Fernandes (s.d.), a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos indivíduos.

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

“uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se

sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental” citado por Almeida, Marinho & Tavares (2010).

A sexualidade humana é, sem dúvida, uma realidade que envolve o indivíduo no seu no quotidiano, que projecta como um impulso, quer para o amor, quer para a violência. Cada indivíduo vive a sua sexualidade de forma diferente de acordo com a educação recebida pela família, pelos amigos, pela escola, pelo local onde vive, pelos meios de comunicação, entre outros e esta experiência interfere na construção da personalidade da pessoa e, portanto, na sua saúde.

Como referem López e Fuertes, (1999:16) “a sexualidade não só mediatiza todo o nosso ser como também é mediatizada pelo que somos”.

Segundo Sprinthall & Collins (2008:405) a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”. A fase da adolescência marca, em definitivo, a afirmação de si mesmo e abertura aos outros (Braconnier & Marcelli, 2000 e Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2003).

Os adolescentes e jovens encaram as experiências e os comportamentos de risco inerentes às suas práticas sexuais com muita dose de aventura e irresponsabilidade.

Na opinião deste autor, “estes comportamentos dão-se de uma forma frequentemente não programados, acompanhados por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas não vivenciadas e desejadas” (Frade *et al*, 2003 citado por Fernandes, s.d.:46).

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

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

A sexualidade destaca-se como o campo onde a busca por autonomia é exercida de forma única e com a urgência característica dos adolescentes. Assim, as trajectórias de vida são marcadas por exigências quanto ao desempenho e as afirmações sobre o “eu” no mundo, caracterizando-se, entre outras dimensões, por ténues fronteiras entre a intimidade, formas de ser, padrões socioculturais e por ditames da sociedades de consumo (Oliveira, Pontes, Gomes & Salgado, 2009).

Em relação aos jovens e adolescentes portugueses, constata-se que cada vez mais cedo iniciam a sua actividade 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 *Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre*

adolescência e ter mais parceiras do que elas (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998; Matos & Gaspar, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010), confirmando assim a presença do duplo padrão sexual.

No que diz respeito à estabilidade das relações sexuais, é possível comprovar um maior número de relações dos rapazes (média de mais de três parceiros sexuais) do que nas adolescentes da mesma faixa etária, que apresentam uma média de um parceiro (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010). Tal como se verifica noutros estudos europeus, os resultados para Portugal também indiciam uma assimetria entre os sexos quanto à actividade sexual (início e número de parceiros), sendo o país onde mais se verifica esta diferença (Ross, Godeau & Dias, 2004 citados por Saavedra *et al*, 2010).

Estes resultados vêm, mais uma vez, chamar a atenção para as desigualdades existentes na sociedade portuguesa, valorizando-se o aspecto romântico e de envolvimento amoroso por parte das raparigas e uma maior liberdade para os rapazes, valorizando-se socialmente a quantidade de relações estabelecidas por estes. Esta tipologia de discursos socialmente construída tem vindo a reforçar/legitimar os comportamentos dos adolescentes e jovens de ambos os sexos e a literatura tem reforçado a necessidade de se entenderem profundamente estes discursos, a fim de se poder diminuir eficazmente o número de grávidas adolescentes e o número de infecções por HIV/SIDA, nos adolescentes e jovens (Lopes, 2004; Saavedra *et al*, 2007 citados por Saavedra *et al*, 2010).

Sendo assim ao se falar em educação sexual para os jovens esta deve transmitir informação de modo a evitar comportamentos prejudiciais à saúde. Os profissionais de saúde 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). Isto porque cada vez mais os adolescentes iniciam a sua vida sexual precocemente, 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.

Podendo existir comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes que incluem: violência sexual; consumo de drogas ilícitas; doenças sexualmente transmissíveis; gravidez precoce e não planeadas; HIV e aborto (Vilelas, 2009).

1.2.1 – Enquadramento legal

A sexualidade é uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, este plano serviu de base para a elaboração do diagnóstico de situação bem como para o projecto de estágio, visto que o Plano Nacional de Saúde 2012/2016 encontra-se numa fase de implementação.

O Ministério da Saúde definiu como metas através do referido PNS (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. Analisando o PNS 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.

No entanto com a implementação do novo PNS 2012/2016 verificamos que continua a haver uma preocupação com os adolescentes onde no ponto 13.

“JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL, dos 10 aos 24 anos, engloba a adolescência, desde a puberdade até aos 20 anos e a juventude, dos 15 aos 24 anos. A prática de estilos de vida saudáveis contribui para uma melhor saúde ao longo da vida e, a infância e adolescência, são **períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis.**” (PNS 2012:5).

Fazendo ainda menção a que existe um benefício para a saúde se existirem intervenções adequadas a nível das “i) Promoção das relações parentais; ii) Estilos de vida saudáveis; (...) v) Relações saudáveis e planeamento familiar; vi) Serviços de saúde adequados ao adolescente;” (PNS 2012:26).

O crescente interesse pelas questões relacionadas com os problemas, as necessidades dos indivíduos nesta fase do ciclo vital e a troca de experiências de investigação e de acção dos diversos ramos do saber, têm levado ao desenvolvimento de políticas conducentes à criação de programas de educação e promoção de saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de qualidade aos adolescentes. Sendo a sua saúde e bem-estar entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano, importa salientar que, como refere Cordeiro (2009:25) “Acresce que a promoção da saúde dos jovens terá que ter como agentes, além dos próprios, a família, a escola, os meios de comunicação social – numa palavra – toda a sociedade”.

A OMS preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde, onde cada vez mais tem de existir uma preocupação de modo a existir uma educação para uma sexualidade saudável e responsável.

A 24 de Março de 1984 com a publicação da 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 preâmbulo 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 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 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.

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 ao ser considerada com uma etapa evolutiva do ser humano, sendo um momento crucial do seu desenvolvimento, assinalada pela aquisição da imagem corporal definitiva como ainda a estruturação final da personalidade. Por isso mesmo “não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenómeno da adolescência” (Osório, 1989 citado por Oliveira, Carvalho, Silva, 2008:307).

Cada vez mais a sexualidade humana tem de ser encarada como constituída pelas componentes fisiológicas, morfológicas, afectivas, emocionais, culturais bem como pela diferença de género, hoje em dia é vista cada vez mais como parte da formação integral do ser humano, envolvendo a escola e a comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009:2).

Vilar & Ferreira (2008) citado pela Ordem dos Enfermeiros (2009:2) refere-nos que os “jovens portugueses têm hoje uma iniciação sexual mais precoce do que as gerações anteriores e esta ocorre sobretudo em relações com amigos ou namorados”, no entanto é de salientar que as “raparigas atribuem alguma importância à aprendizagem obtida junto da família, em particular das mães” mas acaba por ser a “informação trocada com o grupo de amigos aquela que acaba geralmente por prevalecer na formação dos jovens”.

1.2.2 – Afectos

Para Ferreira & Nelas (2006) 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.

É na adolescência que a afectividade, até aí circunscrita à família, orienta mais intensamente noutras dimensões, nomeadamente nos amigos e amigas da mesma idade e nalguns adultos. Alguns autores referem que é habitual existir uma relação de afectividade e sexualidade, isto é o amor é geralmente acompanhado de desejos sexuais e as relações sexuais são consideradas mais satisfatórias quando integradas numa relação afectiva. Assim, a família tem um lugar privilegiado relativamente aos afectos onde estão incluídas as emoções e os sentimentos, é dentro da família que estes têm um suporte afectivo de modo

a atingir a vida adulta de forma saudável sendo também muito importantes para o desenvolvimento psicológico (Romanelli, 1997 citado por Pratta & Santos, 2007).

Segundo Bock *et al* (1999:251)

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

Os afectos podem ajudar os indivíduos a avaliar situações, servindo de critério para a valorização positiva ou negativa das mesmas; preparar as acções pois participam activamente na percepção que cada um tem relativamente às situações vividas e no planeamento das reacções relativas ao meio. Bock *et al* (1999) caracterizam esta função como “função adaptativa”.

Os mesmos autores referem ainda que os afectos têm uma outra característica ligada à consciência, o que permite a cada indivíduo dizer o que sente, de forma a expressar, através da linguagem, as suas emoções.

1.2.3 – Violência no namoro

Na opinião de Cordeiro (2009) a agressividade origina muitas vezes nos indivíduos um sentimento negativo podendo ser considerado um sinónimo de violência, podendo ser considerado “uma forma de reagir às situações difíceis, anómalas, perigosas, ou que põem em causa o bem-estar” (Cordeiro, 2009:451).

No entanto estamos perante violência sexual quando alguém obriga por qualquer meio, um indivíduo a submeter-se a qualquer forma de exposição sexual, desde o toque, a manipulação ao acto 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, sendo considerado crime, segundo o Código Penal Português.

Segundo Cordeiro (2009), apesar de se desconhecer em Portugal a sua verdadeira dimensão crê-se que se trata de um problema frequente. Refere ainda o autor que da análise dos casos se permite afirmar que cerca de 90% dos abusos acontecem em meio familiar e mesmo na maioria dos outros 10% a família conhece o agressor e que só 1-2% dos casos, o agressor é um desconhecido ou estranho, é de mencionar que 25% dos jovens em Portugal, entre os 15 e os 25 anos, já foram vítimas de violência no namoro (Machado, Matos & Martins, 2008).

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 IST, gravidez, consumos nocivos,

entre outros. A prevenção com especial atenção para a detecção precoce dos casos, são sem dúvida, o investimento fundamental a par do respectivo encaminhamento e apoio às vítimas (Cordeiro, 2009).

1.2.4 – Gravidez na adolescência

Na opinião de Neto (2004) a gravidez na adolescência, pode ser consequência de uma experiência sexual precoce e muitas vezes devida à 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 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 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 (Neto, 2004).

Duarte (1997) citado por Neto (2004:2) refere 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 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.

1.2.5 – Infecções sexualmente transmissíveis

O início da vida sexual nos adolescentes pode ser um momento agradável, no entanto se não existirem as precauções adequadas pode existir o risco de contrair uma IST, sendo as mais comuns o VIH/ SIDA, gonorreia, clamídia, herpes, verrugas genitais e a sífilis (Cordeiro, 2009). No entanto muitos adolescentes adoptam padrões de risco cada vez mais precocemente e, na escolha de estilos de vida, o fracasso de negociação dos obstáculos próprios desta fase do desenvolvimento, podem trazer consequências sérias para a saúde como alcoolismo, ou outras drogas e IST, entres outras (Sousa, 2000).

As IST 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 infecções 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 a sexualidade e os riscos a ela associados. No entanto existem outras IST para além do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), não sendo mortais ou incuráveis, podem ser potencialmente graves (Sousa, 2000).

O não conhecimento de aspectos elementares da sexualidade, da contraceção e da procriação, como também a existência de crenças inadequadas, continuam a ser características da maior parte dos adolescentes. A falta de informação sobre medidas preventivas e locais de apoio à sexualidade na adolescência dificulta uma prevenção eficaz (Sousa, 2000).

1.2.6 – Métodos contraceptivos

Em Portugal, segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde de 2009, 85,1% da população feminina em idade fértil usa um método de contraceção e desta percentagem, 19,48% não faz vigilância em consulta de planeamento familiar. Os métodos contraceptivos mais utilizados, de acordo com o mesmo inquérito, são a pílula, o preservativo e o DIU (Dispositivo Intra-Uterino). Já na faixa etária dos dos 15 aos 19 anos os métodos contraceptivos mais usados são respectivamente a pilula e o preservativo (INE e INSA, 2009).

Relativamente aos métodos contraceptivos mais adequados a este grupo etário a Direcção Geral da Saúde através do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008), faz algumas recomendações tais como: a contraceção hormonal oral apresenta benefícios

para a adolescente, não só pelo efeito contraceptivo, mas também na regulação dos ciclos; melhoria da acne; prevenção de quistos funcionais do ovário e diminuição da dismenorreia; os métodos naturais não estão indicados na adolescência pela sua baixa eficácia agravada pelas irregularidades do ciclo nesta fase; o preservativo é o método de eleição, associando este a um outro método contraceptivo eficaz, de forma a prevenir simultaneamente a gravidez e as IST.

1.3 – 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” (Stanhope & 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, desde 1986. Tal como se pode constatar na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, no Quênia, 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. Ainda, pelo facto de as doenças transmissíveis terem sofrido um aumento considerável, foi feito um apelo no sentido de ser dada uma maior prioridade ao controlo na transmissão destas doenças. De igual forma, foram destacados como aspectos-chaves no maior sucesso na promoção da saúde, a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político e, a criação de condições que permitam aos indivíduos um maior controlo sobre as suas próprias vidas.

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

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. Onde 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 deste modo “La educación para una sexualidade saludable se evidencia, así, como imprescindible y como parte integrante de la educación general.” (M. F. Martins, 2007:4).

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.

1.4 – MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O 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).

Ao recorrer à educação para a saúde, esta pode ser considerada como uma “base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Stanhope & Lancaster, 1999:266). 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).

A promoção da saúde baseia-se na “filosofia dos cuidados primários e na teoria da aprendizagem social de Bandura” (Kérouac et al.1994 citado por Lopes, 1999:56) no entanto o “ambiente é apresentado como o contexto social no qual se processa a aprendizagem” e os “cuidados de enfermagem são perspectivados com o objectivo de promover, de reforçar e desenvolver a saúde” através do “processo de aprendizagem” (Lopes, 1999:56).

Albert Bandura, psicólogo social autor da teoria da Aprendizagem Social, veio propor que para ocorrer mudança de comportamento de um indivíduo, no meio da sociedade em que está inserido, está ocorre através da observação de comportamentos de outros indivíduo e dos seus resultados, Bandura propôs ainda que o individuo tem a capacidade para aprender determinados comportamentos novos, apenas pela observação e pela

imitação (Bandura, 1986 citado por Tani, Bruzi, Bastos & Chiviacowsky 2011 e Vila, Diogo e Vieira, 2008) não esquecendo que “la acción, la cognición y los factores ambientales” interagem de tal maneira que são inseparáveis uns das outros (Bandura, 1987 citado por Vielma e Salas, 2000:35).

Esta teoria defende que o contacto social origina aprendizagem e que a manifestação de emoções é influenciada pelo contacto social, na opinião de Bandura citado por Fontana (1991) os jovens escolhem um adulto como modelo e através da observação tentam ter o mesmo tipo de comportamento, deste modo os indivíduos interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. Neste sentido, os profissionais de saúde nomeadamente “os enfermeiros devem ter consciência de que servem de modelos para os outros” (Stanhope e Lancaster, 2011:995), de modo a promover a saúde das populações.

Ao recorrer à educação para a saúde, esta pode ser considerada como uma “base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito” (Stanhope & Lancaster, 1999:266). 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).

1.5 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, passou de uma obra de caridade a profissão, trocou os conhecimentos empíricos por científicos, ganhando um corpo de conhecimentos próprios: técnicos, teóricos, relacionais e humanos (Collière, 1989).

Tendo em conta as competências dos enfermeiros estes são considerados educadores para a saúde, sendo que ensinar é cuidar. Ao mesmo tempo Leininger (1984) citado por Carvalho & Carvalho (2006:3) refere-nos que a enfermagem é:

“Uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais ou de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significação física, psicocultural e social, para aqueles que são assistidos”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, definiu saúde como sendo “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Carvalho & Carvalho, 2006:8), no entanto Déjours (1993) citado por Carvalho & Carvalho (2006:9) refere que a “Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”. A educação pode ser considerada como um processo de desenvolvimento das capacidades do próprio indivíduo, este processo pode conduzir à saúde podendo fazer parte

do seu projecto de vida (Carvalho & Carvalho, 2006). A educação para a saúde tem de ser vista de uma forma holística de modo a que o indivíduo possa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando as suas crenças e estilos de vida (Carcel, 2000 citado por Carvalho & Carvalho, 2006), Tones e Tilford (1994) citado por Carvalho & Carvalho (2006:25) referem que 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”.

O exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária centra-se na relação interpessoal entre si e o indivíduo, ou entre si e um grupo de indivíduos (família ou comunidades).

Neste sentido, a prática profissional do enfermeiro deverá inserir-se num contexto de actuação multiprofissional, na qual o planeamento de saúde é um dos seus pilares. Para que se processe é necessário iniciar um diagnóstico de situação que permite identificar os problemas e necessidades de um grupo ou de uma comunidade.

O Internacional Council of Nurses (ICN) 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” (2008:8).

Em contexto dos Cuidados de Enfermagem, o planeamento em saúde apresenta-se como uma das suas ferramentas de eleição. Assim, torna-se necessário formar enfermeiros que se especializem nesta área e possam dar o seu contributo para actuar junto da população. Neste sentido, o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro que no preâmbulo define que um enfermeiro especialista deve ter:

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

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

Por sua vez, e mais concretamente o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública através do Regulamento n.º 128/2011, refere-nos que, este deve desenvolver a sua prática “centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projectos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Phaneuf (2005:2) define competência como “O conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos socio-afectivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma actividade.”, podemos então referir que as competências do enfermeiro está relacionada com os cuidados de excelência, sendo este um caminho em constante construção através da formação de qualidade. Na mesma linha de pensamento Benner (2001:43) refere que “competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”.

A Ordem dos Enfermeiros define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, em que refere que o enfermeiro especialista

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

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

Sendo a enfermagem uma profissão com o objectivo de

“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos enfermeiros, 2011:7)

onde o enfermeiro especialista é

“habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar,

além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem dos enfermeiros, 2011:7).

O mesmo documento caracteriza os cuidados de enfermagem com:

- “1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;(...)
 - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;” (Ordem dos enfermeiros, 2011:8).

Sendo os enfermeiros um grupo privilegiado nos cuidados de saúde em parceria com outros profissionais, estes tem na opinião de Latter (1998) citado por Carvalho e Carvalho (2006:38) “um papel chave na promoção da saúde”. Os enfermeiros têm a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos desenvolvendo “estratégias para a promoção e manutenção de estilos/comportamentos saudáveis e prevenção da doença da população, investindo na informação em saúde em larga escala e sua utilização na melhoria da qualidade de vida” (Correia, Dias, Coelho, Page, Vitorino, 2001:76). A promoção de comportamentos saudáveis é uma das principais funções dos enfermeiros durante a sua prática diária (Carvalho e Carvalho, 2006). Lash (1990) citado por Carvalho e Carvalho (2006) os enfermeiros são educadores para a promoção de comportamentos saudáveis através de: ouvir os indivíduos, conhecer as suas convicções, desenvolver uma relação de ajuda, ajudar na tomada de decisões bem como esclarecer as dúvidas que possam surgir.

Sendo assim os enfermeiros podem ser considerados como agentes facilitadores das mudanças de comportamentos que se querem realizar (Correia et al, 2001:78).

Cada vez mais existe uma preocupação com a educação como o informar e formar cada vez melhor, sendo a escola uma das referências básicas, para existir um resultado positivo o mais importante não é

“basear a educação sexual apenas no uso de preservativos e anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Saito e Leal, 2000 citado pela Ordem dos Enfermeiros, 2009:3).

Os enfermeiros ao serem profissionais na área saúde com “formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação” (Oliveira, et al, 2008 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2009:4).

Em suma a Ordem dos Enfermeiros (2009:5) recomenda que os enfermeiros são “favoráveis à inclusão de uma disciplina de educação sexual nas escolas, tanto para os alunos do Ensino Básico, como para os alunos do Ensino Secundário” e ao mesmo tempo e que a “educação sexual escolar deve ser leccionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto lectivo, grupos focados no tema e individualmente” e que a educação sexual não se resume à “anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” sendo o enfermeiro 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”.

2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Sendo o diagnóstico de situação a primeira fase do planeamento em saúde este deve ir ao encontro das necessidades da população à qual o projecto visa abranger. Tavares (1990), refere-nos que quando se fala em diagnóstico da situação, á 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 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.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

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 realizou o estágio.

Relativamente à caracterização demográfica da cidade de Portalegre, com base na consulta dos Censos 2001 sendo a única informação disponível na data de elaboração do diagnóstico de situação e do projecto de intervenção, tendo uma população residente de 25 814 (INE, 2001).

2.1.1 – Escola EB 2, 3 Cristóvão Falcão

A Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão em Portalegre 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 possui 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual, Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química
Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

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 EB 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 (EBCF, 2012).

2.1.2 – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

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

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

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

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

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

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre possui um total de 627 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 271 alunos no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (divididos por várias turmas desde o 7.º ao 9º ano de escolaridade), 10 alunos pertencentes a uma turma do Curso Educação e Formação de nível básico, e ainda 346

alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 211 nos Cursos Científico-Humanísticos, 26 no Curso Tecnológico de Desporto e 109 em Cursos Profissionais.

2.2 – RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO

Tendo em conta as etapas do planeamento em saúde foi elaborado durante o 2º semestre do 1º ano do II Mestrado em Enfermagem entre Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012, um diagnóstico de situação na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos do 8º, 9º e CEF, a recolha de dados foi feita através da aplicação de um questionário respondido de forma voluntária e anónima pelos jovens, com consentimento prévio dos encarregados de educação.

A amostra utilizada para o diagnóstico de situação foi de 116 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos.

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 (anexo II).

Após a análise dos dados recolhidos na escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, 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 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;
- 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.

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.

Relativamente as atitudes dos adolescentes face à sexualidade e após a análise dos dados recolhidos foram levantados os seguintes problemas:

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade;
- 25% 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).

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

- Clarificação de conceitos relativamente ao tema sexualidade responsável;
- Esclarecimento de dúvidas sobre a utilização de métodos contraceptivos;
- Abordar temas tais como mudanças corporais, afectividade, namoro, violência no namoro, gravidez na adolescência e IST;

Os resultados do diagnóstico de situação serviram de ponto de partida para a elaboração do projecto de estágio bem como a preparação e execução das actividades planeadas para serem desenvolvidas na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira durante o estágio realizado.

3 – OBJECTIVOS/ INDICADORES DE RESULTADO

Foram delineados os seguintes objectivos para o presente relatório de estágio:

Objectivo geral:

- Contribuir para uma sexualidade saudável e responsável nos adolescentes que frequentam os 8º, 9º e CEF das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre.

Objectivos específicos:

- Implementar actividades no âmbito da sexualidade saudável e responsável de acordo com as necessidades identificadas no diagnóstico de situação.
- Realizar actividades apropriadas às necessidades dos adolescentes de modo a prevenir comportamentos de risco nomeadamente IST, gravidez na adolescência e violência no namoro, através de sessões de informação em Abril de 2012.
- Aprofundar competências no desempenho como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

No entanto temos de definir indicadores, de modo a avaliar e controlar os projectos e programas implementados (Tavares, 1990). A fixação de objectivos para os problemas diagnosticados como prioritários só é possível tendo em conta a definição dos indicadores de saúde: relação entre uma situação específica e uma determinada população (Imperatori & Giraldes 1982).

Os dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação são respectivamente (Imperatori & Giraldes, 1982):

- Impacto ou resultado;
- Execução ou actividade.

Os primeiros medem as alterações verificadas num determinado problema de saúde por esse motivo não foram elaborados porque são definidos a longo prazo, enquanto os segundos visam medir as actividades desenvolvidas num curto espaço de tempo (Imperatori & Giraldes 1982).

Sendo assim tendo em conta os objectivos propostos anteriormente os indicadores de actividade elaborados são respectivamente:

- 80% dos adolescentes adquiram conhecimentos sobre sexualidade saudável e responsável;

n.º de adolescentes que responderam discordo totalmente “o preservativo só evita a gravidez”
_____ x 100 =
n.º total de adolescentes que responderam aos questionários

n.º de adolescentes que responderam discordo totalmente “o uso de pilula previne as IST”
_____ x 100 =
n.º total de adolescentes que responderam aos questionários

- 80% dos adolescentes achem importante este tipo de intervenções;

n.º de adolescentes que acharam importante a intervenção
_____ x 100 =
n.º total de adolescentes que responderam aos questionários

- 80% dos adolescentes refiram estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” em relação aos temas abordados;

n.º de adolescentes que responderam estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”
_____ x 100 =
n.º total de adolescentes que responderam aos questionários

- Que se realizem todas as sessões de educação para a saúde planeadas.

N.º de sessões realizadas
_____ x 100 =
Nº de sessões programadas

Através dos indicadores definidos anteriormente pretendemos dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados junto dos adolescentes demonstrado assim os ganhos em saúde, bem como melhorar os cuidados e fazer uma reflexão cuidadosa da nossa prática diária.

4 - ESTRATÉGIAS

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

Para Frade, Alverca & Vilar (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, tendo por base a relação educador/educando, indispensável ao sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno, de modo a impedir constrangimentos causado por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos participantes se sintam seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade (Ferreira *et al*, 2004).

Com base nas características atrás descritas nas sessões de informação para a saúde, deve-se partir de conhecimentos individuais e de grupo, 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 as técnicas a usadas durante as sessões de informação para a saúde (Frade *et al.*, 1992) a implementar em ambas as escolas no período de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012:

- Jogo de apresentação ou de “quebrar o gelo” – Joga-se com participantes que não se conhecem previamente, em que se expressam algumas opiniões sobre o tema a abordar;
- Método expositivo – sendo um método muito utilizado devido a existir um controlo do tempo utilizado para as actividades pedagógicas (Marques, 2005)
- Método demonstrativo – este tipo de método transmite um saber fazer (Marques, 2005)
- Utilização de questionários – Utilizados para recolher conhecimentos e opiniões existentes (Frade *et al.*, 1992).

Tendo sido planeadas como estratégias a apresentação de diapositivos sobre os temas escolhidos dentro da sexualidade nomeadamente adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos. Elaboração de um filme para ser visualizado após as sessões servindo de resumo, onde foram mencionados os principais temas abordados durante as sessões, entrega de folhetos e cartaz para ser afixado na própria escola. A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objectivo nas sessões de educação. No final da sessão será entregue um questionário que servirá para recolher informação sobre conhecimentos adquiridos bem como a satisfação dos adolescentes após a participação nestas sessões de educação para a saúde e posteriormente analisado através do programa SPSS.

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 (Ferreira *et al*, 2004) tendo sido feita através da entrega de folhetos e cartaz.

No entanto nunca devemos esquecer que para haver mudança de comportamentos nos adolescentes estes ocorrem através da imitação e observação dos comportamentos de outros neste caso os colegas e profissionais de saúde, logo a teoria da aprendizagem social de Bandura é muito usada na promoção da saúde e nos cuidados de saúde primários.

Pretende-se a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens adolescentes melhorar a gestão dos seus processos de crescimento (Ferreira *et al*, 2004).

5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/ EXECUÇÃO

As sessões apresentadas na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão tiveram como ponto de partida o diagnóstico de situação elaborado em Fevereiro de 2012, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira as sessões ocorreram a pedido da direcção da escola onde já tinha sido elaborado um diagnóstico de situação previamente pelo I Mestrado de Enfermagem. Tendo existido uma parceria entre as duas escolas e a Escola Superior de Saúde de Portalegre. Para a realização destas sessões existiram reuniões prévias de modo a colmatar as lacunas identificadas anteriormente e as reais necessidades levantadas pelas escolas e pelos adolescentes, nestas reuniões foram acertadas datas e definidos horários tendo em conta o calendário escolar bem como os temas a abordar durante as sessões de educação para a saúde com a duração de 90 minutos, onde ficou decidido que seriam a adolescência, sexualidade, afectos, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos.

O estágio decorreu nas instalações das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre, com a duração de 90 minutos onde o número de alunos corresponde ao de cada turma de 8º, 9º ano e CEF, dados fornecidos pelas respectivas direcções de cada escola.

Na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão o número de alunos era respectivamente:

- CEF - 15 alunos
- 9º A - 20 alunos.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira o número de alunos era respectivamente:

- 9º D - 21 alunos
- 8º C - 26 alunos.

As sessões de informação foram realizadas no período de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 repartidas pelos horários facultados pela direcção de ambas as escolas. As sessões decorreram nos dias: (Apêndice I – Horário das sessões de Informação)

- 11 de Abril de 2012 (4ª feira) das 10.15 às 11.45 no 9º D da Escola Mouzinho da Silveira;
- 12 de Abril de 2012 (5ª feira) das 10.15 às 11.45 no 8º C da Escola Mouzinho da Silveira;
- 16 de Abril de 2012 (2ª feira) das 08.30 às 10.00 numa turma de CEF da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão;
- 16 de Abril de 2012 (2ª feira) das 13.40 às 15.10 no 9º A da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Para uma preparação adequada das sessões de educação para a saúde houve a necessidade de fazer uma revisão bibliográfica através de artigos científicos e livros bem como a elaboração de um projecto de intervenção (apêndice II) entregue anteriormente de modo a facilitar a elaboração das sessões de educação para a saúde. Para tal houve a necessidade de serem elaborados Power Points com informação adequada e imagens apropriadas ao tema exposto, para além disso houve a necessidade de criar folhetos sobre métodos contraceptivos e violência no namoro que foram distribuídos no final das sessões bem como um cartaz sob o tema “Linhas de apoio” com as principais contactos telefónicos a nível nacional importante para uma adolescência saudável e responsável, cartaz este entregue ao professores de modo a ser afixado nas escolas. Houve a necessidade de criar um pequeno filme com os temas abordados em forma de conclusão porque “uma imagem vale mais que mil palavras”. Durante as sessões houve o cuidado de motivar os alunos de forma a reterem a informação fornecida, bem como o esclarecimento de dúvidas em tempo oportuno.

Tendo o estágio sido realizado em duas escolas da cidade de Portalegre nomeadamente a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, em ambas as escolas as sessões foram elaboradas para alunos do 8º e 9º ano de escolaridade e CEF.

Para tal foi elaborado um plano de sessão (apêndice III) que foi dividido em introdução, desenvolvimento e conclusão de modo a facilitar o decorrer das sessões.

Introdução – Para tal foi feita uma breve apresentação dos dois formadores (enfermeiros) e formandos (adolescentes de ambas as escolas) e apresentados os objectivos da sessão. Para tal foram usados como recursos materiais foram utilizados um computador portátil, projector multimédia, materiais didácticos para demonstração da utilização correcta dos métodos contraceptivos.

Desenvolvimento – durante esta etapa os objectivos definidos foram:

- Contribuir para uma sexualidade saudável e responsável;
- Reconhecer a importância da afectividade;
- Sensibilizar para os perigos da gravidez na adolescência;
- Alertar para os sintomas e consequências das IST;
- Informar sobre métodos contraceptivos;
- Alertar para os perigos da violência no namoro.

Onde os temas abordados foram a adolescência, sexualidade, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos, para tal recorreu-se à projecção de diapositivos (apêndice IV) para facilitar a exposição dos temas bem como a demonstração do uso correcto dos métodos contraceptivos (preservativo feminino e masculino).

Conclusão – nesta etapa foi projectado de um vídeo (apêndice V) de modo a fazer o resumo da sessão, foram esclarecidas dúvidas aos adolescentes durante a sessões e após a mesma fomos solicitadas para esclarecimento de dúvidas em privado. No final da sessão foram entregues a todos os adolescentes e docentes folhetos informativos sobre “Violência no namoro” (apêndice VI) e “Métodos contraceptivos” (apêndice VII) foi entregue ainda um cartaz com as principais linhas de apoio para os adolescentes sobre sexualidade (apêndice VIII) com os principais contactos na área da sexualidade para ser afixado na escola. Para além disso foi aplicado um questionário (apêndice IX) de modo a saber a satisfação dos adolescentes bem como os conhecimentos adquiridos e posteriormente tratados estatisticamente através do programa SPSS Statistics, versão 17.0[®] e o programa informático Microsoft Office Excell 2007[®].

6 – AVALIAÇÃO

No final das sessões de educação para a saúde foi aplicado um questionário sendo este constituído por 10 questões de forma a saber a satisfação dos adolescentes, a aquisição de conhecimentos bem como se a informação fornecida foi a adequada.

Foram aplicados 281 questionários, dos quais 193 na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 88 questionários na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, deste total o nosso grupo aplicou um total de 77 questionários dos quais 32 questionários na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 45 questionário na Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Os dados recolhidos foram registados numa tabela no programa Microsoft Office Excell 2007[®] e, processados pelo SPSS Statistics, versão 17.0[®].

6.1 – RESULTADOS GERAIS

6.1.1 – Resultados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

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.

Quadro 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação

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

Todos os jovens inquiridos acharam importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência (quadro 1).

Quadro 2 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência

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

Em primeiro lugar, importa referir que 53 jovens não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade existindo 4 respostas impercetíveis ou impossíveis 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 (quadro 2):

- 10 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
- 5 referem que a formação foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 4 centram a importância da formação no esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ser particularmente importante no esclarecimento das suas dúvidas pessoais sobre estes assuntos;
- 3 acham que uma formação destas serve, sobretudo, para estarem mais seguros, conhecedores dos riscos que correm e “evitar asneiras”;
- Para outros 3 foi muito importante por ser antes do início da vida sexual;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir fazer escolhas mais conscientes;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida futura.

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

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

Apenas cerca de 12,5% do total dos adolescentes se mostrou muito insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados.

31,8% dos adolescentes admitem ter ficado satisfeitos e 55,7% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados (quadro 3).

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

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

A totalidade dos adolescentes em estudo considera que os meios utilizados foram adequados à formação (quadro 4).

Quadro 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida

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

Dos 88 jovens inquiridos, 3 (3,4%) consideram-se muito insatisfeitos em relação à informação apresentada nas sessões de educação para a saúde. No entanto, um pouco mais de 94% mostrou-se satisfeita (44,3%) ou mesmo muito satisfeita (50%) relativamente à referida formação (quadro 5).

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

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

Domínio dos temas	N	%
Suficientes	2	2,3
Bons	21	23,9
Muito bons	65	73,8
Total	88	100,0

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

2,3% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Sendo que 23,9% e 73,8% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respectivamente (quadro 6).

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

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

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

Mais de 36% assumem que ficaram satisfeitos e 58% muito satisfeitos em relação à adequação da formação para o esclarecimento das suas dúvidas (quadro 7).

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

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

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

Todos os jovens admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, exceptuando os 2 inquiridos que não têm opinião formada sobre a questão; cerca de 34% concorda e aproximadamente 64% concordam totalmente com esta afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade (quadro 8).

Quadro 9 – Afectos envolvidos na sexualidade

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

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

A ternura (8 jovens), a intimidade (6 jovens), os abraços (6 jovens), o prazer (4 jovens), o contacto (4 jovens), a paixão (4 jovens), o afecto (3 jovens) e a responsabilidade (3 jovens) são também aspetos mencionados algumas vezes pelos jovens em estudo (quadro 9).

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

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

- 56 das respostas dadas pelos inquiridos incidem sobre as palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 72 respostas referem pelo menos uma destas palavras - carinho, beijos, ternura, abraços, intimidade, contato, afecto e sexo;
- 29 respostas identificam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Sinceridade, Cumplicidade, Fidelidade, Segurança e Companhia;
- Prazer, Satisfação e Desejo foi falado sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;
- Importa também destacar que 3 respostas denotam uma visão pouco optimista em relação à sexualidade, destacando, pelo menos, um dos seguintes aspectos – culpa, insultos e ofensas.

Quadro 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

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

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

Existindo 3 jovens que não manifestaram opinião sobre o assunto e é preocupante, contudo, verificar que mais de 11% do total dos adolescentes concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas para evitar a gravidez (quadro 10).

Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

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

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

Estranhamente, observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta. Assim como, aproximadamente 6% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenção de uma IST (quadro 11).

6.1.2 – Resultados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Através das 4 Quadros 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.

Quadro 12 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação

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

Dos 193 questionários recolhidos 191 (99%) adolescentes, reconheceu como importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência (quadro 12).

Quadro 13 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência

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

Importa sublinhar, desde já, que 119 dos jovens inquiridos não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade, constataram-se 20 respostas impercetíveis ou impossíveis de categorizar – por essa razão foram excluídas da análise de resultados.

De entre os indivíduos que responderam à pergunta acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade verificou-se o seguinte (quadro 13):

- 31 jovens justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;
- 7 referem que a formação foi importante para estarem mais alerta e despertos para os perigos em torno da sexualidade e início da mesma;
- Para 3 a formação foi fundamental para o esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ter sido particularmente importante para evitarem erros no futuro;
- 2 Açam que uma formação destas serve, sobretudo, para lhes dar um sentimento de segurança face ao desconhecido;
- Em 2 casos foi útil para saberem como evitar uma gravidez indesejada;
- 2 indivíduos sublinham que a mais-valia desta formação prende-se com o facto de favorecer comportamentos saudáveis;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir ter um início da sua vida sexual mais seguro;
- Para 1 dos jovens inquiridos a participação nesta formação foi uma forma de crescer;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida.

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

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

Sendo que 3,6% do total dos jovens admite ter ficado insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Destaca-se, porém, que aproximadamente 5% se mostrou indiferente em relação à referida formação.

Por sua vez, mais de 91% referem ter ficado satisfeitos (52,8%) ou muito satisfeitos (38,9%) relativamente aos temas abordados (quadro 14).

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

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

99,5% dos jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação (quadro 15).

Quadro 16 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida

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

Pouco mais de 3% do total dos adolescentes estudados admite ter ficado insatisfeita ou muito insatisfeita em relação à informação fornecida através da formação. Cerca de 5% apresentam-se nem satisfeitos nem insatisfeitos em relação à mesma.

Mais de 50% ficaram satisfeitos e cerca de 40% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na formação sobre sexualidade e adolescência (quadro 16).

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

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

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

Os jovens inquiridos fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores. Existindo apenas um adolescente

que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas (quadro 17).

Cerca de 8% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. No entanto 36,8% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e cerca de 53,4% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre os mesmos.

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

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

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

Mais de 44% admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 46% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas (quadro 18).

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

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

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

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

Pouco mais de 34% concorda com esta afirmação e aproximadamente 57% concordam totalmente (quadro 19).

Quadro 20 – Afectos envolvidos na sexualidade

Afectos	N
Amor	80
Amizade	23
Paixão	6
Carinho	62
Sexo	15
Beijos	14
Intimidade	12
Abraços	7
Afecto	7
Toque	7
Partilha	3
Ternura	3
Masturbação	3
Contacto	3
Confiança	18
Respeito	11
Responsabilidade	7
Companhia	6
Compreensão	2
Prazer	12
Emoção	4
Desejo	3
Atração	2
Violência	4
Tristeza	2
Ansiedade	1

No que respeita aos afectos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (80 jovens), o carinho (62 jovens), a amizade (23 jovens), a confiança (18 jovens), o sexo (15 jovens), os beijos (14 jovens), a intimidade (12 jovens), o prazer (12 jovens) e o respeito (11 jovens) como os mais importantes (quadro 20).

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

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

- 109 das respostas mencionam pelo menos uma das palavras amor, amizade e paixão;
- 134 referem pelo menos uma destas palavras - carinho, beijos, sexo, intimidade, abraços, toque, afecto, ternura, partilha, contacto e masturbação;
- 44 respostas focam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Companhia e Compreensão;
- Prazer, Emoção, Desejo e Atração foi falado 21 vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;
- Sublinha-se porém, que em 7 das respostas verifica-se não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência, Tristeza e Ansiedade.

Quadro 21 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

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

A grande maioria dos jovens discorda (86%) com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. Aproximadamente 4% não tecem qualquer opinião sobre esta questão.

Constatando-se que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez (quadro 21).

Quadro 22 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

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

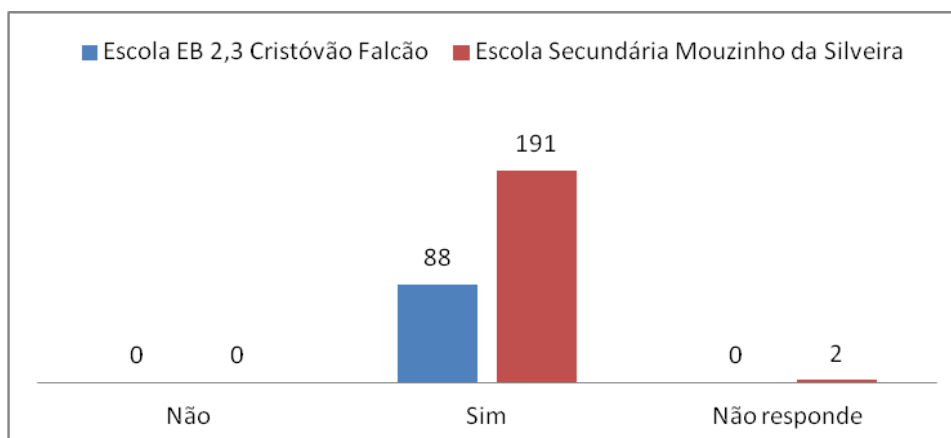
Tal como na resposta à pergunta anterior, se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Cerca de 82% discordam desta premissa (quadro 22).

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

6.1.3 – Discussão dos resultados

Podemos verificar que a quase a totalidade dos jovens (279 jovens) afirmou ser de grande importância a participação em sessões de educação para a saúde sobre sexualidade e adolescência como podemos observar no gráfico 1.

Gráfico 1 – Importância da formação

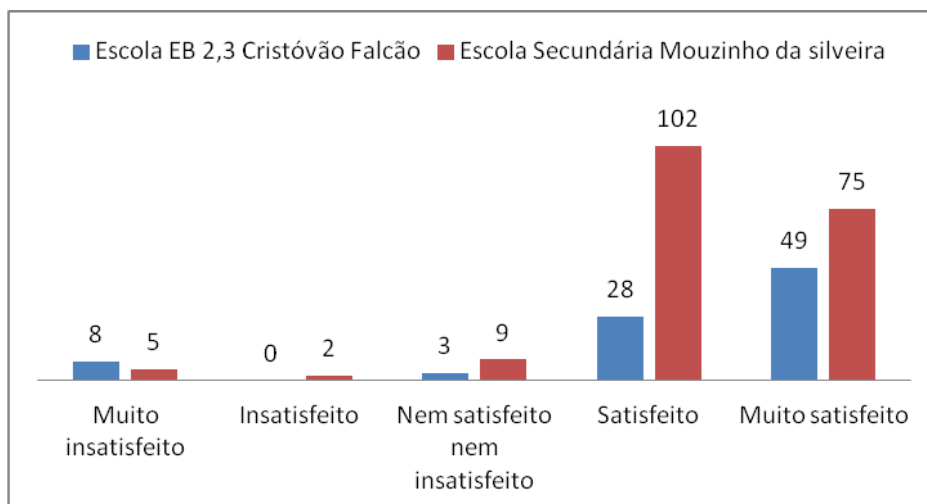


Tendo alguns deles justificados com mais frequência na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão “Mais e melhor informação” (10 jovens), “Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência” (5 jovens), “Esclarecimento sobre DST e IST” (4 jovens) na Escola Secundária Mouzinho da Silveira as respostas foram “Maior qualidade e quantidade de informação” (31 jovens), “Mais alerta e desportos para os perigos” (7 jovens), “Evitar erros futuros” (3 jovens) e “esclarecimento sobre DST e IST” (3 jovens).

Relativamente aos temas abordados durante as sessões de educação para a saúde nomeadamente adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos a grande maioria dos alunos de ambas as escolas demonstraram-se satisfeitos (130 jovens) ou mesmo muito satisfeitos (124 jovens), no entanto 27 jovens manifestaram-se “muito insatisfeito”, “insatisfeito” ou “nem satisfeito nem insatisfeito” como podemos visualizar no gráfico 2.

Em ambas as escolas os alunos fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores. Existindo apenas um indivíduo que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas.

Gráfico 2 – Satisfação com os temas apresentados



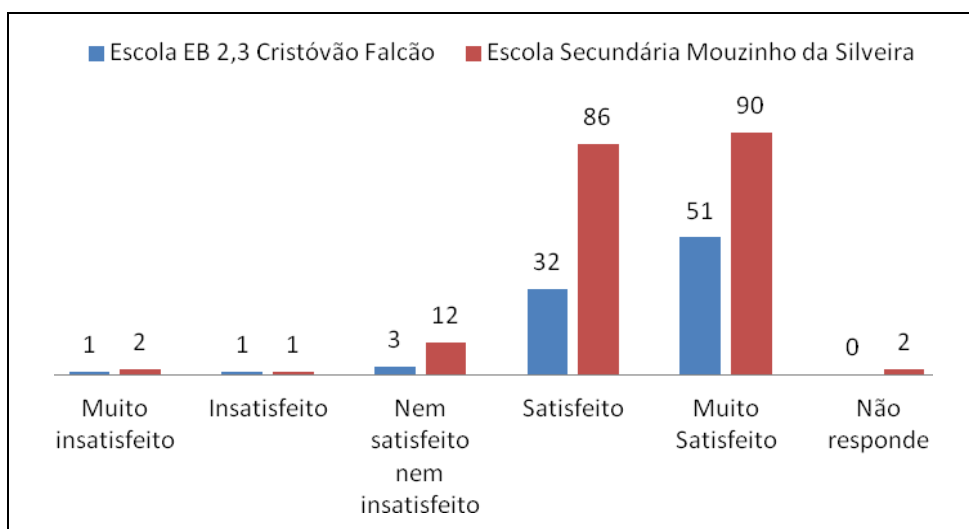
Ao analisarmos os dados das duas escolas relativamente aos meios usados durante as sessões de educação para a saúde na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão a totalidade (100%) dos jovens inqueridos refere que os meios foram os adequados, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira 99,5% dos jovens responde de forma positiva à questão colocada.

Relativamente à informação fornecida em ambas as escolas os alunos respondem de forma bastante positiva, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão 94,3% dos jovens ficaram satisfeitos ou mesmo muito satisfeitos na Escola Secundária Mouzinho da Silveira a resposta foi semelhante onde 91,2% dos inquiridos ficou satisfeito ou mesmo muito satisfeito.

Comparativamente em ambas as escolas em relativamente à questão sobre o domínio dos temas existe uma apreciação bastante positiva, 90,2% Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 97,7% na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Quando analisados os dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas em ambas as escolas verificamos que a grande maioria dos alunos se manifestou satisfeito ao até muito satisfeito num total de 259 jovens. Mas no entanto 20 jovens mostraram-se “muito insatisfeito”, “insatisfeito” ou “nem satisfeito nem insatisfeito” como podemos visualizar no gráfico 3 onde 2 alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira não responderam a esta pergunta.

Gráfico 3 – Esclarecimento de dúvidas

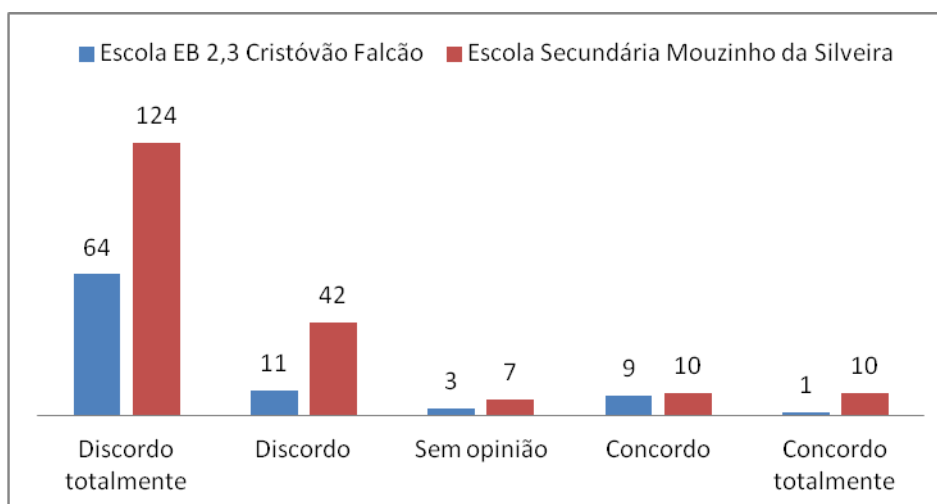


Ao analisarmos a resposta dos adolescentes em relação a que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão cerca de 34% concorda e aproximadamente 64% concordam totalmente com esta afirmação, onde também pouco mais de 34% concorda com esta afirmação e aproximadamente 57% concordam totalmente nos dados recolhidos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

No que respeita aos afectos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor, o carinho, a amizade, a confiança, o sexo, os beijos, a intimidade, o prazer e o respeito como os mais importantes, replicando quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos de ambas as escolas.

A grande maioria dos jovens (241 alunos) discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. 10 alunos não tecem qualquer opinião sobre esta questão. É de preocupar que 30 alunos (10 alunos da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 20 alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira) acreditam que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez como se pode constatar no gráfico 4.

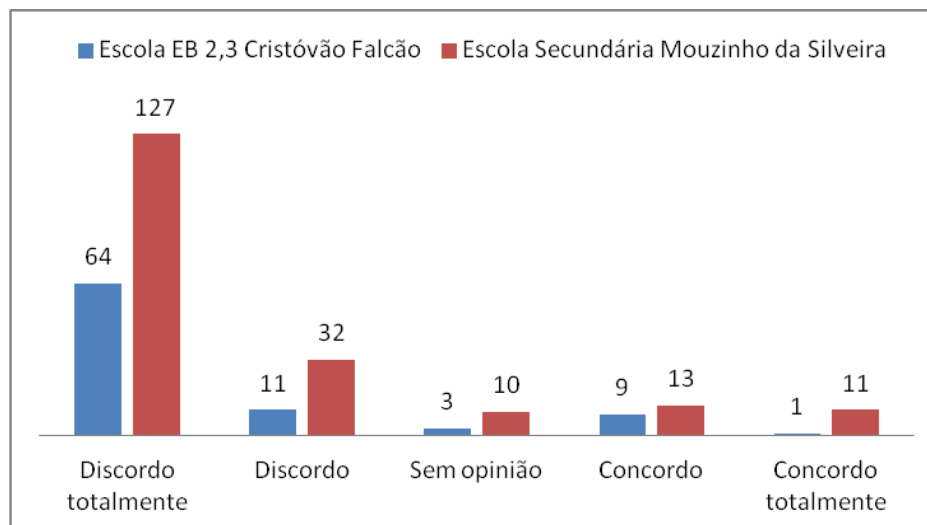
Gráfico 4 – Opinião sobre “O preservativo só evita a gravidez”



Tal como na resposta à pergunta anterior, se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST, onde 234 alunos discordam desta premissa.

Todavia, é surpreendentemente constatar-se que, 13 alunos não têm opinião sobre esta pergunta, e que 34 alunos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST pode se pode verificar no gráfico 5.

Gráfico 5 – Opinião sobre “o uso da pilula previne as IST”



Da análise dos dados recolhidos estamos perante respostas bastante semelhantes embora pertençam a duas escolas diferentes embora da mesma cidade.

Podemos concluir que os adolescentes alvo das sessões de educação para a saúde que decorreram no âmbito do estágio de especialização em enfermagem comunitária reconheceu importância a participação nestes tipo de sessões onde adquiriram conhecimentos sobre adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência; métodos contraceptivos e IST.

Tendo por base os objectivos delineados anteriormente podemos afirmar que mais de 80% dos adolescentes adquiram conhecimentos sobre sexualidade saudável e responsável e que acharam importante este tipo de intervenções. Podemos afirmar que foi positivo este tipo de intervenção em ambas as escolas, tal como nos refere Martins (2007:180) no seu estudo que “La mayoría de los jóvenes se refiere a la Escuela como una potencial fuente de educación sexual” e “Algunos consideran que los Sanitarios serian los más indicados para suministrar los conocimientos y la información más correcta. “Os enfermeiros e os médicos que sabem disso deviam vir dar uma aulas sobre isso”” (Martins, 2007:181).

6.2 – RESULTADOS INDIVIDUAIS

6.2.1 – Resultados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

Os 4 quadros apresentados em seguida apresentam as 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.

Quadro 23 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação

Importância da formação	N	%
Não	0	0
Sim	32	100,0
Total	32	100,0

Todos os estudantes inquiridos consideram importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

Quadro 24 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência

Importância da formação	N
Fornecer informação / informação sobre gravidez / informação sobre sexualidade / informação útil para o futuro	9
Esclarecer dúvidas	2
Saber como nos proteger	1
Evitar a gravidez na adolescência, IST e violência	1

Constatou-se que apenas 13 dos 32 inquiridos responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

Do conjunto dos estudantes que responderam à pergunta acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade verificou-se que, na sua maioria (9), as respostas situam-se em torno da obtenção da informação. Estes acham que é importante a informação adquirida através da formação em termos mais genéricos (6), porém, um específica que foi útil em relação à prevenção da gravidez, outro relativamente à sexualidade. 2 mencionam o facto de ser importante como meio de esclarecer as suas dúvidas. 1 ainda aborda especificamente a questão anticoncepcional referindo que aprendeu a proteger-se. Outro, porém, refere que se esclareceu acerca de como evitar uma gravidez indesejada, uma IST e violência.

Quadro 25 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	4	12,5
Satisfeito	11	34,4
Muito satisfeito	17	53,1
Total	32	100,0

Aproximadamente 13% do total dos jovens admite ter ficado muito insatisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Destaca-se, porém, que perto de 90% referem ter ficado satisfeitos (cerca de 34%) ou mesmo muito satisfeitos (cerca de 53%) relativamente aos temas abordados.

Quadro 26 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados

Meios utilizados	N	%
Não	0	0,0
Sim	32	100,0
Total	32	100,0

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

Quadro 27 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	2	6,3
Satisfeito	13	40,6
Muito satisfeito	16	50,0
Não responde	1	3,1
Total	32	100,0

Apenas 2 indivíduos admitem ter ficado muito insatisfeitos em relação à informação fornecida através da formação.

Aproximadamente 41% ficaram satisfeitos e 50% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na formação sobre sexualidade e adolescência. Destaca-se que existe 1 jovem que não responde à questão.

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

Quadro 28 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

Domínio dos temas	N	%
Bons	8	25,0
Muito bons	24	75,0
Total	32	100,0

De uma forma geral os inquiridos fazem uma apreciação muito positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores. 25% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e 75% consideram que estes demonstraram um muito bom domínio sobre as mesmas.

Quadro 29 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Insatisfeito	1	3,1
Satisfeito	14	43,8
Muito Satisfeito	17	53,1
Total	32	100,0

Apenas 1 indivíduo se demonstrou insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência. Cerca de 44% dos estudantes admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 53% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Entretanto serão tecidas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos acerca das problemáticas da adolescência, sexualidade, contraceção e infecções sexualmente transmissíveis.

Quadro 30 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência

Liberdade e responsabilidade na adolescência	N	%
Concordo	10	31,3
Concordo totalmente	22	68,7
Total	32	100,0

A totalidade dos jovens admite que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Cerca de 31% concorda com esta afirmação e aproximadamente 69% concordam totalmente.

Quadro 31 – Afetos envolvidos na sexualidade

Afectos	N
Amor	17
Amizade	11
Carinho	9
Beijos	3
Prazer	3
Respeito	3
Responsabilidade	3
Confiança	2
Satisfação	2
Abraços	1
Cumplicidade	1
Sexo-afectivo	1
Sinceridade	1
Sócio-afectivo	1
Não responde	3

No que respeita aos afectos envolvidos na sexualidade verifica-se que a maioria dos inquiridos identifica o amor (17 jovens), a amizade (11) e o carinho (9) como os mais relevantes.

Os beijos (3), a responsabilidade (3), o respeito (3) e o prazer (3) são também aspectos mencionados por vezes pelos jovens em estudo; assim como a confiança (2) e a satisfação.

As palavras abraço, cumplicidade, sexo-afetivo, socio-afetivo e sinceridade são mencionadas apenas uma vez.

Importa sublinhar porém que 3 dos jovens inquiridos não respondem a esta pergunta.

Quadro 32 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	24	75,0
Discordo	3	9,4
Sem opinião	1	3,1
Concordo	4	12,5
Total	32	100,0

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. Aproximadamente 3% (1 jovem) não tece qualquer opinião sobre esta questão.

Constata-se ainda que mais de 12% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

Quadro 33 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	21	65,7
Discordo	5	15,6
Sem opinião	5	15,6
Concordo	1	3,1
Total	32	100,0

Tal como na resposta à pergunta anterior, se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Cerca de 81% discordam desta premissa.

Constata-se ainda que, para além dos cerca de 5% de jovens que não têm opinião sobre esta pergunta, 1 inquirido considera que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

6.2.2 – Resultados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Em primeiro lugar, importa referir que, em seguida será analisada o momento formativo na perspetiva do formando, ou seja, são tecidas algumas considerações sobre a 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.

Quadro 34 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação

Importância da formação	N	%
Não	0	0
Sim	45	100,0
Total	45	100,0

Todos os estudantes inquiridos consideraram importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

Quadro 35 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência

Importância da formação	N
Mais informação / esclarecer dúvidas	5
Prevenção / Prevenir atitudes erradas / Prevenir gravidez	4
Saber mais sobre sexualidade e/ou adolescência	3
Não cometer erros	1
Favorece comportamento saudável	1

Importa salientar que apenas 14 dos inquiridos responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

Do total de respostas foi possível perceber que a maioria (5) admite que a formação foi importante sobretudo, como meio de obtenção de mais informação e esclarecer dúvidas; e ainda útil no sentido de ajudar a prevenir atitudes erradas (4) como uma gravidez indesejada, por exemplo. 3 dos inquiridos referem que aprenderam mais sobre sexualidade e/ou sobre a adolescência. 2 jovens mencionam ainda que foi útil para não virem a cometer erros no futuro (1) e que a formação pode favorecer um comportamento saudável (1).

Quadro 36 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	2,2
Satisfeito	27	60,0
Muito satisfeito	16	35,6
Total	45	100,0

Apenas cerca de 4,4% do total dos adolescentes está insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados. 60% dos inquiridos reconhecem ter ficado satisfeitos e cerca de 35,6% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Quadro 37 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados

Meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	45	100,0
Total	45	100,0

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

Quadro 38 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	2	4,4
Satisfeito	27	60,1
Muito satisfeito	15	33,3
Total	45	100,0

Apenas 1, dos jovens inquiridos, se considera muito insatisfeito em relação à informação apresentada na formação. Dos restantes estudantes, aproximadamente 60% mostrou-se satisfeito e 33,3% mesmo muito satisfeito relativamente à referida formação.

A qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos, foi também uma preocupação aquando da elaboração do questionário aplicado

aos estudantes alvo da formação sobre adolescência e sexualidade. Em seguida será feita a análise do domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e a sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Quadro 39 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

Domínio dos temas	N	%
Maus	1	2,2
Suficientes	6	13,3
Bons	16	35,6
Muito bons	22	48,9
Total	45	100,0

Cerca de metade da os adolescentes estudados faz uma apreciação muito positiva relativamente ao domínio dos formadores ao nível das temáticas apresentadas. Apenas 1 jovem considera existir um mau domínio dos temas por parte dos formadores, cerca de 13% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente enquanto aproximadamente 36% e 49% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respetivamente.

Quadro 40 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	6,7
Satisfeito	23	51,1
Muito Satisfeito	18	40,0
Total	45	100,0

Constata-se que mais de 90% dos adolescentes considera-se satisfeita (cerca de 51%) ou mesmo muito satisfeita (40%) relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema. Importa referir ainda que 1 jovem ficou muito insatisfeito e 3 não têm opinião relativamente à questão.

Entretanto, através dos próximos 4 quadros, é possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos, pelos formadores, sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

Quadro 41 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência

Liberdade e responsabilidade na adolescência	N	%
Sem opinião	5	11,1
Concordo	19	42,2
Concordo totalmente	21	46,7
Total	45	100,0

Quase todos os jovens estudados admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Cerca de 42% concorda e aproximadamente 47% concordam totalmente com a afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. 5 dos estudantes inquiridos não parecem ter opinião formada sobre a questão.

Quadro 42 – Afectos envolvidos na sexualidade

Afectos	N
Amor	22
Carinho	10
Confiança	4
Respeito	4
Toque	4
Amizade	3
Paixão	3
Violência	3
Afecto	2
Emoção	2
Intimidade	2
Prazer	2
Tristeza	2
Acto sexual	3
Ansiedade	1
Beijos	1
Contacto	1
Pénis	1
Sentimentos	1
Social	1
Vagina	1

Relativamente aos afectos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (22 jovens), o carinho (11), a confiança (4), o respeito (4) e o toque (4). como os mais importantes, respetivamente.

A amizade e paixão são mencionadas por 3 dos jovens inquiridos, cada uma delas. Por sua vez, é referido por 2 vezes palavras como afecto, emoção, intimidade e prazer. Palavras que estão associadas ao acto ou relação sexual são mencionadas por 3 dos estudantes. Importa referir porém, que em 3 das respostas se verifica não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência (3), Tristeza (2) e Ansiedade (1). Destaca-se ainda o facto de os 2 jovens inquiridos que responderam como afecto a tristeza lhe associam o afecto violência.

Quadro 43 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	32	71,1
Discordo	7	15,5
Sem opinião	3	6,7
Concordo	3	6,7
Total	45	100,0

A generalidade dos adolescentes discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez; Aproximadamente 16% discorda e cerca de 71% discorda totalmente.

Existindo 3 jovens que não manifestaram opinião sobre o assunto. Contudo, é preocupante verificar que outros 3 jovens concordam com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo.

Quadro 44 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	36	80,0
Discordo	4	8,9
Sem opinião	4	8,9
Concordo	1	2,2
Total	45	100,0

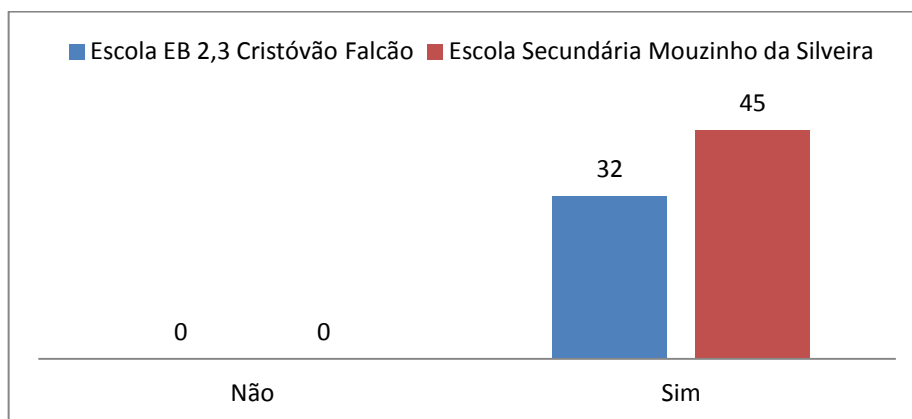
Constata-se que a maioria dos estudantes em estudo respondem corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST. Isto é, cerca de 89% discordam que assim o seja – 80% discorda totalmente e aproximadamente 9% discorda desta afirmação.

Todavia, observam-se 4 indivíduos sem opinião sobre esta pergunta e 1 dos jovens estudados concorda que o uso de pílula é um meio de prevenir uma IST.

6.2.3 – Discussão dos resultados

Podemos verificar que a totalidade dos jovens (77 jovens) afirmou ser de grande importância a participação em sessões de educação para a saúde sobre sexualidade e adolescência como podemos observar no gráfico 6.

Gráfico 6 – Importância da formação



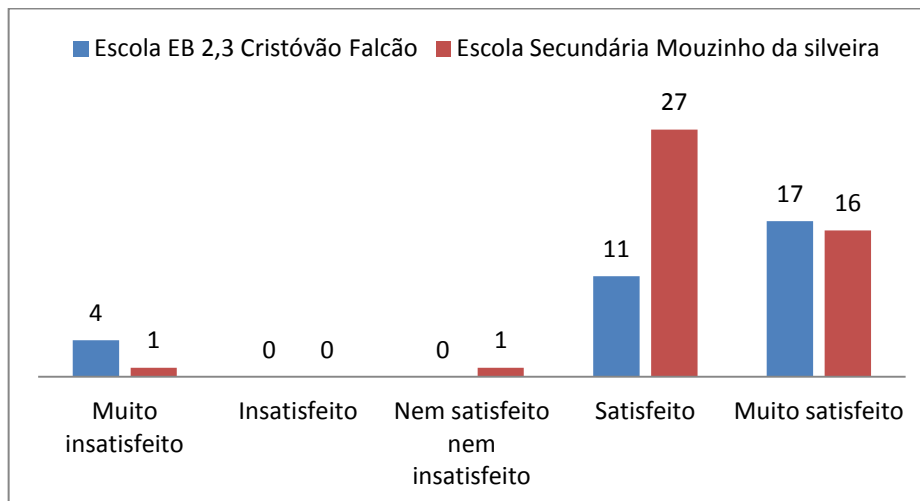
Tendo alguns deles justificados com mais frequência na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão “Fornecer informação/ informação sobre a gravidez e sexualidade e útil para o futuro” (9 jovens), “esclarecer dúvidas” (2 jovens) e “saber como nos proteger” (1) e “evitar a gravidez na adolescência, IST e Violência” (1). Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira as resposta foram “Mais informação e esclarecer dúvidas” (5), “prevenção, prevenir atitudes erradas e prevenir gravidez” (4 jovens), “saber mais sobre sexualidade e/ ou adolescência” (3 jovens) e “não cometer erros” (1) e “favorecer comportamento saudável” (1 jovem).

Relativamente aos temas abordados durante as sessões de educação para a saúde nomeadamente adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST e métodos contraceptivos a grande maioria dos alunos de ambas as

escolas demonstraram-se satisfeitos ou mesmo muito satisfeitos, no entanto 5 jovens manifestaram-se “muito insatisfeito” como podemos visualizar no gráfico 7.

Em ambas as escolas os alunos fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores. Existindo apenas um indivíduo que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas.

Gráfico 7 – Satisfação com os temas apresentados



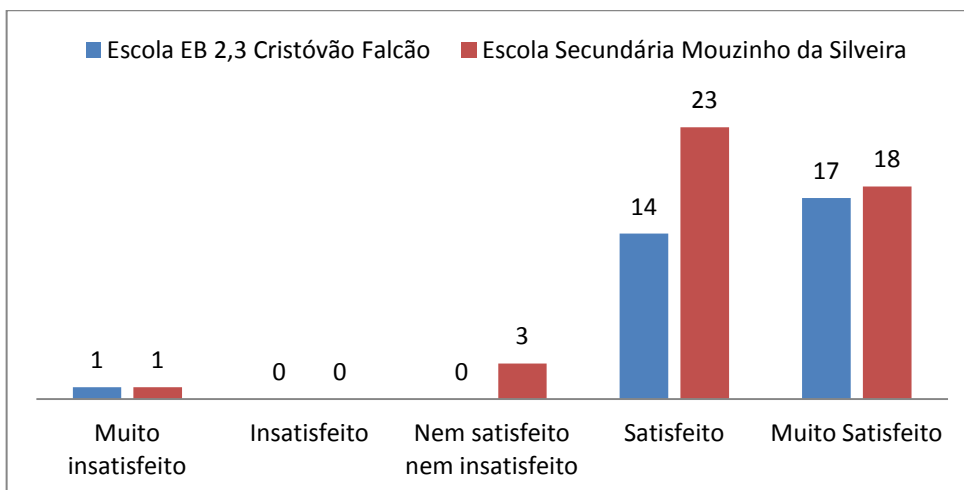
Ao analisarmos os dados das duas escolas relativamente aos meios usados durante as sessões de educação para a saúde em ambas as escolas os jovens referem que os meios foram os adequados (100%).

Relativamente à informação fornecida em ambas as escolas os alunos respondem de forma bastante positiva, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão dos 40,6% jovens ficaram satisfeitos ou mesmo muito satisfeitos (50%) na Escola Secundária Mouzinho da Silveira a resposta foi semelhante onde 60,1% dos inquiridos ficou satisfeito ou mesmo muito satisfeito (33,3%).

Comparativamente em ambas as escolas, relativamente à questão sobre o domínio dos temas existe uma apreciação bastante positiva, 84,5% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 100% de jovens satisfeitos ou muito satisfeitos na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Quando analisados os dados relativamente ao esclarecimento de dúvidas em ambas as escolas verificamos que a grande maioria dos alunos se manifestou satisfeito ao até muito satisfeito num total de 72 jovens. Mas no entanto 2 jovens mostraram-se “muito insatisfeito” e 3 “nem satisfeito nem insatisfeito” como podemos visualizar no gráfico 8.

Gráfico 8 – Esclarecimento de dúvidas

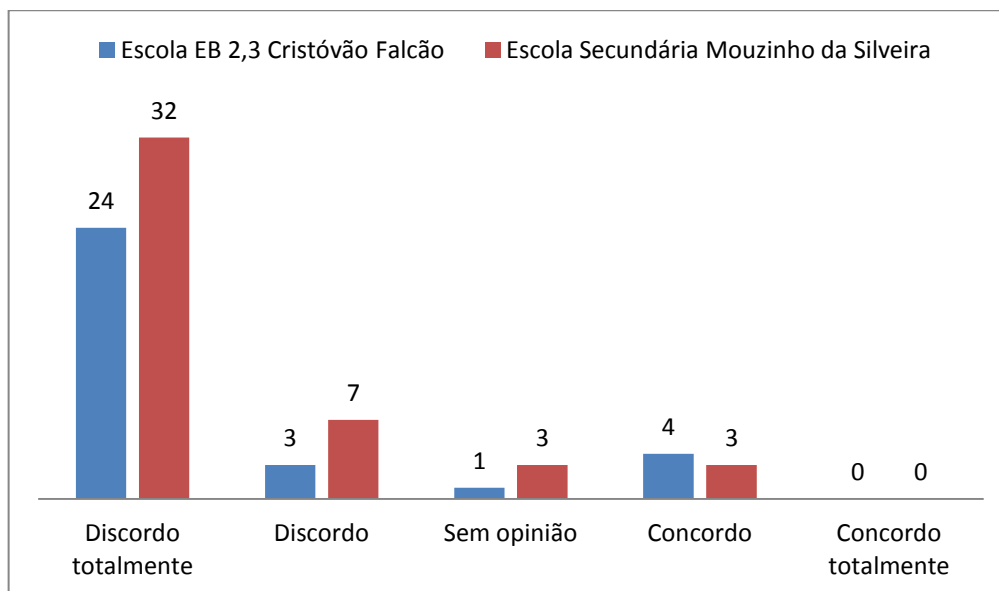


Ao analisarmos as respostas relativamente ao tema, a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão 31,3% concorda e 68,7% concordam totalmente com esta afirmação, onde também pouco mais de 42% concorda com esta afirmação e 46,7% concordam totalmente nos dados recolhidos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 5 jovens não tem opinião formada sob o tema.

No que respeita aos afectos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor, o carinho, a amizade, a confiança, os beijos, o prazer e o respeito como os mais importantes, replicando quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos de ambas as escolas. No entanto é de preocupar que fosse mencionado as palavras tristeza (2) e violência (3) na Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

A grande maioria dos jovens (66 alunos) discorda totalmente ou discordam com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. 4 alunos não tecem qualquer opinião sobre esta questão. É de preocupar que 7 alunos acreditam que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez como se pode constatar no gráfico 9.

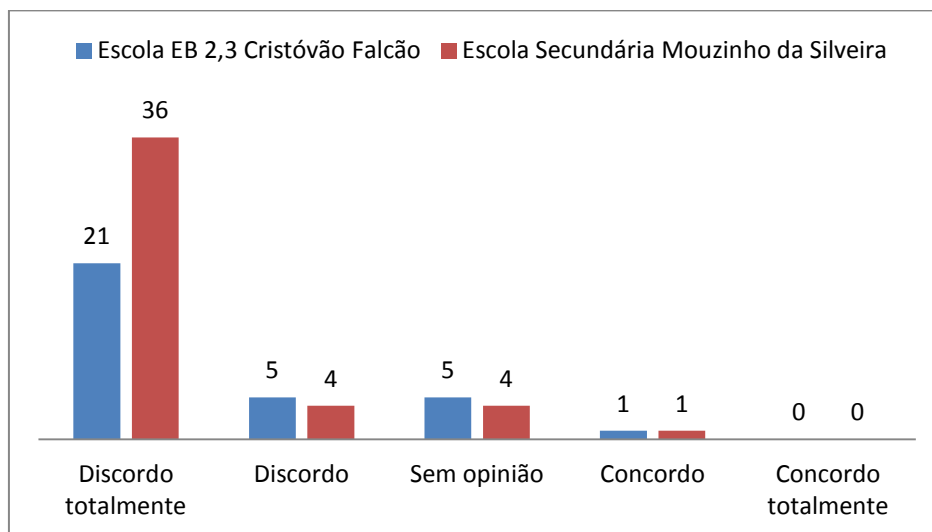
Gráfico 9 – Opinião sobre “O preservativo só evita a gravidez”



Tal como na resposta à pergunta anterior, se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST, onde 66 alunos discordam ou discordam totalmente desta premissa.

Todavia, é surpreendentemente constatar-se que, 9 alunos não têm opinião sobre esta pergunta, e que 2 alunos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST como se pode verificar no gráfico 10.

Gráfico 10 – Opinião sobre “o uso da pilula previne as IST”



Da análise dos dados recolhidos, estamos perante respostas bastantes semelhantes, embora pertençam a duas escolas diferentes da mesma cidade.

Podemos concluir que os adolescentes alvo das sessões de educação para a saúde, que decorreram no âmbito do estágio de especialização em enfermagem comunitária, reconhecem a importância na participação neste tipo de sessões, onde adquiriram conhecimentos sobre adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência; métodos contraceptivos e IST.

Tendo por base os objectivos delineados anteriormente podemos afirmar que mais de 80% dos adolescentes adquiram conhecimentos sobre sexualidade saudável e responsável e que acharam importante este tipo de intervenções. Sendo também importante salientar que os resultados obtidos nos dados gerais e individuais são muito semelhantes.

7 – ANÁLISE CRÍTICA

Cada vez mais o trabalho dos enfermeiros junto dos adolescentes, deve ser visto como um passo importante para estes se tornarem adolescentes saudáveis e responsáveis. No entanto a saúde comunitária, deve ter por base dados reais das população, mas também haver o cuidado por parte dos profissionais para fazerem uma adequada revisão da literatura bem como utilizar dados estatísticos actualizados de modo a puderem ser publicados em artigos científicos de modo a demonstrar o trabalho que se faz diariamente junto das populações.

A promoção da saúde deve ter a sua base nos cuidados de saúde primários que são a entrada no sistema nacional de saúde, mas ao mesmo tempo nas intervenções que fazemos diariamente sejam elas programadas ou não. Mas nunca esquecendo que uma das teorias mais utilizadas é a da aprendizagem social de Bandura que nos refere que para existir mudança em determinado comportamento esta ocorre através da observação, tendo sido de grande ajuda para a concretização do estágio, onde pretendíamos mudança nos comportamentos dos adolescentes.

Para tal o planeamento em saúde ao ser um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação, sendo este o primeiro passo do planeamento em saúde em qualquer processo de intervenção, uma vez que só a partir daqui será possível começar a nossa intervenção. Por esse motivo foi elaborado um diagnóstico de situação na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão do qual foram identificadas necessidades e prioridades tendo em conta os problemas encontrados nos adolescentes dessa mesma escola, para a intervenção na Escola Secundária Mouzinho da Silveira existia um diagnóstico de situação prévio que tinha sido elaborado anteriormente pelos colegas do I Mestrado em Enfermagem. É através do diagnóstico de situação que se descobrem as necessidades de determinada população em estudo.

A elaboração de um projecto faz parte da intervenção comunitária, sendo a partir daqui que fazemos a organização e o planeamento das actividades a desenvolver, tendo em conta os recursos disponíveis, deste modo pretendemos atingir os objectivos propostos e os indicadores delineados anteriormente, contribuindo para uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos adolescentes de modo a serem adolescentes saudáveis com uma sexualidade responsável.

Posteriormente foram marcadas reuniões com os respectivos directores de ambas as escolas para a marcação dos dias das intervenção, bem como a escolha das turmas onde estas iam ser realizadas, foi tido em conta ainda o calendário escolar e as provas de

avaliação de modo a não intervir no bom funcionamento das escolas. Para a realização das sessões de informação recorreu-se à elaboração e apresentação de Power-Point, projecção de um pequeno filme e entrega de folhetos e de um cartaz para afixar nas escolas. Para realizar a avaliação das intervenções, no final das sessões foi aplicado um questionário com 10 questões de forma a saber a satisfação dos adolescentes e a aquisição de conhecimentos. Foram aplicados um total de 281 questionários entre todos os mestrandos, sendo que a intervenção individual incidiu sobre 77 alunos de ambas as escolas repartidos da seguinte forma 32 na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e 45 na Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Os dados foram processados através do SPSS Statistics, versão 17.0[®].

Tendo em conta, os resultados obtidos depois da análise dos 77 questionários preenchidos pelos adolescentes, da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira e quando analisamos os indicadores constatamos que:

- Relativamente ao indicador “80% dos adolescentes adquiram conhecimentos sobre sexualidade saudável e responsável”
 - Tendo em conta a questão “o preservativo só evita a gravidez”, podemos constatar que apenas 72,72% dos 77 adolescentes inquiridos responderam correctamente (“discordo totalmente”), ou seja este indicador não foi atingido na sua totalidade.
 - Em relação à questão “o uso de pilula previne as IST”, apenas 74% dos adolescentes responderam “discordo totalmente”.

Este indicador não foi atingido embora as respostas correctas sejam superiores a 50%.

- Tendo em conta o indicador “80% dos adolescentes achem importante este tipo de intervenções”
 - Ao analisarmos os dados constatamos que 100% dos adolescentes inquiridos acharam importante este tipo de intervenção, logo este indicador foi atingido.
- Ao analisarmos o indicador “80% dos adolescentes refiram estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” em relação aos temas abordados”
 - Quando analisados os dados dos 77 adolescentes constatamos que 92% dos jovens responderam estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com os temas abordados durante as sessões de educação para a saúde, tendo sido atingido o indicador proposto.
- O indicador “Que se realizem todas as sessões de educação para a saúde planeadas” foi atingido em 100% porque as 4 sessões de educação para a saúde

planeadas foram realizadas dentro dos prazos acordados em reuniões prévias com as direcções de ambas as escolas.

Onde as principais conclusões foram que os adolescentes reconheceram a importância das intervenções, bem como a participação neste tipo de sessões onde adquiriram conhecimentos sobre adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e IST.

Em síntese, podemos concluir que os indicadores definidos anteriormente foram atingidos na sua grande maioria e desta forma demos visibilidade aos cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo contribuímos de forma positiva para ganhos em saúde junto dos adolescentes.

O estágio foi uma etapa imprescindível no percurso académico, tendo permitido pôr em prática os conhecimentos teóricos adquiridos de modo a desenvolver competências e reforçando os conhecimentos adquiridos. Este teve vários pontos fortes nomeadamente a disponibilidade das escolas para a realização das sessões de educação para a saúde bem como o interesse demonstrado por parte dos alunos sobre o tema abordado, e ao mesmo tempo foi importante de modo a melhorar o acompanhamento dos adolescentes nesta fase bem como o esclarecimento de dúvidas. O contacto com os adolescentes em contexto escolar foi um contributo muito positivo de modo a aprofundar conhecimentos e competências na área de especialização em enfermagem comunitária, mas também para o desenvolvimento pessoal e profissional. Embora existam pontos fortes, é necessário salientar as suas limitações nomeadamente ao ser uma área de intervenção nova e ao mesmo tempo este ser um tema ainda considerado tabu como é a sexualidade na adolescência. No entanto, este estágio proporcionou um número variado de experiências, revelando-se uma fonte insubstituível de conhecimentos na área da enfermagem comunitária bem como a importância das intervenções desenvolvidas junto dos adolescentes.

Deste modo pretendeu-se adquirir e consolidar conhecimentos teóricos e práticos no âmbito da saúde comunitária, com o intuito de uma melhor preparação para o acompanhamento quer de adolescentes quer de comunidades, sendo assim cada vez é mais importante a formação dos enfermeiros de modo a existirem cuidados de enfermagem de qualidade e ao mesmo tempo permitir a reflexão.

No entanto para a nossa prática diária como enfermeiros nunca devemos esquecer o código deontológico que no artigo 80.º faz referência ao dever para com a comunidade

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (Ordem dos enfermeiros, 2011:69).

Durante a realização do estágio no âmbito da intervenção comunitária junto dos adolescentes em duas escolas da cidade de Portalegre, e tendo por base o Regulamento n.º 128/ 2011 publicado a 18 de Fevereiro de 2011 foram adquiridas as seguintes competências:

- Elaboração de um diagnóstico de situação pertencente à Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão em Portalegre tendo por base o planeamento em saúde e as suas etapas;
- Analisadas as variáveis sócio-económicas dos adolescentes pertencentes ao estudo do diagnóstico de situação;
- Identificadas as necessidades dos adolescentes relativamente ao tema sexualidade;
- Elaborado documento e disponibilizada a informação junto de outros profissionais;
- Foram definidos objectivos e indicadores para a intervenção na comunidade escolar do 3º ciclo tendo por base o PNSE e o PNS como guia orientador bem como o diagnóstico de situação para a intervenção em ambas as escolas;
- Elaborado um projecto de intervenção tendo em conta a solução dos problemas identificados no diagnóstico de situação tendo em conta os recursos materiais e humanos disponíveis;
- As estratégias planeadas foram ao encontro dos objectivos e indicadores inicialmente planeados de modo a permitir mudanças nos comportamentos dos adolescentes sendo estes considerados um grupo prioritário de intervenção;
- Estabelecida uma parceria entre as duas escolas da cidade de Portalegre e a Escola Superior de Saúde de Portalegre de modo a garantir a eficácia das intervenções;
- Elaborados folhetos, cartaz e filme de forma a promover comportamentos saudáveis e empoderar os adolescentes;
- Aplicado um questionário de modo a avaliar a eficácia do projecto de intervenção elaborado bem como a satisfação dos adolescentes.

CONCLUSÃO

Este relatório de estágio surge como um documento elucidativo da aprendizagem obtida durante o estágio que decorreu no período de 14 de Fevereiro a 27 de Junho de 2012 na cidade de Portalegre, pretende-se fazer uma descrição de todo o trajecto de aprendizagem bem como de enriquecimento pessoal e profissional. A enfermagem ao ser uma profissão com uma grande área de intervenção técnica e científica deve existir uma vontade de aprendizagem constante. Este estágio teve uma grande importância de modo a possibilitar uma consolidação de conhecimentos bem como a aquisição de competências na área de enfermagem comunitária, este relatório de estágio foi elaborado tendo por base os objectivos gerais e específicos planeados inicialmente bem como as competências inerentes à Especialização em Enfermagem Comunitária, tendo sempre por base a reflexão e as experiências vivenciadas durante o estágio bem como os conhecimentos adquiridos.

Sabendo que a adolescência é marcada por alterações profundas, não somente a nível biológico, mas também na capacidade cognitiva, nas expectativas sociais e no desenvolvimento da personalidade, o adolescente enfrenta muitas escolhas que distinguem a adolescência como estágio único do desenvolvimento humano. Como refere M. F. Martins (2007:45) “se existe alguma característica comum a todos os adolescentes, ela chama-se diversidade” citando Prazeres (2000:18).

Assim, esta é a fase em que os comportamentos exploratórios e de experimentação são mais acentuados, o exercício da sexualidade é um dos desafios diários, constantemente estimulado a uma liberdade para a qual o adolescente pode não ter a maturidade de assumir, o que pode gerar, muitas vezes, sentimentos de confusão e solidão.

Embora os adolescentes de hoje alcancem mais cedo a maturidade biológica, fruto da melhoria das condições de vida, a maturidade psicossocial, pois o pensamento abstracto atinge o seu auge cerca dos 15-16 anos, assim “é a partir desse tipo de pensamento que passa a ser possível formular hipóteses, teses, defendê-las, argumentar pelo absurdo, usar combinações lógicas e até experimentar toda a gama de caminhos e as respectivas hipóteses de opções” (Cordeiro, 2009:32).

A sexualidade humana é um fenómeno multifacetado que na adolescência assume um papel de especial relevância, pelas características específicas do adolescente. Assim, assume, segundo Cordeiro (2009:305) “várias vertentes: dos afectos à comunicação, passando pela companhia, partilha (...), reprodução, amizade e tantos outros aspectos”. Neste contexto, o conceito de sexualidade é mais amplo do que a palavra sexo, que representa o acto fisiológico, devendo ser abordada de forma multidimensional.

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 deterioração 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 entanto a mudança de estilos de vida bem como a adopção de hábitos saudáveis é um dos pilares da promoção da saúde que corresponde à prevenção primária.

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).

O ideal é que os jovens encarem a sexualidade como uma parte integrante das suas vidas, mas que se trata de uma noção completamente diferente de reprodução. A sexualidade é uma fonte de prazer que simultaneamente fomenta a comunicação e a afectividade entre dois indivíduos, mas que também pode ter um cunho reprodutivo, desde que parta do desejo expresso e consciente dos intervenientes.

Quando se planeia em saúde deve existir a preocupação de respeitar as três fases sendo elas a elaboração do plano (constituída pelo diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos e a preparação da execução) a execução e a avaliação, no entanto deve-se ter em conta que o planeamento, é um processo contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1982).

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.

Este relatório permitiu a descrição das actividades desenvolvidas durante a unidade curricular estágio bem como enunciar as competências adquiridas ao longo do mesmo. Durante este período pudemos constatar a abrangência do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que assenta na prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis.

A importância da elaboração deste relatório de estágio constitui um facto importante, de tal modo que se tornou numa realidade possível. Sendo que este estágio é um processo de experiência de aprendizagem pessoal extremamente relevante numa área tão difícil como a intervenção numa comunidade escolar de adolescentes, considerando-se muito produtivo para o desenvolvimento e crescimento profissional, pessoal e para a aprendizagem quer no campo teórico, técnico quer relacional mas também de modo a promover a reflexão.

Como aspectos facilitadores do estágio é de salientar a disponibilidade de ambas as escolas (Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira) bem como dos orientadores de estágio, tendo sido um etapa de “despertar” para novas realidades, saberes e sentires.

Ainda no decorrer do estágio foi aplicado um questionário e posteriormente feita a sua análise, concluímos que os adolescentes reconhecem importância à participação nestes tipo de sessões onde adquiriram conhecimentos sobre adolescência, sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência; métodos contraceptivos e IST, de modo a promover e encorajar a comportamentos saudáveis.

Como sugestão propomos que se mantivesse este campo de estágio devido a ser uma área de intervenção prioritária e de grande interesse tanto para os profissionais na área da saúde bem como para as escolas.

Para finalizar, consideramos ter atingido os objectivos propostos inicialmente para este relatório, tendo sido elaborada uma reflexão das actividades desenvolvidas ao longo do estágio bem como das competências adquiridas.

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.
- Almeida, T.; Marinho, S.; Tavares, S. (2010, Abril-Junho). Educação Sexual: quem deve ser o formador? In *Revista Percursos*, 16, 25-34.
- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora, 11-16.
- 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: 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.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bock, A., Furtado, O. & Teixeira, M. (1999). *Psicologias – Uma Introdução ao Estudo da Psicologia*. (13.^a edição). São Paulo: Editora Saraiva.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brasil, L.; Mitsuri, R.; Pereira, A.; Alves, R. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. In *Revista Análise Psicológica*, 4, 465-483. Acedido em 10 de Novembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a04.pdf>.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Collière, M.(1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 1.^a. Edição. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente – Dos 10 aos 19 anos* (1ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P., (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 2. Pp. 75 – 82. Acedido em 03 de Dezembro de 2012 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>.
- 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.
- Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão [EBCF] (2010). *Agrupamento de Escolas Cristóvão Falcão*. Acedido em 14 de Fevereiro de 2012 em http://ebcf.edu.pt/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=34
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2012). *Escola*. Acedido a 12 de Março de 2012 em <http://www.esms.pt/escola/>
- Facci, M. (2004, Abril). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. *In Cad. Cedes, Campinas*, 62 (24), 64-81. Acedido em 11 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20092.pdf>.
- Fernandes, A. (s.d.). *A Educação para a Sexualidade. Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Acedido em 27 de Dezembro de 2011 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap2.pdf.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... In *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (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 trajectórias 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>
- Fontana, D. (1991). *Psicologia para professores*. (2ª Edição). São Paulo: Editora Manola LTDA.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- 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_bo ui=70631&DESTAQUESmodo=2.
- INE, INSA. (2009). Inquérito Nacional de saúde 2005/ 2006. Lisboa: Portugal. Acedido em 24 de Junho de 2012 em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/NS_05_06.pdf
- International Council of Nurses (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Acedido em 05 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital ESEP*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>
- Lakatos, E. & Marconi, M. (1992). *Metodologia Científica* (2.ª edição, pp. 159-209). São Paulo: Editora Atlas.

- Lopes, M.. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Gráfica 2000.
- López, F. & Fuertes, A. (1999) *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF (Original publicado em 1989).
- Machado, C., Matos, M. & Martins, C. (2008). “*Violência nas relações de Intimidade*”. Braga: Universidade do Minho. Acedido em 22 de Março de 2012 em <http://www.igualdade.gov.pt/index.php/pt/accoes/praticas-bem-sucedidas/campanhas-e-premios/265-campanha-contr-a-violencia-no-namoro>
- Marques, M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação* (5): 153-171. Acedido em 12 de Março de 2012 em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34900509>
- 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 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>

- Neto, A. (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.
- Nunes, M. (2011). Tempo e família: ciclos ou percursos familiares. In Rebelo, L. (2011). *A família em medicina geral e familiar – conceitos e práticas*. Lisboa: Verlag Dashöfer.
- Oliveira D., Pontes A., Gomes A. & Salgado L. (2009, Outubro-Dezembro). Atitudes, Sentimentos e Imagens na Representação Social da Sexualidade entre Adolescentes. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 13 (4), pp. 817-823. Acedido em 06 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a18.pdf>.
- Oliveira, T.; Carvalho, L.; Silva, M. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev. Bras. enferm.* Vol.61. n.º 3. Brasília. Acedido a 30 de Novembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a05v61n3.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. In Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 28 de Maio de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer 109/2009 do Conselho de *Enfermagem – Educação sexual nas Escolas*. In Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 de Novembro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2011). REPE, Estatuto ordem dos enfermeiros. Acedido em 03 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- PORTUGAL, Código Penal. (s.d.). Acedido em 04 de Março de 2012 em <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/portugal.penal.95.pdf>

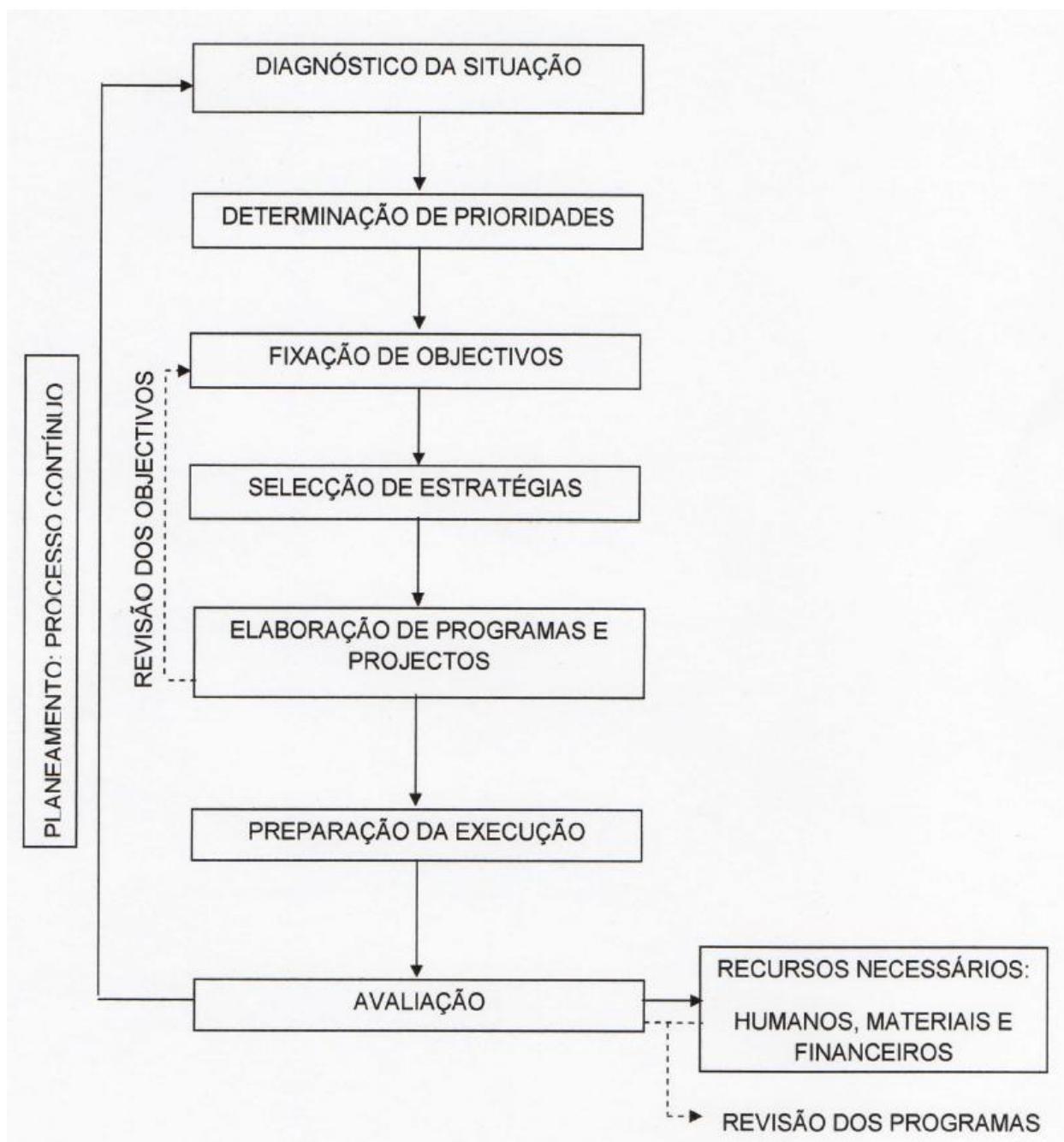
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Edição revista actualizada, Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido a 1 de Dezembro de 2011 em http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11230_2.pdf
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde*. 2004/2010: Volume I – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde*. 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde*. 2012/2016. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 03 de Setembro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Pratta, E.; Santos, M.; (2007, Maio-Agosto). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*. Vol. 12, n. 2, p. 247-256 acedido em 10 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>.
- Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (2010, Janeiro-Março). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. In *Educação & Sociedade*, 110, (31), 135-156. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Santos Silva, A., Santos, I.. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. Vol. 19, núm. 4, Outubro-Diciembre, pp. 745-753 acedido em 26 de Abril de 2012 em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71416100018.pdf>
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência: Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.
- Sousa, P. (2006). Desenvolvimento moral na adolescência. In *O portal dos psicólogos*. Acedido em 12 de Dezembro de 2011 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf>.
- Sprinthall, N.; Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (4.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, (4ª Edição). Lisboa: Lusociência.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tani, G.; Bruzi, A.; Bastos, F. & Chiviakowsky, S.. (2011) O estudo da demonstração em aprendizagem motora: estado da arte, desafios e perspectivas. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* Vol.13. n.º 5. pp. 392-403. Acedido em 29 de Novembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n5/a11v13n5.pdf>.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vielma, E., Salas, M.. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, Vol. 3, n.º 009. pp. 30-37. Acedido em 29 de Novembro de 2012 em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35630907>.
- Vila, C., Diogo, S. e Vieira, A. (2008). Aprendizagem. *Psicologia – O portal dos psicólogos*. Acedido em 30 de Novembro de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0125.pdf>.
- Vilar, D. (2003). *Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento (Original publicado em 2002).
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau.

ANEXOS

Anexo I – Etapas do planeamento em saúde

ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE



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

Anexo II - Exemplar do Instrumento de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

Questionário: _____

Turma _____ Data ____/____/____ Idade _____ Sexo _____

Situação conjugal dos teus pais _____

Com quem vives _____

Religião _____ Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

Sigo fielmente as normas _____ Existem normas com as quais não me identifico _____

Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

Sentes dificuldade em conversar com os teus pais? SIM NÃO Se SIM porquê? _____

Tens um amigo/a com tendências homossexuais? SIM NÃO

Preocupa-te a SIDA? SIM NÃO

Andas preocupado com a imagem corporal? SIM NÃO

Refere com quem preferes abordar e esclarecer-te sobre todos estes assuntos (assinala com X, podes escolher mais do que um dos itens)

Pai	
Mãe	
Outro familiar	
Amigos	
Colegas da Escola	

Professores	
Padre	
Internet	
Livros	
Revistas	
Televisão	

Qual a frequência com que falas com a tua mãe e/ou com o teu pai sobre:

1 – Nunca 2 – Pelo menos duas vezes 3 – Frequentemente (atribua um dos valores a cada item)

	MÃE	PAI
Gravidez		
Preservativo		
Relações sexuais entre jovens		
Vida sexual dos adultos		
Sonhos molhados		
Pornografia		
Mudanças corporais na adolescência		
Aborto		
Namoro		
Homossexualidade		
Período menstrual		
Sida		
Outras doenças sexualmente transmitidas		
Pílula		
Masturbação		
Crimes sexuais		

Consideras-te bem informado sobre os assuntos relacionados sobre a Sexualidade?
Porquê?

Como consideras que tem sido o papel dos teus pais na tua educação sexual? (assinala com X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel dos teus amigos na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel da escola na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel da igreja na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel da televisão na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel da INTERNET na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel dos livros científicos na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Como consideras que tem sido o papel da Imprensa escrita na tua educação sexual?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

1 - discordo totalmente
definida

2 - discordo bastante

3- Não tenho posição

4 - concordo bastante

5- concordo totalmente

As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas.

1	2	3	4	5

O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão.

1	2	3	4	5

A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

1	2	3	4	5

Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

1	2	3	4	5

O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos.

1	2	3	4	5

A prostituição deveria ser legalizada.

1	2	3	4	5

Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

1	2	3	4	5

As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

1	2	3	4	5

As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

1	2	3	4	5

As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afecto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

1	2	3	4	5

O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

1	2	3	4	5

Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exactamente o que merece.

1	2	3	4	5

O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

1	2	3	4	5

As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

1	2	3	4	5

A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

1	2	3	4	5

Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

1	2	3	4	5

A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

1	2	3	4	5

A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres.

1	2	3	4	5

A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

1	2	3	4	5

A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

1	2	3	4	5

Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

1	2	3	4	5

É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração

APÊNDICES

Apêndice I – Horário das sessões de Educação para a saúde

Horários

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

Grupo I – Nazaré e Alexandra
Grupo II – Valentyna e Ana

Grupo III – Leandro e Carla
Grupo IV – Francisco e Paula

Apêndice II – Projecto de Intervenção

Suporte Informático

Apêndice III – Plano de sessão

PLANO DE SESSÃO

Data: Abril de 2012

Formadores: Alexandra Rodrigues e Maria da Nazaré Piçarra

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

Tema: Adolescência saudável, Sexualidade responsável (sexualidade, afectividade, violência no namoro, gravidez na adolescência, IST, métodos contraceptivos)

Recursos: Humanos – Formadores

Materiais – Computador portátil, projector multimédia, materiais didácticos (questionário e folhetos)

Metodologia: Jogo de apresentação, método expositivo e demonstrativo e utilização de questionário

Fase da sessão	Sequência didáctica	Objectivos	Conteúdos programáticos	Metodologia e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema a abordar e motivação dos alunos	Apresentar o grupo de enfermeiros aos alunos Apresentar os objectivos da sessão Resolver em grupo um questionário	Apresentação dos grupos (alunos e enfermeiros) Objectivos da sessão	Expositivo Apresentação Trabalho em pequenos grupos Utilização de questionário	Computador Projector	15 min

<p>Desenvolvimento</p>	<p>Exposição do tema a abordar</p>	<p>Contribuir para uma sexualidade saudável e responsável</p> <p>Reconhecer a importância da afectividade</p> <p>Sensibilizar para os perigos da gravidez na adolescência</p> <p>Alertar para os sintomas e consequências das IST</p> <p>Informar sobre métodos contraceptivos</p> <p>Alertar para os perigos da violência no namoro</p>	<p>Definição de sexualidade</p> <p>Afectos</p> <p>Violência no namoro</p> <p>Gravidez na adolescência</p> <p>IST</p> <p>Métodos contraceptivos</p>	<p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p>	<p>60 min</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Final de sessão</p>	<p>Esclarecer dúvidas de maneira a não ficarem questões por esclarecer</p> <p>Sintetizar as principais ideias da sessão</p> <p>Preenchimento de questionário</p>	<p>Resumo dos temas abordados</p> <p>Visualização de filme</p> <p>Recolha do questionário</p>	<p>Expositivo</p> <p>Utilização de questionários</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>Questionário</p> <p>Folhetos</p> <p>Cartaz</p>	<p>15 min</p>

Apêndice IV – Diapositivos utilizados nas sessões de educação para a saúde

Suporte Informático

Apêndice V – Video usado durante a sessão de educação para a saúde

Suporte Informático

Apêndice VI – **Folheto “Violência no namoro”**

LINHAS DE APOIO

Linha de Emergência Nacional: 112

Linha Telefónica de Apoio à Vítima de
Violência Doméstica:
800 202 148

Associação de Apoio à Vítima – APAV
apav.sede@apav.pt

Comissão para a Cidadania e Igualdade
de Género: sig@ciq.gov.pt

Associação de Mulheres contra
Violência (AMCVD):
amcvportugal@hotmail.pt

União Mulheres Alternativa e
Resposta (AMAR):
amar_lisboa@netcabo.pt

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio da
Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária
do II Mestrado em Enfermagem

Alexandra Rodrigues
Maria da Nazaré Piçarra



VIOLÊNCIA NO NAMORO

VIOLÊNCIA NO NAMORO

O que é?

Ocorre numa relação amorosa, quando um exerce poder e controlo sobre o outro, com o objectivo de obter o que deseja, causando dano.

A violência no namoro pode ser:

- Física;
- Emocional/Psicológica;
- Sexual.

Estamos perante uma relação violenta quando:

- Controla o teu telemóvel;
- Te obriga a mostrares-lhe a tuas mensagens e e-mails;
- Diz mal de ti aos amigos;
- Te empurra e te puxa os cabelos;
- Faz chantagem (perderes peso, vestir da forma que ele gosta);
- Te força a actos sexuais que não desejas;
- Te culpa pelo seu comportamento agressivo;
- Toma decisões por ti;
- Te persegue para todo o lado;
- Não valoriza as tuas opiniões;
- É ciumento e possessivo, não quer que saias com as tuas amigas e amigos;
- Controla todos os teus movimentos;
- Te humilha à frente das tuas amigas e amigos;
- Não aceita que queiras terminar a relação;
- Ameaça espalhar rumores se acabares com a relação.

Medidas de Segurança

- Mudar de número de telemóvel e e-mail;
- Mudar a fechadura do cacifo da escola;
- Procurar andar acompanhado (a);
- Procurar caminhos alternativos aos que usavas para te deslocares habitualmente;
- Falar com pessoas de confiança;
- Gravar no telemóvel contactos fundamentais ou de urgência.

COM QUEM PODES FALAR

Podes falar com os teus pais, amigos ou professores, ir ao Hospital ou Centro de Saúde ou apresentar queixa na PSP ou GNR.

Apêndice VII – **Folheto “Métodos Contraceptivos”**

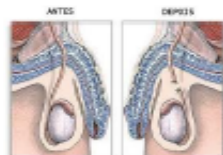
MÉTODOS DEFINITIVOS

A forma mais segura de evitar a gravidez é a esterilização, já que implicam uma intervenção cirúrgica. Não previnem as IST.

Laqueação de trompas – É o corte ou o bloqueio das trompas de Falópio na mulher, que impede que o óvulo seja encontrado pelos espermatozóides.



Vasectomia – A vasectomia é o corte ou o bloqueio dos canais deferentes no homem, impedindo assim a saída dos espermatozóides na ejaculação.



Trabalho elaborado no âmbito do Estágio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária do II Mestrado em Enfermagem

Alexandra Rodrigues
Maria da Nazaré Piçarra



Métodos Contraceptivos



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O QUE SÃO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS?

São métodos anticoncepcionais que têm o objectivo de evitar a gravidez.

MÉTODOS NATURAIS

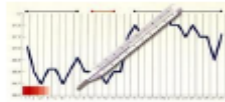
Baseiam-se na determinação através de diversas técnicas de observação, do momento de ovulação da mulher. São altamente falíveis em mulheres jovens e não devem ser aconselhados a casais sem vida sexual estável.

Método do calendário – Anotando o dia em que surge a menstruação, durante uns meses, é possível calcular a altura da ovulação.

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

■ Dias não-fértis
■ Dias férteis

Método das temperaturas – Implica a verificação diária do temperatura da mulher. Sabendo que a temperatura desce um pouco antes da ovulação para subir de seguida, é possível também determinar a altura do período fértil.



Método do Muco cervical – Determina os períodos férteis da mulher com base na secreção e propriedades da mucosa produzida no colo do útero.



CONTRACEÇÃO HORMONAL

Comprimidos de hormonas sintéticas (estrogénio e progesterona) que impedem a ovulação.

Pílula – Deve ser tomada diariamente durante 21 dias consecutivos, seguido de uma paragem de 7 dias.



Anel Vaginal - É constituído por um anel flexível

impregnado de hormonas que são lentamente libertadas e absorvidas para a corrente sanguínea.

Vantagem: Os perigos de esquecimento de tomas são minimizados, uma vez que só há que trocar uma vez por mês.



BARREIRAS QUÍMICAS

Substâncias que destroem os espermatozóides e impedem a implantação do óvulo fecundado no útero.

Espemicidas – Espumas, cremes ou óvulos colocados na vagina antes da relação sexual. Pode ser utilizado em conjunto com o preservativo, melhorando assim, a sua eficácia.



BARREIRAS MECÂNICAS

Impedem o encontro do espermatozóide com o óvulo, impedindo a gravidez e prevenindo as IST.

Preservativo masculino – Manga em forma de saco, de borracha (látex) muito fina. É colocado no pênis antes da relação sexual e recolhe o sêmen num reservatório que tem, impedindo que ele entre na vagina.



Preservativo feminino - É uma versão feminina do preservativo, tem a forma de um tubo feito à base de silicone com um anel na extremidade. Deve ser introduzido na vagina antes da relação sexual.



Apêndice VIII – Cartaz sob o tema “Linhas de Apoio”

Linhas de Apoio

Linha de Emergência Nacional
112

SOS Adolescentes

800 202 484 (chamada gratuita)
Horário de funcionamento: todos os
dias das 14:00 às 18:00

Linha de Ajuda – Sexualidade em linha

808 222 003

Horário de funcionamento: dias úteis das 12:00
às 19:00 e aos Sábados das 10:00 às 17:00

Linha da Sexualidade Segura

800 202 120 (chamada gratuita)
Horário de funcionamento: 24 horas/dia

Portal da Juventude

<http://juventude.gov.pt/portal>

**Linha telefónica de Apoio à Vítima
de Violência Doméstica**
800 202 148



Linha SOS Grávida
808 201 139
(dias úteis das 10:00 às 18:00)



Escola Superior de Saúde de Portalegre

Trabalho elaborado no âmbito do estágio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Comunitária do II Mestrado em
Enfermagem por Alexandra Rodrigues e Maria da Nazaré Piçarra

Apêndice IX – 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 dos 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

