



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



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

**ADOLESCÊNCIA SAUDÁVEL, SEXUALIDADE
RESPONSÁVEL**

**(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM E
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA)**

Maria da Nazaré Cordeiro Piçarra

Fevereiro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

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

ADOLESCÊNCIA SAUDÁVEL, SEXUALIDADE RESPONSÁVEL
(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA)

Maria da Nazaré Cordeiro Piçarra

Fevereiro
2013

“a adolescência é a fase mais saudável da vida, e que alguns dos chamados «problemas» não o são – pelo contrário, correspondem a saudáveis dúvidas, estimulantes angústias e desejáveis instabilidades.”

Mário Cordeiro (2009:199)

Dedicatória

A todos os que me apoiaram e incentivaram a continuar uma "viagem" iniciada a 18 de Fevereiro de 2011, na qual me deparei com vários obstáculos que tive que contornar e ultrapassar para hoje chegar ao meu "destino".

À Professora Doutora Maria Filomena Martins, pela sua disponibilidade, apoio, orientação e percurso formativo que me proporcionou.

A todos os professores do curso, pela sua disponibilidade e dedicação.

À minha mãe, Daniela, sempre presente, pelo seu amor incondicional.

Ao meu pai, António, homem honrado, honesto e íntegro, uma pessoa magnífica.

Mãe e Pai, OBRIGADA por fazerem de mim o que sou hoje!

Ao meu irmão, Bruno, o meu orgulho, um rapaz lutador, como nunca vi igual.

À minha querida tia Lourdes, a companheira que me tem acompanhado desde que nasci.

A minha última dedicatória mais personalizada vai para o meu querido namorado, o Tiago, o meu outro Eu por todos os miminhos que me deu, pelo amor, confiança, paciência, apoio, motivação, sorriso e conforto em momentos que se revelaram tão difíceis e nos quais ponderei cancelar esta minha particular "viagem".

Mãe, Pai, Bruno, Lourdes e Tiago lamento meu o "péssimo feitio", todo o tempo e atenção que não vos disponibilizei nestes últimos tempos das nossas vidas.

A todos o meu MAIS SINCERO e SENTIDO, **MUITO OBRIGADA!**

Agradecimentos

Durante este percurso de conhecimento e crescimento pessoal, reconheço e agradeço a todos os que contribuíram para a elaboração deste curso de mestrado, apresentando-se o presente relatório como o trabalho final para a obtenção do grau académico de mestre em enfermagem e de enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

A realização do presente relatório é o resultado de um esforço persistente e moroso, no qual, muito dificilmente, assumi um papel exclusivo. De facto, diversas foram as pessoas que contribuíram para que o presente fosse concluído, quer com sábias críticas e sugestões, quer com atitudes de grande amizade e generosidade.

À Professora Doutora Maria Filomena Martins, a qual tive o privilégio de ter como orientadora deste relatório de estágio e a quem estou grata pela sua disponibilidade, ânimo, motivação, confiança, paciência, atenção, sabedoria e competência, permitindo levar a termo o presente. A sua orientação criteriosa e crítica incentivou e permitiu a minha evolução pessoal e profissional.

A todos os professores da Escola Superior de Saúde de Portalegre pela sua colaboração, em especial ao Professor Doutor Mário Martins, pela sua competência, sabedoria, motivação e estímulo durante o curso de mestrado.

Agradeço também à minha colega de estágio, Alexandra Rodrigues, pelo apoio, disponibilidade, paciência, motivação e pela construção de uma amizade, que espero se perpetue nas nossas vidas.

Aos meus colegas de serviço por me facilitarem as trocas de turno, pelo apoio e incentivo manifestados nos dias mais difíceis, em especial (por ordem alfabética) à Ana Sebastião, à Filipa Jeremias, ao Gabriel Gonçalves, à Lucinda Jeca, à Mária Pinguicha, ao Rui Silva e à Susana Almeida.

Às Assistentes Operacionais pelo seu apoio e incentivo, especialmente à Ernestina Cachaço, à Jesus Diogo, à Maria José Magrinho, à Paula Salvador e à Piedade da Eira.

Às Directoras das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, locais onde realizei o estágio, pela sua colaboração e disponibilidade, assim como os pais dos adolescentes e a estes.

Um especial agradecimento aos adolescentes do 8.º C e 9.º D da Escola Mouzinho da Silveira, CEF e 9.º A da EB 2,3 Cristóvão Falcão, pela receptividade, interesse e contribuição determinantes para a concretização do estágio e consequentemente do presente relatório.

Por último, os que me são mais próximos e são um estímulo para a minha existência, a minha família, pelo carinho, amor e compreensão demonstrados, sobretudo no período de tempo que dediquei a este relatório, revelando-se, muitas vezes, difícil gerir a sua elaboração com a minha vida pessoal e familiar.

Ao meu amado namorado, Tiago, não sei, mais, como te agradecer toda a tua dedicação, encorajamento, suporte e generosidade. Não sei como me consegues “aturar”, realmente só explicável por seres a pessoa especial que és!

A todos quantos colaboraram directa ou indirectamente neste trabalho, pela amizade, disponibilidade, generosidade e compreensão.

Estou prestes a terminar a minha viagem, a chegar ao destino ambicionado, o **MEU MESTRADO** e a **MINHA ESPECIALIZAÇÃO!**

Resumo

No âmbito do II Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária, o presente relatório pretende descrever, analisar e reflectir as actividades desenvolvidas durante o estágio que visou a aquisição de competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

Escolheu-se a comunidade adolescente, dado o elevado interesse desta para a saúde comunitária, sendo igualmente um desafio para a mestranda, dado as suas características particulares.

O estágio surgiu após o diagnóstico de situação efectuado pelos mestrandos. Decorreu entre 14 de Fevereiro e 29 de Junho de 2012 junto dos adolescentes dos 8.º e 9.º anos de escolaridade e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, no ano lectivo 2011/2012. Promoveu-se a capacitação e empoderamento destes para uma sexualidade saudável e responsável.

Realizaram-se sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual a 281 adolescentes, sendo que 77 participaram nas sessões do sub-grupo da mestranda. No final destas, aplicou-se um questionário de satisfação. Destes 77 adolescentes, todos consideraram importante a participação neste tipo de sessões e mostraram-se satisfeitos com a adequação dos meios utilizados. 43% ficaram muito satisfeitos com os temas abordados; 40% consideraram-se muito satisfeitos com as informações fornecidas; e 45% referiu estar muito satisfeita com o esclarecimento de dúvidas.

A mestranda destaca que o estágio foi extremamente satisfatório e gratificante, adquirindo competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Adolescência, Estilos de Vida Saudáveis; Sexualidade Responsável e Comportamento Saudável.

Abstract

Prepared for the II Masters in Nursing with Specialization in Community Nursing, this report aims to describe, analyze and reflect the activities carried out during the internship, aimed at the acquisition of skills as a nurse specialist in community nursing.

The teen community was chosen due to the great interest that community health has on the community's health, and also represents a challenge to the master, given its particular characteristics.

The internship followed a situational diagnosis made by the master students, taking place between February 14 and June 29 of 2012, with adolescents of the 8th and 9th grades and CEF of the Basic School 2,3 Cristóvão Falcão and High School Mouzinho da Silveira located in Portalegre, in the academic year 2011/2012. The aim was to promote the capacitation and empowerment of these adolescents for a healthy and responsible sexuality.

Several educational sessions on a healthy sexual behavior were taught to 281 adolescents, of which 77 attended the classes of the master's sub-group. At the end of the classes, a questionnaire of satisfaction was applied. Of these 77 teens, all considered important the participation in such sessions and were satisfied with the adequacy of the means used. 43% were very satisfied with the topics covered; 40% considered themselves very satisfied with the information provided; and 45% reported being very satisfied with the clarification of doubts.

The master would like to point out that the internship was extremely satisfying and gratifying, allowing her to acquire skills as a nurse specialist in community nursing.

Keywords: Community Nursing, Adolescence, Healthy Lifestyles, Responsible Sexuality and Healthy Behavior.

Abreviaturas e Símbolos

% - Frequência Relativa

& - e

1.^a - Primeira

1.^o - Primeiro

12.^o - Décimo-segundo

13.^a - Décima-terceira

2.^a - Segunda

2.^o - Segundo

3.^o - Terceiro

4.^o - Quarto

5.^a - Quinta

6.^a - Sexta

7.^o - Sétimo

8.^o - Oitavo

80.^o - Octogésimo

9.^o - Nono

a. C - antes de Cristo

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APF - Associação para o Planeamento da Família

CEF - Curso de Educação e Formação

DIU - Dispositivo Intra-uterino

DL - Decreto-Lei

DN - Decreto Normativo

Dr. - Doutor

Dra. - Doutora

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EB - Escola Básica

ESSP - Escola Superior de Saúde de Portalegre

EVT - Educação Visual e Tecnológica

f. - folha

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

I - Um/Primeiro

ICN - *Internacional Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermagem)

II - Segundo/Dois

III - Três

INE - Instituto Nacional de Estatística

IRC - Insuficiência Renal Crónica

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IV - Quarto

Km² - Quilómetros-quadrados

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

n.º - número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

org. - organizador

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

pp. - páginas

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

s. p. - sem página

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

s.d. - sem data

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (Programa Estatístico para as Ciências Sociais)

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UNFPA - *United Nations Population Fund* (Fundação da População das Nações Unidas)

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

V / Vº - Quinto

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VII - Sétimo

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)

XIII - Treze

XIV – Décimo-quarto

XIX - Dezanove

XVIII - Dezoito

XX - Vinte

XXI - Vinte e um

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	18
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE	24
2 – A SEXUALIDADE	30
3 – A ADOLESCÊNCIA	33
3.1. – AFECTOS	37
3.2. – GRAVIDEZ	41
3.3. – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	44
3.4. – MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	45
3.5. – VIOLÊNCIA NO NAMORO	47
4 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	50
4.1. – REALIDADE PORTUGUESA: UM POUCO DE HISTÓRIA	52
4.2. – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	55
4.3. – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	58
4.3.1. – A Teoria Cognitivo-Social de Bandura	69
II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	75
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	76
1.1. – ESCOLA BÁSICA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO	77
1.2. – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	78
2 – O ESTÁGIO	80
2.1. – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	81
2.1.1. – Problemas identificados	85
2.1.2. – Necessidades determinadas	86
2.2. – DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES	87

2.3. – FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS	88
2.4. – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	95
2.5. – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS.....	98
2.6. – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO.....	99
2.7. – AVALIAÇÃO	105
2.7.1. – Escola Básica EB 2,3 Cristóvão Falcão.....	108
2.7.2. – Escola Secundária Mouzinho da Silveira	127
2.7.3. – Discussão dos resultados.....	147
3 – REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	156
CONCLUSÃO.....	172
BIBLIOGRAFIA.....	177
ANEXOS	
Anexo I – Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro	191
Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação	195
APÊNDICES	
Apêndice I – Texto para os adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.....	204
Apêndice II – Planificação da distribuição dos mestrados pelas sessões	206
Apêndice III – Projecto de fundo da Sessão, Apresentação em <i>power-point</i> das sessões, Cartaz com linhas de apoio, Panfletos sobre Métodos Contraceptivos e Violência no Namoro e Vídeo Alusivo	208
Apêndice IV – Questionário de Avaliação	210
Apêndice V – Projecto de Estágio	212

Índice de Figuras

	f.
Figura 1 – Etapas do Planeamento em Saúde	26
Figura 2 – Diagrama da interacção entre os factores internos, externos e o comportamento segundo a Teoria Cognitivo-Social de Bandura	71

Índice de Tabelas

f.

Tabela 1 – Objectivos Específicos, Indicadores de Actividade ou Execução, Actividades e Metas	90
Tabela 2 – Preparação da Execução para a Estratégia “Articulação e envolvimento das direcções das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira”	100
Tabela 3 – Preparação da Execução para a Estratégia “Divisão do grupo de mestrados em sub-grupos de trabalho”	101
Tabela 4 – Preparação da Execução para a Estratégia “Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes que frequentam o 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão”	102
Tabela 5 – Preparação da Execução para a Estratégia “Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões”	105
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a importância da sessão	109
Tabela 7 – Justificação da importância da sessão para os inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão	109
Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com os temas abordados	110
Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com a adequação dos meios utilizados	111
Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com as informações fornecidas	111
Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	112
Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	113

Tabela 13 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	114
Tabela 14 – Afectos identificados pelos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão como envolvidos na sexualidade	115
Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”	116
Tabela 16 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”	117
Tabela 17 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a importância da sessão	118
Tabela 18 – Justificação da importância da sessão para os inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão	118
Tabela 19 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com os temas abordados	119
Tabela 20 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com a adequação dos meios utilizados	120
Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com as informações fornecidas	120
Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	121
Tabela 23 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	122
Tabela 24 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	123
Tabela 25 – Afectos identificados pelos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão como envolvidos na sexualidade	123
Tabela 26 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”	126
Tabela 27 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”	127
Tabela 28 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a importância da sessão	128

Tabela 29 – Justificação da importância da sessão do 8.º C e 9.º D da sessão para os inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	128
Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com os temas abordados	129
Tabela 31 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com a adequação dos meios utilizados	130
Tabela 32 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com as informações fornecidas	130
Tabela 33 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	131
Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas ..	132
Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	133
Tabela 36 – Afectos identificados pelos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira como envolvidos na sexualidade	134
Tabela 37 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”	135
Tabela 38 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”	136
Tabela 39 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a importância da sessão	137
Tabela 40 – Justificação da importância da sessão para os inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	137
Tabela 41 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com os temas abordados	139
Tabela 42 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com a adequação dos meios utilizados	139
Tabela 43 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com as informações fornecidas	140
Tabela 44 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	141

Tabela 45 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	142
Tabela 46 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	143
Tabela 47 – Afectos identificados pelos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira como envolvidos na sexualidade	144
Tabela 48 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”	146
Tabela 49 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”	149
Tabela 50 – Competências Adquiridas pela Mestranda no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária segundo as unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro	163

INTRODUÇÃO

Inserido na Unidade Curricular do Estágio e Relatório do II Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre surge a elaboração do presente relatório de estágio que visa proporcionar uma reflexão sobre as actividades desenvolvidas no decorrer do estágio realizado e, simultaneamente permita à mestranda adquirir o grau académico de Mestre em Enfermagem e competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Assim, na sua essência, o presente trabalho permitirá a avaliação final do referido curso frequentado pela mestranda.

Neste contexto, com o presente relatório, a mestranda deve “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática.” (M. F. Martins, M. Martins, R. Cordeiro, 2009:2).

Como objectivo geral, o presente relatório pretende:

- Descrever e analisar as actividades desenvolvidas pela mestranda no decorrer do estágio da especialidade à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Foram, igualmente, definidos os seguintes objectivos específicos:

- Reflectir sobre os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado;
- Aprofundar conhecimentos sobre o planeamento em saúde em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e/ou comunidade;
- Analisar a Teoria Cognitivo-Social de Albert Bandura, suporte teórico para a intervenção comunitária planeada;
- Aprofundar conhecimentos sobre metodologia científica de investigação quantitativa;
- Complementar a avaliação do estágio da especialidade.

A temática central escolhida pela mestranda e restantes colegas de curso para a realização do seu estágio na comunidade foi a Sexualidade na Adolescência. Esta escolha resultou da análise ao Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano que se encontrava ainda vigente à data, sendo que uma das suas estratégias gerais é a abordagem com base em *settings*, sendo uma das suas definições, a escola. Neste sentido,

a temática apresenta-se como uma área de muito interesse e bastante aliciante no contexto da saúde comunitária, apresentando-se como um desafio bastante aliciante para cada mestrando, em especial, a título pessoal para a mestranda. De igual forma, os mestrandos pretenderam dar continuidade ao trabalho iniciado pelos profissionais da ESSP junto da comunidade escolar da cidade de Portalegre e de alguns dos mestrandos do I Curso de Mestrado em Enfermagem do ano anterior, contribuindo assim para a efectivação do papel de responsabilidade social da ESSP no concelho onde está inserida.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano caracterizada por descobertas, conquistas e dúvidas. O período do *adolescens* caracteriza-se por diversas mudanças biológicas, psicológicas, afectivas, sociais e familiares no adolescente. Se biologicamente, o seu início ocorre com o aparecimento dos primeiros caracteres sexuais e a capacidade de reprodução; socialmente é um período de transição entre a infância-dependência dos adultos e a idade adulta-autonomia económica e social; e psicologicamente inicia-se com a maturidade fisiológica e termina com a maturidade social, com o assumir dos direitos e deveres sexuais, económicos, legais e sociais de um adulto.

O desenvolvimento da sexualidade faz-se ao longo da vida do indivíduo, manifestando-se ao longo de todo o seu desenvolvimento, desde a infância, passando pela adolescência, idade adulta e terminando na velhice, e como refere a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é vista como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, de ternura e no amor.

Os adolescentes, futuros adultos, deparam-se com enormes problemas relativamente à descoberta da sua sexualidade, pois tal como defende Vilar (2002:14) “A sexualidade é uma dimensão do corpo, da vida, do relacionamento interpessoal e das dinâmicas sociais potencialmente geradora de bem-estar, de crescimento, de auto-realização mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimento.”. Assim, implicitamente à mudança poderão surgir situações de crise que tornará o adolescente, um indivíduo vulnerável.

A preocupação pela saúde dos adolescentes, resultante da vulnerabilidade associada e decorrente das características peculiares da adolescência, tem vindo a crescer. Neste âmbito reflecte Cordeiro (2009:23) “o desenvolvimento dos factores protectores continua a ser o melhor investimento para as «intempéries»: amor, firmeza, estruturação, coesão, educação, saúde, ideologias, debate e diferenças.”.

A escola apresenta-se como um dos locais onde a promoção da saúde dos alunos assume especial relevância. Em Portugal, encontra-se definido que as escolas se devem constituir como espaços seguros e saudáveis, facilitadores na adopção de comportamentos

saudáveis, devendo para tal, adoptar estratégias que visem promover a saúde e prevenir doenças, através de acções que devem ser desenvolvidas durante o ano lectivo.

No ano de 2006 foi publicado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), um documento técnico-normativo do sistema de saúde direccionado para a área da saúde escolar, no qual é definido que as estratégias a implementar

“inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.” (PNSE, 2006:6).

Ainda, o mesmo programa refere que “é desejável que os estabelecimentos de educação e ensino olhem para os alunos como parceiros, com potencialidades e responsabilidades a desenvolver, para que sejam eles próprios agentes activos da mudança, cabendo à escola adoptar práticas pedagógicas diferenciadas.” (PNSE, 2006:16).

Para além de se considerar os alunos como parceiros, as escolas devem procurar parcerias com outras instituições e profissionais, entre os quais se destacam os enfermeiros que trabalham directamente com indivíduos e comunidade. A comunidade adolescente é, sem sombra de dúvidas, uma das mais interessantes para o enfermeiro que trabalha junto da comunidade, pois como refere Cordeiro (2009:23)

“as atitudes dos adolescentes sofrem flutuações em períodos de tempo relativamente curtos, paralelamente à evolução científica que é brutal; (...), da mesma forma, os factores de risco e os perigos a que estão sujeitos se têm modificado e alguns deles aumentado, de forma acentuada, também (...) os valores essenciais continuam os mesmos e que a despreocupação e a atitude geral dos jovens, inerentes ao seu próprio desenvolvimento, são apenas e tão só um sinal de saúde.”.

Concretamente no caso dos adolescentes, os enfermeiros devem assumir-se como promotores da saúde, dado que estes serão os adultos do futuro.

Tendo por base a sua formação de base, o enfermeiro que pretende melhorar o seu exercício profissional, deve adquirir e aprofundar conhecimentos que lhe permitam desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária centrada na relação interpessoal enfermeiro-indivíduo, e/ou enfermeiro-grupo de indivíduos (família ou comunidades). Nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, a Ordem dos Enfermeiros (OE) menciona que o enfermeiro

“desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. (...) fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8648).

Para tal, é necessário enquadrar a sua actuação na metodologia do planeamento de saúde, uma das ferramentas disponíveis para intervir em múltiplos contextos,

disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados às comunidades, nomeadamente os cuidados de enfermagem, promovendo o empoderamento e capacitação dos indivíduos e/ou comunidades, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de decisão e ao exercício da cidadania, abrangendo grupos vulneráveis, como é o caso dos adolescentes.

Assim, a primeira experiência, como enfermeira que pretende ser especialista na área da saúde comunitária, deu início com a abordagem à primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, a elaboração de um diagnóstico de situação onde foram identificados problemas e determinadas necessidades em contexto das atitudes dos adolescentes de uma escola do ensino básico de uma cidade do norte alentejano face à sexualidade. A população-alvo foram os adolescentes do 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre.

Seguiu-se o estágio que decorreu no período de 14 de Fevereiro a 27 de Junho de 2012, sob a orientação da Professora Doutora Maria Filomena Martins e do Professor Doutor Mário Martins. A realização de um estágio permite, para além da aplicação de conhecimentos previamente adquiridos ao longo do período teórico de estudo a uma nova realidade, o desenvolvimento de actividades, aquisição de competências como enfermeira especialista e, conseqüente a avaliação de todo o processo.

Neste, os mestrandos desenvolveram a sua intervenção comunitária junto dos adolescentes das turmas da escola já mencionada e dos adolescentes dos mesmos anos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, também na cidade de Portalegre, a pedido da direcção da mesma, no sentido de continuar o trabalho efectuado no mesmo âmbito pelos mestrandos anteriores, através de sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual.

Foi traçado como objectivo geral para o estágio:

- Promover a capacitação e empoderamento, no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável, a adolescentes que frequentam os 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira da cidade de Portalegre.

Como objectivos específicos, foram traçados os seguintes:

- Analisar o Plano Nacional de Saúde para os anos de 2004-2010;
- Contribuir para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2006;
- Valorizar a adolescência como etapa de desenvolvimento do ser humano e a sexualidade como forma de expressão de cada indivíduo;
- Reflectir sobre a sexualidade na adolescência em contexto escolar;

- Dar continuidade à metodologia do planeamento em saúde iniciado com o diagnóstico de situação realizado a adolescentes de uma escola do ensino básico numa cidade capital de distrito do norte alentejano, na área das atitudes face à sexualidade;

- Desenvolver sessões de informação em Abril de 2012 aos adolescentes das escolas relativamente à prevenção da gravidez na adolescência, IST e violência no namoro; utilização de meios contraceptivos e afectividade na adolescência, segundo a Teoria Cognitivo-Social de Bandura;

- Adquirir competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

O presente relatório organiza-se em duas partes distintas, contudo interdependentes.

A primeira parte refere-se ao Enquadramento Teórico constituída por quatro capítulos. Inicia-se com a abordagem ao Planeamento em saúde, a sua importância na prática dos cuidados da enfermeira que trabalha na comunidade; no segundo capítulo contempla-se uma breve abordagem à sexualidade, como uma das formas de expressão do indivíduo; seguidamente o terceiro capítulo faz referência etapa da adolescência (comunidade escolhida para a realização do estágio em análise) com especial destaque para a temática dos afectos, da gravidez, das infeções sexualmente transmissíveis e da violência no namoro; no quarto capítulo abordar-se-á a área da Enfermagem Comunitária, com destaque para a sua história a nível internacional e contexto português, assim como as respectivas competências da enfermeira especialista em enfermagem comunitária, e por último, é abordada de forma mais pormenorizada, uma destas competências, a educação para a saúde em contexto de promoção da saúde e uma das teorias que pode ser utilizada neste contexto, a Teoria Cognitivo-Social de Albert Bandura.

Posteriormente, a segunda parte intitulada, Enquadramento Prático, é composta por três capítulos. No primeiro procedeu-se à caracterização das escolas onde decorreu o estágio. No segundo capítulo, o Estágio, serão abordadas todas as actividades desenvolvidas em estágio relativamente a cada uma das etapas do planeamento em saúde. Seguidamente, a terceira parte é dedicada à Reflexão da mestranda relativamente ao seu percurso formativo, com ênfase especial para o período de estágio e as competências adquiridas como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

O presente relatório terminará com uma nota conclusiva e a bibliografia que serviu de suporte bibliográfico à elaboração do mesmo, assim como anexos e apêndices que foram considerados importantes para fundamentar o mesmo.

I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Pode definir-se o *planeamento da saúde* como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas da saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.”

(Imperatori & Giraldes, 1982:6)

O planeamento em saúde é um meio auxiliar na tomada de decisões no campo da saúde das populações, 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 definição das prioridades que se torna mais evidente 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, tendo por base os problemas de saúde identificados previamente na fase do diagnóstico da situação. É na fase da selecção de estratégias, defende o autor, que se encontra mais evidente o princípio da eficiência na distribuição de recursos.

Tavares (1990) 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. Concorrem também Imperatori & Giraldes (1982:7) “O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços (...)”.

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

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

O autor refere que existem algumas características que se podem encontrar no planeamento,

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

Assim, denota-se que o planeamento em saúde requer uma identificação de problemas das comunidades, o mais fidedigna possível da realidade; uma definição dos objectivos e das prioridades; uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, por forma a permitir ganhos em saúde.

Falar em obter ganhos em saúde é falar em promoção da saúde. Esta visa capacitar e empoderar os indivíduos e/ou comunidades a adoptarem estilos de vida saudáveis, pois convém não esquecer que cada vez mais que os ganhos em saúde são fundamentais para o bem-estar das populações. Já em 1974, Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, elaborou um documento que ficou conhecido como Relatório Lalonde, onde foram especificados os quatro determinantes de saúde que podem contribuir para a promoção da saúde, de entre os quais, se destaca os estilos de vida.

Em contexto de promoção da saúde, os enfermeiros que trabalham com a comunidade, devem ser capazes de saber identificar e procurar resolver os problemas dos indivíduos e/ou da comunidade, devendo para tal recorrer ao planeamento em saúde. Este apresenta-se como uma das suas ferramentas de eleição na promoção de estilos de vida saudáveis, uma vez que possibilita ao enfermeiro comunitário, identificar problemas, determinar necessidades, planear e gerir acções e recursos, e por último, avaliar a sua intervenção. Neste sentido, o planeamento em saúde contribui para a investigação e a afirmação da Enfermagem, mais concretamente da Enfermagem Comunitária.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982:9) “as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação (...).”.

A figura 1 ilustra as etapas do planeamento em saúde.

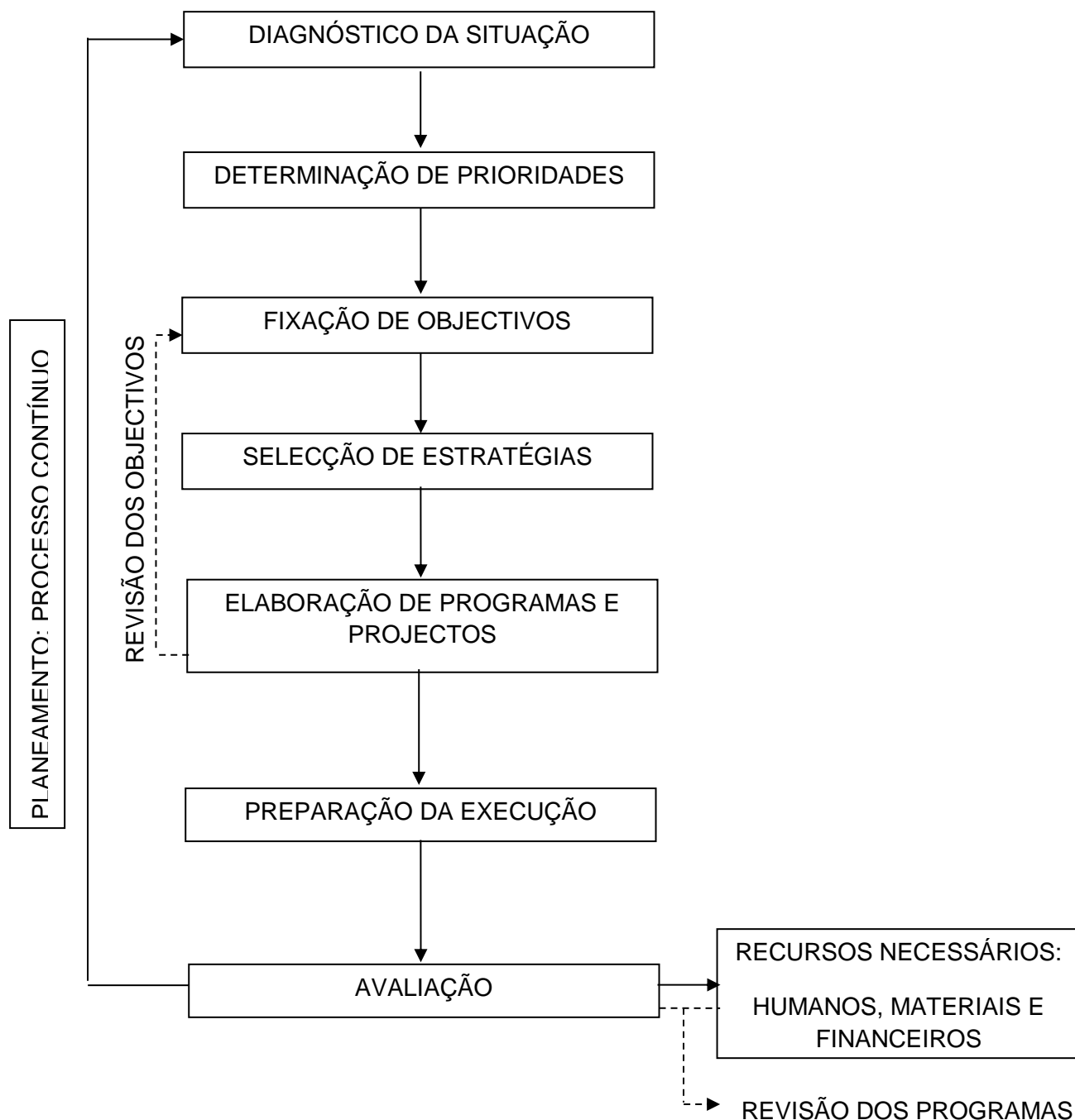


Figura 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde

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

Tal como se observa na figura anterior, a primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação. Este deve ir ao encontro das necessidades da comunidade que se pretende analisar.

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. 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.

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, corresponde à selecção dos critérios de decisão, onde se estimam e compararam problemas. Para determinar as prioridades pode-se recorrer a várias técnicas, entre as quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

Seguidamente serão definidos os objectivos no contexto que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990:113) “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos.”. O autor menciona 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 de definem objectivos, como defende 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, considerada como uma das etapas fundamentais do planeamento em saúde, pois é nesta que se propõem as formas de actuação. Assim, são definidas as etapas da elaboração de estratégias,

- 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).” (Giraldes, 1982:66).

Esta etapa requer uma grande criatividade por parte 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 à mudança.

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

Aqui, devem ser considerados os seus principais componentes: identificação do programa, definição de objectivos operacionais ou metas, as tecnologias os recursos, os custos e o financiamento. Neste contexto, 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,

- “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.” (Tavares, 1990:169).

A preparação da execução é a fase que apresenta maior número de 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 (determinação de custos), comportamentos (determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no

processo), métodos (determinar como devem ser processados os acontecimentos e as actividades) e com o tempo (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, o tipo de dados disponíveis, a implementação de actividades, as componentes dos serviços prestados e a validade.

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

Ainda Tavares (1990) citando Pineault e Daveluy (1986) refere que existem três tipologias de classificação do planeamento: segundo o seu nível; segundo uma perspectiva organizacional ou populacional; e segundo uma abordagem racional ou pragmática.

2 – A SEXUALIDADE

“É muito difícil definir o que é a sexualidade já que o Homem é um ser sexuado; a sexualidade mediatiza todo o nosso ser.”

López & Fuertes (1999:7)

Existem várias definições de sexualidade. A sexualidade encontra-se intrínseca à condição do ser humano, pois encontra-se presente desde o seu nascimento até à morte, apresentando-se como um processo contínuo e multidimensional que se modifica ao longo do seu desenvolvimento. A interiorização do conceito de sexualidade humana é um passo fundamental para o reconhecimento do seu valor no desenvolvimento de cada indivíduo.

A OMS em 1975, define sexualidade, 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 (2010:27).

O instinto sexual produz determinados comportamentos que só se justificam biologicamente porque tornam possível algo fundamental à vida, a propagação da espécie. Contudo, falar em sexualidade, também é falar em emoções, sentimentos, comportamentos e atitudes que se encontram interligados em contexto pessoal, psicológico e social que acompanham o desenvolvimento de cada indivíduo (Sprinthall & Collins, 2008).

A sexualidade deve ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade e identidade de cada indivíduo, não só pela sua dimensão física, mas também pela dimensão psicológica, social e espiritual. É, sem dúvida, uma realidade que envolve o indivíduo no seu quotidiano, dado que cada um vive a sua sexualidade, de forma diferente e de acordo com as influências que sofre ao longo do seu desenvolvimento. Como menciona Vilar (2003:14) a “sexualidade é uma dimensão do corpo, da vida, do relacionamento interpessoal e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora de bem-estar, de desenvolvimento, de auto-realização, mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimento.”.

No caso dos jovens, a sexualidade assume um papel privilegiado no processo de crescimento pessoal, pois exprime-se como uma experiência fundamental na construção da sua identidade, tendo por base a esfera da intimidade e da afectividade e sendo conseguida pelo afastamento progressivo em relação aos pais e pelo estreitamento de relações com o

grupo de pares. Neste contexto, Paul Benson destaca “Sexual behavior, which is related to sexual development, has important health implications for everyone, and especially for teens.” (Benson, 2011:s.p.).

É ao longo desta construção que se poderá definir a orientação sexual de cada indivíduo. Como refere Sampaio (2006:161) “o jovem em desenvolvimento lida com sentimentos face à masculinidade e feminilidade, procura caminhos para a sua identidade sexual, (...)”. Podem considerar-se três orientações sexuais: a heterossexualidade, a homossexualidade e a bissexualidade. É considerado heterossexual, o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do género oposto; homossexual, o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do mesmo género, e bissexual, o indivíduo que se sente atraído por pessoas de ambos os géneros, não necessariamente no mesmo grau de intensidade. Concorre Cordeiro (2009:204) ao afirmar que “A maturação sexual própria da adolescência leva a alterações bem visíveis e qualitativas. Não se trata apenas de crescer, trata-se de se modificar.”.

Abordar a sexualidade na adolescência implica falar em intimidade, afectividade, respeito próprio e pelos outros, opção, decisão, liberdade e responsabilidade, pois as experiências e os comportamentos são vividos, muitas vezes, de forma arriscada pela irreverência e irresponsabilidade, características desta fase.

É na adolescência que, normalmente, o indivíduo inicia a sua actividade sexual, considerada como uma rito de passagem para deixar a infância e aproximar-se da idade adulta. Esta iniciação, segundo muitos autores é mais precoce nos adolescentes relativamente às adolescentes (nas quais o valor da virgindade ainda é preservado por muitas até idades mais tardias), sendo influenciada por vários factores, como a influência do grupo de pares ou dos meios audiovisuais (televisão, redes sociais).

Contudo, os sentimentos de ambiguidade sentidos pelos adolescentes face a esta iniciação podem evidenciar-se. Por um lado, já se sentem sexualmente adultos, mas por outro, ainda permanecem dependentes em contexto familiar, social e económico.

Remetendo-se às sociedades tradicionais, Vilar (2002:27)

“A regulação das normas de comportamento sexual dos jovens era um dos eixos fundamentais do processo de socialização. Por outro lado, o discurso dominante sobre a sexualidade e o erotismo era o discurso religioso, e uma das características das sociedades tradicionais, (...), era uma intensa religiosidade (...).”.

Na sociedade actual, cada vez mais se procura desmitificar o tabu da influência religiosa sobre a sexualidade, sobretudo entre os jovens. Neste contexto, Cordeiro

(2009:318) “O homem é um ser inteligente. E a sua inteligência leve a que modele a expressão da sua sexualidade segundo normas e regras que, tantas e tantas vezes, não são sequer as suas nem as mais instintivas.”.

3 – A ADOLESCÊNCIA

“A adolescência e o modo como é vivida está directamente relacionada com a comunidade onde o adolescente está integrado. Também o modo como é entendida é específica em função da época, do ambiente social, cultural e económico a que se reporta.”

Ferreira & Nelas (2006:160)

Conceptualizada entre a infância e a idade adulta, a adolescência caracteriza-se pelo início de inúmeras alterações a vários níveis no indivíduo.

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, 2006:146 citando Muuss, 1976).

Durante séculos, a passagem da infância à idade adulta era quase imediata. Nas sociedades primitivas, a passagem à adultícia era suportada por um conjunto de rituais associados às transformações físicas da puberdade. No caso das raparigas, como refere Cordeiro (2009:32-33) “a transição era determinada pelo aparecimento da menstruação e assinalada por rituais predominantemente caseiros”, enquanto, que nos rapazes “a passagem para a idade adulta implicava uma choque tremendo e a obrigatoriedade de passar por provas demonstrativas de virilidade e de adultícia.” (Cordeiro, 2009:33).

Assim, as crianças familiarizavam-se com as vivências e práticas dos adultos, sendo submetidas a rituais de iniciação e instruídas sobre os papéis sociais masculinos e femininos. Não existia uma definição de adolescência, pois esta não era reconhecida como uma etapa do desenvolvimento humano. Contudo, a iniciação da puberdade era o acontecimento mais relevante da educação, revestindo-se quase sempre de um sentido religioso e carácter de formação intelectual e moral. Referem Ferreira & Nelas (2006:142) “a iniciação representava a recepção solene dos adolescentes na comunidade dos adultos” citando Santos (1966).

A partir dos séculos XVIII e XIX, na sociedade ocidental, a adolescência foi caracterizada como um período no qual os indivíduos formavam um grupo social autónomo, com especificidade própria.

A partir do século XIX, com a Revolução Industrial começou a atribuir-se maior importância à aquisição de competências e formação individual, sendo a adolescência

encarada como uma etapa distinta do desenvolvimento. Apesar de nas famílias mais desfavorecidas se continuar a incentivar a entrada dos jovens cada vez mais cedo no mercado de trabalho, nas classes média e alta, os filhos começaram a permanecer mais tempo na escola. A adolescência começa a ser considerada como um período importante no processo de desenvolvimento do indivíduo e o controlo da família sobre os adolescentes foi-se prolongando até à altura em que estes se casavam.

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).

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» (...).”.

Contudo, o autor menciona que os rituais das sociedades mais primitivas, como a menarca e o fazer da barba, continuam a evidenciar-se como de extrema importância na afirmação do adolescente como adulto nos dias de hoje, pois

“se as atitudes dos adolescentes sofrem flutuações em períodos de tempo relativamente curtos, paralelamente à evolução tecnológica e científica, que é brutal; se, da mesma forma, os factores de risco e os perigos a que estão sujeitos se têm modificado e alguns deles aumentado de forma acentuada, também não é menos verdade que os valores essenciais continuam os mesmos e que a despreocupação e a atitude geral dos jovens, inerentes ao seu próprio desenvolvimento, são apenas e tão só um sinal de saúde.” (Cordeiro, 2009:23).

A adolescência tem início com as transformações fisiológicas da puberdade e termina com a maturidade social e emocional, a inserção profissional e económica do indivíduo, não deixando de ser condicionada por factores de ordem social e cultural em interacção com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional. Assim, para além de uma fase de grandes mudanças, onde se podem constatar “alguns riscos – pese embora a sua grande normalidade – e com alguma carência de factores protectores e de resiliência e sabedoria.” (Cordeiro, 2009:28). Assim, não é vivida da mesma forma pelos adolescentes, para uns

pode ser descrita como um verdadeiro tormento, enquanto, que para outros é encarada como algo natural. Para Ferreira & Nelas (2006:153)

“A construção da identidade é uma das principais tarefas que fazem parte do desenvolvimento da adolescência, pois é ao longo desta que o indivíduo, pouco a pouco, vai adquirindo uma nova subjectividade que modifica a representação de si próprio e do outro.”.

A puberdade refere-se ao conjunto de transformações físicas e biológicas, internas e externas do adolescente. Nas raparigas, os primeiros sinais evidenciam-se com o desenvolvimento mamário (telarca) que ocorre entre os 8 e os 13 anos; o aparecimento dos pêlos púbicos (pubarca); e o aparecimento da primeira menstruação (menarca). Já nos rapazes existe o aumento testicular (dos 9 aos 14 anos); o aumento do tamanho do pénis; e o aparecimento de pêlos púbicos e axilares (López & Fuertes, 1999 e Cordeiro, 2009). Existe um processo evolutivo que termina quando a rapariga ou o rapaz adquirem corpo de adulto ou seja “param de crescer e já têm funções reprodutivas estabelecidas.” (Cordeiro, 2009:50).

No contexto das alterações fisiológicas da adolescência, importa falar da resposta sexual fisiológica e das alterações somáticas.

Masters & Johnson (1966) citados por López e Fuertes (1999) referem que as alterações fisiológicas são divididas em quatro fases: excitação, planalto, orgasmo e resolução, enquanto, que Kaplan (1979) citado pelos mesmos autores fala de uma resposta sexual em três fases: desejo, excitação e orgasmo. Os mesmos autores referem que estas duas abordagens se complementam. Assim, a fase do desejo é caracterizada pelo estímulo ou impulso que leva o indivíduo a procurar uma experiência sexual; a fase da excitação caracteriza-se pelas modificações físicas sentidas de forma diferente, quer pela mulher, quer pelo homem; a fase do planalto apresenta-se com o desenvolvimento da plataforma orgástica; a fase do orgasmo é caracterizada pelas alterações fisiológicas do clímax; e a fase da resolução surge em ambos os sexos da mesma forma, com o retorno gradual das alterações fisiológicas ao estado de repouso.

É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização psicológica.

Para Zagury (1996) citado por Brasil, Mitsui, Pereira & Alves (2000) a adolescência, para além das mudanças físicas consideradas como universais, as psicológicas e as relacionais também podem existir, tanto no campo intelectual, como afectivo dos adolescentes. É durante esta fase que existe um desenvolvimento intelectual com a criação da consciência social, em que os adolescentes compreendem a realidade e desenvolvem o

seu pensamento abstracto (Vygotski, 1996 citado por Facci, 2004). Assim, adolescentes sentem 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).

Segundo Piaget, o estágio predominante na adolescência é o da autonomia, pois os adolescentes são capazes de raciocinar moralmente de forma autónoma. Piaget descreveu quatro períodos do desenvolvimento cognitivo, pois em sua opinião, a qualidade do pensamento sofre alterações ao longo dos estádios. O primeiro estágio vai desde o nascimento até aos dois anos de idade é denominado de estágio sensório-motor, o segundo estágio ou intuitivo ou pré-operacional vai dos dois aos sete anos de idade, o terceiro estágio ou das operações concretas vai dos sete aos doze anos e por ultimo, o quarto estágio ou das operações formais vai dos dozes anos até ao adulto (Sprinthall & Collins, 2008).

Hoje em dia a teoria de Piaget é uma referência relativamente ao desenvolvimento moral. Este defende que os adolescentes ao entrarem no estágio das operações formais são capazes de construir os seus próprios raciocínios, bem como raciocinar de forma autónoma (Sousa, 2006), tendo ainda uma grande capacidade para se abstrair e elaborar raciocínios da realidade (Sprinthall & Collins, 2008).

Kohlberg, com a criação da teoria de desenvolvimento moral caracterizada por seis estádios refere que é durante a adolescência que se conseguem identificar as modificações no domínio moral. Os seis estádios propostos por Kohlberg foram agrupados em três categorias (pré-convencional, convencional e pós-convencional), a adolescência enquadra-se na categoria convencional (estádio três e quatro) caracterizando-se por valores morais que dependem do cumprimento dos maus ou dos bons papéis e ao mesmo tempo se mantem as expectativas relativamente aos outros (Sprinthall & Collins, 2008). Sendo a adolescência um período de construção de valores sociais existe um interesse pelos problemas ideológicos (Sousa, 2006).

Segundo Erikson (1968) mencionado por Ferreira e Nelas (2006), a teoria psicossocial de formação da identidade não depende unicamente da experiência do adolescente mas sim das várias experiências do passado e do presente, Para o autor, a personalidade desenvolve-se por estádios que se caracterizam por uma crise ou um conflito dominante em que a resolução do conflito faz com que se avance com menor ou maior maturidade para um estágio seguinte. Erikson considera que durante a adolescência é importante a resolução da crise de identidade pessoal, pelo facto de que o conceito que se tem de si próprio bem e

como se é visto pelos outros, é importante para a construção da personalidade da vida adulta (Sprinthall & Collins, 2008).

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).

Assim, a adolescência e a expressão da sua sexualidade assumem-se como áreas primordiais para os profissionais de saúde, dado que a prática de comportamentos de risco poderão acarretar consequências nefastas para a sua saúde, casos de violência sexual, do consumo de drogas ilícitas, das infecções sexualmente transmissíveis, do VIH, da gravidez não planeada e do aborto (Vilelas, 2009). Neste contexto, torna-se pertinente diminuir eficazmente o número de grávidas adolescentes e o número de infecções por VIH/SIDA, nos adolescentes e jovens (Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010).

3.1. – AFECTOS

“espécie humana tem não só apetências sexuais instintivamente pré-programadas como também necessidades e capacidades afectivas que frequentemente se associam à actividade sexual.”

(López & Fuertes, 1999:177)

É na adolescência que a afectividade, até aí circunscrita à família (primeiro agente de socialização) se orienta de forma mais intensa para outros indivíduos, nomeadamente para os amigos, as amigas da mesma idade, e para alguns adultos.

Segundo Bock, Furtado & Teixeira (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.”.

É a partir da percepção da sociedade, que o indivíduo organiza, relaciona os afectos (positivos ou negativos) e conseqüentemente desenvolve uma predisposição para poder agir (favorável ou desfavoravelmente) relativamente aos indivíduos e aos objectos.

Assim, os afectos ajudam o ser humano a avaliar situações, servindo como critério para a valorização positiva ou negativa das mesmas, assim como na preparação de 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”. Referem ainda que, os afectos têm uma outra característica ligada à consciência, permitindo a cada indivíduo dizer o que sente, por forma a expressar, através da linguagem, as suas emoções. Por seu lado, estas (emoções) são “expressões afectivas acompanhadas de reacções intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado (fantasiado).” Bock *et al.* (1999:255).

Contudo, o “universo dos afectos” é de difícil abordagem, pois implica alterações nos indivíduos a vários níveis, como sejam as alterações fisiológicas (hormonais, circulatórias...); as expressivas (postura, expressão facial, ...); as subjectivas (percepção e interpretação dos sentimentos); e as sociais (interpretação social das mudanças).

No campo concreto da sexualidade, López & Fuertes (1999) procuram classificar os afectos em dois grupos, o grupo dos afectos sexo-afectivos e o grupo dos afectos sócio-afectivos. No primeiro grupo encontra-se o desejo-prazer; a atracção; o enamoramento; a experiência amorosa; a inibição; a rejeição; a dor; a culpa; entre outros. No segundo grupo, a empatia; o apego; a amizade; a hostilidade; a ira; entre outros.

Quando se aborda a sexualidade na adolescência, são dois os afectos que importa destacar, pela intensidade como podem ser vividos pelos adolescentes, a amizade e o amor.

É difícil definir o amor, pois “é um fenómeno tão complexo, com tal variedade de sentimentos, comportamentos e atitudes, que pode assumir múltiplas formas.” (López & Fuertes, 1999:190). Assim, no “amor estão implicados todos os aspectos considerados (necessidade, dependência, troca, altruísmo, equidade, ...), em distintos graus e diferentes, formas, segundo as pessoas e as situações.” (López & Fuertes, 1999:191).

Todos os indivíduos têm a sensação que sabem o que é o amor, mas simultaneamente nunca o conhecem completamente. O amor é composto por três componentes, segundo López & Fuertes (1999) recorrendo a Sternberg: a intimidade, a paixão, e a decisão/compromisso. A intimidade é a componente mais emocional, pois inclui a necessidade de estar próximo, a confiança no parceiro e a protecção; a paixão considera-se o romance, a atracção física e a sexualidade; e na decisão/compromisso, fala-se do momento em que o indivíduo aceita o compromisso de continuar com o outro, podendo

compreender dois prazos, um curto (quando se toma a decisão de se amar alguém) e outro longo (quando se assume o compromisso de manter esse amor).

A afectividade e a sexualidade estão intimamente relacionados, isto é, o amor é geralmente acompanhado por desejos sexuais e as relações sexuais são consideradas mais satisfatórias quando integradas numa relação afectiva.

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. Quando este desejo é correspondido pelo outro leva à formação do que que tradicionalmente se denomina de namoro. Contudo embora esta palavra, tenha caído em desuso e hoje em dia, os adolescentes preferem dizer “ando com” a “namoro com”. Contudo, estas duas terminologias podem não significar o mesmo, pois a primeira enfatiza laços afectivo-emocionais menos vinculativos numa relação amorosa comparativamente à segunda, em que esses laços se apresentam melhor definidos e com maior preponderância perante a sociedade. Ainda neste âmbito a primeira expressão é mais utilizada pelos adolescentes do que as adolescentes, que habitualmente procuraram a oficialização das relações.

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 e é nesta altura que surgem muitas dúvidas relativamente ao início da sua vida sexual e conseqüentemente à perda da virgindade, pois tal como defende Milnes (2004:153) “that young women who view their virginity as a gift are concerned with finding partners who would not only appreciate the value of their “gift” but who would also reciprocate with an equally valued gift, like love or commitment.”.

Sabendo que a perda da virgindade é um momento único e singular, que deve ser vivido com magia por ser um momento inesquecível, esta poderá influenciada por factores biológicos sociais, culturais, bem como religiosos, e como refere Gomes (2011:25) “Do ponto de vista psicológico, não é possível determinar a idade em que o adolescente se encontra apto para sua primeira relação sexual”. Observa-se muitas vezes que para as raparigas o início mais tardio, reflecte a preocupação pela procura do momento e do parceiro certo (“príncipe encantado”), enquanto, que para os rapazes a primeira vez é um ganho uma “façanha” que demonstra a sua capacidade masculina. Por ser único e irreversível deve ser vivido sem traumas, deve ser um momento que deixe uma memória fantástica de um acontecimento vivido sem juízo de valores e por isso deve nascer do amor, do encantamento, da paixão e do carinho, não devendo acontecer só porque tem que ser.

Num estudo realizado por Saavedra, Nogueira & Magalhães (2010) constata-se que os jovens e adolescentes portugueses iniciam, cada vez mais cedo 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). No mesmo estudo verificou-se uma assimetria entre os sexos quanto à actividade sexual (início e número de parceiros), valorizando-se o aspecto romântico e de envolvimento amoroso por parte das raparigas e uma maior liberdade para os rapazes, onde a quantidade de relações estabelecidas são valorizadas perante a sociedade (Ross, Godeau & Dias, 2004 citados por Saavedra *et al.*, 2010).

A vida amorosa dos rapazes aparece, assim, exclusivamente construída (e reduzida) à sexualidade vivenciada em torno do prazer físico e como consequência, à exclusão dos sentimentos. Como a construção da sexualidade masculina se centra na potência e performance sexual, acarreta consigo a dimensão oposta, ou seja, o medo da impotência sexual e de ser mal avaliado pelas raparigas (Saavedra *et al.*, 2010). Em relação às adolescentes, a sexualidade feminina é ainda algo que provoca vergonha e receio. As raparigas sentem maior dificuldade em abordar a sexualidade perante as colegas, o que reforça a ideia de que a exteriorização da sexualidade das raparigas e mulheres é um recurso pouco usado e que deixa algum mal-estar (Saavedra *et al.*, 2010).

Relativamente à amizade, esta é vivida pelos adolescentes de forma igualmente intensa, pois os amigos são, por esta altura considerados como os únicos que os compreendem. Os amigos assumem um papel muito importante no processo de socialização dos adolescentes, visto partilharem características semelhantes, o que favorece o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e afectivas nos adolescentes. A afirmação da relação do adolescente com os outros adolescentes passa pelo desejo de ser aceite por estes, pela criação das grandes amizades, pela inserção em grupos. Como refere Cordeiro (2009:46) “os adolescentes criam vários grupos de amigos conforme as ocasiões”. Neste sentido, os adolescentes podem ter amigos na escola, no seu bairro, nos locais onde passam férias, entre outros.

O grupo de pares assume-se assim, como um importante elemento a considerar na abordagem em contexto de sexualidade na adolescência, pois tem a capacidade de influenciar as formas de pensar e comportamentos, dado que operam mais no contexto das atitudes, levando os adolescentes a integrar as normas do grupo, contrariando ou não o mundo dos adultos e as mensagens parentais. Assim, este grupo não é o mais eficaz dos agentes de educação sexual, pois contribuir para a manutenção de crenças erróneas e divulgação de informação pouco fidedigna.

Ainda no contexto dos afectos, a relação do adolescente com família, mais concretamente com os pais, pode tornar-se também complicada, muitas vezes pela incapacidade que estes têm de interagir com os filhos, se por um lado, alguns exacerbam o seu poder de paternal, não dando espaço a que o adolescente procure o seu caminho e faça as suas escolhas, por outro lado, outros julgam que devem ser amigos-colegas, camaradas dos seus filhos. Sem haver receitas de sucesso, Cordeiro (2009:198) afirma que “A relação pais/filhos deve ser hierarquizada e não deixar margens para dúvidas de quem é quem”, mas simultaneamente as “atitudes não devem ser de intransigência e, sempre que possível, devem negociar-se as várias hipóteses.” (Cordeiro, 2009:207).

Assim, ter autoridade e mostrá-la não é ser autoritário, pois é sobretudo aos pais “que procuram pistas para a resolução dos problemas, mesmo que sem os expressar de forma explícita.” (Cordeiro, 2009: 209).

Também na relação com os restantes membros da família, como irmãos e avós, os conflitos podem surgir, sobretudo, associados, à procura pela afirmação do adolescente.

3.2. – GRAVIDEZ

“A gravidez na adolescência é uma área de grande preocupação pública. A causa desta preocupação não se deve às dramáticas alterações no número de gravidezes e de maternidade na adolescência, mas ao impacto na comunidade, que é difícil de ignorar.”

Aretaris (1999:728)

Muitas das vezes por desconhecimento da sua sexualidade, os adolescentes iniciam cedo a sua vida sexual, sujeitando-se pela incorrecta ou não utilização de métodos contraceptivos a situações gravidez na adolescência. Neste sentido, a OMS em Maio de 2012 refere que cerca de 16 milhões de adolescentes em todo o Mundo são mães todos os anos, sendo a maioria em países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, e estima que 3 milhões de adolescentes entre os 15-19 anos se submetem a abortos inseguros anualmente.

No caso concreto de Portugal, esta é uma realidade cada vez mais frequente sendo o segundo país com continente europeu com maior número de casos de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido (Conselho de Enfermagem, 2009).

Neste âmbito, destacam Dias & Pereira (2010) recorrendo ao Instituto Nacional de Estatística (INE) que,

“em 1998, existiam em Portugal 95 mães com menos de 15 anos e 7308 com idades entre os 15 e os 19 anos. “Em 2002, nasceram em Portugal cerca de 9800 filhos de mães com idade igual ou inferior a 20 anos. (...)”. (Dias & Pereira, 2010:s.p.).

Continuam os autores por referir que “em 2007, registaram-se 1690 gravidezes em adolescentes até aos 17 anos.” (Dias & Pereira (2010:s.p.). Contudo, alargando o intervalo de idades, Cordeiro (2009) destaca que, “Em Portugal, em 2007, nasceram cerca de cinco mil bebés de mães adolescentes, entendendo estas como as mães com menos de 20 anos de idade. Este número corresponde a perto de 4,5% dos nascimentos do nosso país.” (Cordeiro, 2009:352).

O Alentejo é a região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães entre os 15 e os 19 anos (Isabel, s.d.).

As causas que podem estar associadas a situações de gravidez na adolescência relacionam-se com a falta ou banalização da informação; falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde; falta de confidencialidade e acessibilidade nas consultas de planeamento familiar; e alguns mitos e crenças relacionadas com a actividade sexual (“*não se pode engravidar na primeira relação sexual*” ou “*isto não me pode acontecer a mim*”).

Para além destas causas há ainda a considerar alguns factores de risco como o abandono escolar; a baixa escolaridade da adolescente e/ou da família; ausência de projectos para o futuro; repetição de modelo familiar (mãe com gravidez na adolescência); diminuição da auto-estima; abuso de álcool e drogas; falta de conhecimentos e uso inadequado da contracepção (Rodrigues, 2010).

As alterações orgânicas próprias da gravidez poderão colidir com as que acontecem na adolescência, o que leva a um compromisso do equilíbrio físico e psíquico da adolescente (Gomes & Sousa, 2005). Para Ravert & Martin (1997) citados por Canavarro & Pereira (2001), uma gravidez na adolescência poderá comportar uma dupla crise de desenvolvimento, pois verifica-se uma “superimposição da crise situacional da gravidez e parentalidade na crise maturacional da adolescência.” (Canavarro & Pereira, 2001:339). Assim, a gravidez e posterior maternidade na adolescência apresentam naturalmente consequências para o desenvolvimento das adolescentes e responsabilidades futuras, nomeadamente o início de uma nova realidade pelo nascimento de um novo ser humano.

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, a nível social, relacional, psicológico e escolar para a adolescente.

Segundo Neto (2004) as jovens-mães encontram-se numa fase de desenvolvimento cognitivo e emocional passando rapidamente para o universo dos adultos com todas as responsabilidades que isso acarreta. Apesar que as “adolescentes grávidas demonstram frequentemente uma atitude de conseguir tudo: escola, trabalho, paternidade e socialização” (Aretaris, 1999:731), contudo há estudos que revelam que grávidas e mães adolescentes apresentam um maior nível de *stress* e isolamento social; mais tristeza, tensão e pensamentos de suicídio (Canavarro & Pereira, 2001).

Para além da maior parte dos casos de gravidez na adolescência ocorrerem de forma indesejada, há casos em que a adolescente considera que uma gravidez vivida nesta fase da sua vida lhe trará vivências positivas, como o amor do seu namorado; maior afectividade; uma forma de sair da escola ou de aliviar a sua tristeza e isolamento; e o ser mãe poderá vir a ser “o papel da sua vida”.

Também as reacções do companheiro da adolescente podem ser diferentes, segundo o tipo de relação afectiva existente, podendo assim, aceitar ou negar a paternidade. De igual forma, para os adolescentes-pais as consequências são visíveis passando, muitas vezes, pelo isolamento social, afastamento da escola e discriminação por parte do grupo de pares.

Gomes & Sousa (2005) mencionam que há a necessidade urgente de investir em medidas preventivas e estratégias de transmissão de conhecimentos à comunidade. Neste contexto, o papel dos enfermeiros é fundamental no contexto da prevenção da gravidez na adolescência, particularmente na transmissão de informação. Refere Aretaris (1999:728) “Os enfermeiros comunitários estão numa posição chave para compreender o impacto da gravidez na adolescência, tanto para os indivíduos como para a comunidade e para influenciar as tendências actuais.”.

3.3. – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

“A prevenção das IST baseia-se primariamente na alteração dos comportamentos sexuais que colocam as pessoas em risco e na promoção do uso de preservativos.”

Orientações para o Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis – OMS
(2005:76)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) continuam a ser um importante problema de saúde pública, com enorme significado em inúmeras comunidades a nível mundial.

Concretamente no caso europeu

“Os últimos dados mostram que as taxas de IST estão a aumentar por todo o continente, particularmente em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. (...) As crescentes taxas de IST (...) apontam para o ressurgimento do sexo desprotegido ou de comportamentos sexuais de risco (...) por parte da população.”
(Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa, 2007:42).

Sousa (2000) citando a OMS refere 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. Esta organização alerta também para a existência de muita falta de informação entre os jovens sobre o sexo e os riscos a ele associados, não referente apenas ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mas também a outras doenças que, não sendo mortais ou incuráveis, podem ser potencialmente graves (Sousa, 2000).

A prevalência e incidência das IST na adolescência estão a aumentar (Bekaert, 2005 citado por Ferreira, 2008). A OMS refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (Ferreira, 2008). Em todo o Mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infectam ou são infectados diariamente, representando metade das novas infecções pelo VIH (Marques *et al.*, 2007 citados por Magalhães, 2009).

Para além do início precoce da actividade sexual, a não utilização ou utilização incorrecta do preservativo (já referidos) a existência de múltiplos parceiros sexuais, (Crosby *et al.*, 2003 citados por Ferreira, 2008) são algumas das causas das IST na adolescência.

As consequências das IST variam com o tipo de infecção, podendo causar infertilidade, neoplasias, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e morte (UNFPA, 2003 citada por Ferreira, 2008).

Estão identificadas várias infecções sexualmente transmissíveis. Estas diferem quanto à origem do agente etiológico e às vias de transmissão. Para além da infecção por VIH

destacam-se como principais infecções sexualmente transmissíveis a Candidíase, as infecções causadas por Clamídia, as infecções provocadas pelo Vírus do Papiloma Humano (como o Condiloma Acuminado), as Verrugas Genitais, a Gonorreia, as Hepatites B e C, o Herpes Genital e a Sífilis.

As IST podem ser evitáveis. Ajudar os adolescentes a adquirir comportamentos no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável, promovendo o pensamento crítico, a correcta tomada de decisões e resolução de problemas, aumenta a sua auto-confiança e capacidade em se fazerem escolhas informadas, contribuindo para a prevenção das IST (Ferreira, 2008). Assim, a preocupação pela prevenção destas doenças cabe à família, aos educadores e profissionais de saúde, através da transmissão e do inculcar de comportamentos e práticas sexuais saudáveis e responsáveis, na fase crítica do desenvolvimento do ser humano, como é a adolescência. Relativamente ao papel do enfermeiro, refere Hale (1999:867) que “actua como conselheiro, educador, defensor, gestor de casos e prestador de cuidados primários.” Neste contexto, assume importância a prevenção primária que, como menciona o autor “começa com a avaliação dos comportamentos de risco e o providenciar de intervenção relevante através da educação sobre como modificar esses comportamentos.” (Hale, 1999:867).

3.4. – MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

“para que os jovens se possam entregar à paixão sem receios nem preocupações é fundamental que tenha havido tempo e espaço par falar de prevenção e contracepção.”

Cordeiro (2009:342)

A utilização dos métodos contraceptivos visa as gravidezes não desejadas e a prevenção de IST. De acordo com as recomendações do Departamento da Saúde da Criança e Adolescente e do Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva da OMS, a escolha de um método contraceptivo deve obedecer a critérios clínicos, sociais, comportamentais e de preferência individual de cada um, assim

“When selecting a method, each adolescent should consider the nature of his/her sexual relationship(s), sexual behaviors engaged in, frequency of intercourse, risk of STIs/HIV, efficacy of the method, ability to comply with use, ability to tolerate side-

effects, services available, cost, convenience, religious beliefs, partner(s) attitudes, and additional personal factors that may influence the decision and method compliance” (OMS, 2004:10).

A abordagem aos métodos de contraceção junto dos jovens pode ser difícil, quer por pressão dos pais, do grupo de pares, das crenças e dos mitos associados (“os jovens devem ter a preocupação de utilizar métodos que previnam as IST e as jovens a gravidez”, “o uso retira o prazer associado à relação sexual ou demonstra falta de confiança no (a) parceiro (a)”, ...).

Para que seja possível essa abordagem, é necessário recorrer ao Planeamento Familiar. Este abrange, não só a prestação de cuidados na área de saúde reprodutiva, mas também, actividades de promoção da saúde, tais como informação; aconselhamento sexual; prevenção e diagnóstico precoce de IST e doenças ginecológicas. A consulta de Planeamento Familiar visa regular a fecundidade do indivíduo de acordo com a sua vontade, preparar uma maternidade e paternidade responsáveis ao mesmo tempo que contribui para a diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade materno-infantil, de IST e infertilidade, melhorando assim a saúde do indivíduo e da comunidade.

O capítulo II do Decreto-Lei (DL) n.º 259/2000, de 17 de Outubro considera os adolescentes do sexo feminino e masculino como “grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis”, devendo ser adoptadas estratégias para apelar à sua adesão a consultas. (Artigo 9 do DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro).

As Orientações da Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008) e o Documento Oficial da Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção (2011) fazem algumas recomendações relativamente aos métodos contraceptivos mais adequados a este grupo etário:

- A contraceção hormonal oral apresenta benefícios para a adolescente, não só pelo efeito contraceptivo, mas também na regulação dos ciclos; melhoria da acne; prevenção de quistos ováricos e neoplasia do colo do útero; doença inflamatória pélvica; e diminuição da dismenorreia;

- A contraceção hormonal injectável não está recomendada em idades inferiores a 18 anos, pela diminuição da densidade óssea associada;

- O Dispositivo Intra-Uterino (DIU) pode ser uma alternativa a considerar, especialmente em adolescentes que já foram mães;

- Os métodos naturais (temperatura, coito interrompido, muco cervical,...) não estão indicados na adolescência pela sua baixa eficácia, agravada pelas irregularidades do ciclo nesta fase;

- O preservativo é o método de eleição, bem como a “dupla protecção”, associando este a um método contraceptivo eficaz, de forma a prevenir simultaneamente uma gravidez e a contaminação das IST.

Como referem Vieira, Saes, Dória & Goldberg (2006) a utilização dos métodos contraceptivos incute nos jovens comportamentos responsáveis face à sexualidade, pelo grau de maturidade e de auto-estima relativamente a um futuro, citando Ramos (2001). Vieira *et al.* (2006) salientam que, além do início cada vez mais precoce da vida sexual, os jovens iniciam-se sexualmente sem utilizar contracepção, expondo-se a IST e a gravidez não desejada.

O profissional de saúde tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha. A privacidade e a confidencialidade favorecem a abordagem preventiva, promovendo a adesão dos jovens a um método contraceptivo de forma consistente.

3.5. – VIOLÊNCIA NO NAMORO

“Independentemente de haver mais ou menos violência (...), o que é facto é que temos conhecimento de muitos casos que envolvem adolescentes, não como vítimas mas, pelo contrário, exercida por eles próprios, (...).”

Cordeiro (2009:463)

A palavra violência deriva do latim “*violare*” que significa ultrajar, agredir ou violar.

Uma das expressões da violência entre a comunidade adolescente é que se se verifica no namoro. Assim, fala-se em violência no namoro quando um dos elementos da relação exerce poder e controlo sobre o outro, com o objectivo de obter o que deseja, de ter poder e controlo sobre o companheiro (a), causando-lhe dano. O agressor, tanto pode ser o elemento masculino, como o feminino.

Na abordagem à violência, concretamente na verificada no namoro há a considerar vários factores, como as características da personalidade, as vivências pessoais, familiares e o contexto social, tanto da vítima, como do agressor.

Machado, Matos & Martins (2009) investigadoras da Universidade do Minho referem que 25% a 35% dos jovens interpretam a violência como uma “manifestação de amor” e 25,4% dos jovens em Portugal, entre os 13 e os 29 anos, já foram vítimas de pelo menos um de violência no namoro.

Assim, muitas vezes torna-se difícil de despistar situações de violência no namoro, pois muitos adolescentes que são vítimas continuam a manter relações violentas porque gostam muito do namorado (a), por pressão do grupo, vergonha e medo em denunciar pelas ameaças e perseguições de que são alvo, e por algumas crenças e mitos (“o príncipe encantado existe”, “é ciumento porque me ama”, “quanto mais me bates mais gostas de mim”, “a rapariga sofre porque quer, se não já o tinha deixado”, ...).

Existem vários tipos de violência no namoro, como sejam a violência física, a violência psicológica, a violência emocional, a violência verbal e a violência sexual. Estas podem evidenciar-se por ações como empurrar, esbofetear, pontapear, perseguir; situações extremas de ciúme; críticas negativas às características da vítima; pelo insulto e humilhação em privado e/ou público; forçar relações sexuais contra a vontade do outro; obrigar a assistir e participar em relações sexuais com terceiros, em torturas sexuais; e inclusivamente casos de violação da vítima.

Habitualmente as situações de violência no namoro respeitam um padrão que se pode enquadrar num ciclo composto por três momentos. O primeiro é a acumulação de tensão, em que o agressor agride verbal, emocional e/ou fisicamente, culpabilizando a vítima pela situação. O segundo momento é a explosão, em que a intensidade e a frequência das agressões aumenta, o agressor exerce poder, sendo o único que pode colocar um ponto final na situação de violência, por seu lado, a vítima pode tender a desvalorizar a gravidade da situação, acreditando que foi um episódio isolado, que não se repetirá, sentindo-se impotente e isolada (é nesta fase que a vítima denuncia e procura apoio). Por último, o momento da lua-de-mel, que corresponde ao período de tempo em que a violência, o agressor pede desculpas, prometendo que nunca mais volta a acontecer e que vai mudar, habitualmente a vítima acredita que ele (a) vai mudar e decide dar-lhe uma nova oportunidade.

As consequências da violência para a vítima dependem podem passar por casos de anorexia, emagrecimento, cefaleias, hematomas ou queimaduras, depressão, isolamento ou abandono escolar. Para além destas, apresentam-se riscos acrescidos as IST, uma gravidez e o consumos nocivo de substâncias.

De entre os vários tipos de violência, a sexual, mais concretamente é considerada nas suas diversas vertentes, uma forma grave de maus-tratos na infância e na adolescência.

Quer a ONU na convenção sobre os direitos da criança, quer a legislação portuguesa através do Código Penal Português (Artigo 143.º e seguintes) consideram como crime público devendo ser participado por qualquer pessoa, identificando a violência sexual como crime punível pela lei portuguesa.

Neste âmbito, o abuso sexual é um problema candente, grave e intolerável. O problema é, no entanto, muito complexo, com contornos muitas vezes mal definidos e gerador de uma teia de cumplicidades, influencias, silêncios e tabus que dificultam a sua abordagem. Assim, como refere (Cordeiro 2009:372)

“além da ausência frequente, (...), de sinais ou sintomas que constituam evidência objectiva, (...), o qual constitui ainda um tabu social, dá a esta situação características e contornos únicos, com várias dificuldades e obstáculos do ponto de vista da actuação profissional. (...), a pessoa a quem o caso é confidenciado é uma amigo, um educador ou professor ou qualquer outra pessoa que não o profissional de saúde, (...) logo menos à vontade.”.

Neste contexto, aos profissionais de saúde, mais especificamente aos enfermeiros, cabe o papel de desmitificar a “lei do silêncio” da vítima e incentivar a denúncia deste tipo de situações, dando apoio tanto à vítima, como a todos os componentes do seu ambiente envolvente (família, amigos, professores), reforçando a ideia que estas são formas de expressão desajustadas à condição humana.

Assim, torna-se pertinente a aposta na prevenção da violência, com especial atenção para a detecção precoce de casos a par com o respectivo encaminhamento e apoio às vítimas.

4 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Parte da atracção da enfermagem comunitária, é resultado da autonomia da prática e do uso das capacidades de resolver problemas e tomar decisões.”

(Stanhope, 1999:4)

Sabendo que a história da enfermagem Comunitária se tem cruzado com a da Enfermagem Pública, as práticas de saúde comunitária têm início nas civilizações mais antigas.

Na Antiga Babilónia, acreditava-se que as doenças eram causadas por pecados e por não se agradar aos Deuses. Assim, os doentes eram vistos como sujeitos, necessitando de ser higienizados de serem “purificados”.

Cerca de 1000 a.C., os Egípcios recorriam a princípios baseados na observação e no conhecimento empírico em vez detrimento dos actos de magia.

Posteriormente na Antiga Grécia “viam a pessoa como parte da natureza e acreditavam que a saúde resultava de uma relação harmoniosa com a natureza. Eles viam a prestação dos cuidados de saúde como uma responsabilidade da sociedade civilizada.” (Lancaster, 1999:4-5). Surge a primeiro registo de uma figura feminina associada à prestação de cuidados, como é o caso de Aesculapius.

No Império Romano, desenvolveram-se os serviços de saúde comunitária, as mulheres visitavam e cuidavam das pessoas doentes, “os romanos viam a medicina numa perspectiva de saúde pública e de medicina social.” (Lancaster, 1999:5 citando Pellegrino, 1963).

Depois de Cristo, na Idade Média, apesar do pensamento vigente de centrar no misticismo “houve desenvolvimento da saúde pública. (...) O aparecimento de mosteiros e conventos como locais onde se tratava de pessoas doentes levou ao desenvolvimento inicial das actividades de enfermagem.” (Lancaster, 1999:5). É nesta altura que se fala pela primeira vez em educação para a saúde, higiene pessoal e promoção de hábitos de vida saudáveis relacionados com a alimentação.

Com o Renascimento e o Humanismo, passa a dar-se mais atenção às práticas de saúde. Segundo Lancaster (1999:6) “O Renascimento surgiu num novo período de história durante o qual foi começada a saúde comunitária tal como hoje é conhecida” citando Rosen (1958). Continua a autora supra citada referindo que “Estas mudanças, embora não

influenciando directamente a saúde comunitária, serviram de suporte à fundação da saúde comunitária moderna.” Lancaster (1999:6).

A Revolução Industrial, iniciada em Inglaterra, contribui para a evolução da saúde pública e da enfermagem comunitária. Florence Nightingale foi a sua perscrutora, através das primeiras medidas de assepsia aplicadas aos cuidados de enfermagem prestados na Guerra da Crimeia. Os primeiros programas de saúde vocacionados para a comunidade foram da responsabilidade da Rainha Vitória. Segundo Sobreira (1981:10) citando Welch (s.d.) “pela primeira vez na história da humanidade a saúde do povo era integralmente reconhecida como função administrativa do Governo.”.

Posteriormente surgiram, as primeiras visitas domiciliárias às comunidades mais pobres a fim de identificar os problemas de saúde que as afectavam. A mesma autora menciona que “o novo tipo de enfermagem voltada não apenas para o doente, mas também centrada na educação e prevenção de problemas de saúde, (...) uma vez que as atenções eram eminentemente terapêuticas.” (Sobreira, 1981:34).

No séc. XX, em 1920, é definida, pela primeira vez, por Winslow, Saúde Pública, como a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante esforço da comunidade. Esta abrangia as áreas do saneamento básico, da educação dos indivíduos sobre higiene pessoal, da organização dos serviços médicos e de enfermagem no diagnóstico precoce e tratamento das doenças, e para o desenvolvimento de uma estrutura social que assegurasse a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. No que concerne à Enfermagem, como refere Sobreira (1981:33) “Coube à Enfermagem de Saúde Pública as tentativas iniciais para uma assistência específica que se estendesse ao indivíduo, à família e à comunidade.”. Por outro lado, a autora, relativamente à saúde comunitária refere que,

“é algo mais do que a soma da saúde de cada um dos seus membros. É o resultado de uma relação recíproca do homem com seu ambiente. A saúde da comunidade está determinada pela interacção do homem com seu ambiente e o impacto dos serviços de saúde sobre eles.” (Sobreira, 1981:20).

A enfermagem comunitária resulta assim, dos primeiros cuidados hospitalares prestados, do aparecimento e evolução da enfermagem de saúde pública, e da preocupação de organizações internacionais.

Constata-se assim, que a evolução e o desenvolvimento da Enfermagem tem passado pela sua afirmação e reconhecimento, enquanto disciplina e profissão, caminhado no sentido do Cuidar em enfermagem. Este (Cuidar) enquanto processo de interacção social tem suporte numa linguagem que se expressa pela partilha intersubjectiva de significados,

que não são simplesmente crenças ou valores subjectivos, mas elementos que constituem a realidade social, na qual se constitui o processo de cuidados. Neste contexto, referem Waldow, Lopes & Meyer (1995:40) “a habilidade de cuidar só se adquire CUIDANDO e descobrindo novas formas de CUIDADO.”.

Todos os atributos do Cuidar são essenciais já que constituem uma condição do Humanismo. Neste contexto, reconhece-se à Enfermagem e ao Enfermeiro, requisitos e atributos que os distinguem e caracterizam como fundamentais para a prática do cuidar.

Assim, têm emergido novas linhas de pensamento na Enfermagem, caso de “A Essência do Envolvimento da Ciência de Enfermagem: uma teoria complexa da Integração da Enfermagem” da autoria de Sharon Van Sell e Ioannis Kalofissudis. Esta linha baseia-se na antiga filosofia grega e em algumas teóricas que desenvolveram as suas teorias no séc. XX, como Martha Rogers e Jane Watson, assim como noutras linhas de pensamento. Van Sell e Kalofissudis defendem que os enfermeiros deverão ter uma nova percepção de si, da ciência de enfermagem por forma a dar uma nova perspectiva da prática de enfermagem.

Ao adoptar-se um modelo de Cuidar deve, no entender dos teóricos, incluir-se as características intrínsecas de cada enfermeiro, por consideram que estas estão indissociadas do auto-conhecimento e auto-desenvolvimento do enfermeiro, enquanto ser humano e profissional. Neste contexto, destaca também Amendoeira (2004) que,

”A enfermagem tenta construir a sua autonomia a partir de lógicas e linguagens próprias legitimadas científica e socialmente. A multiculturalidade, a multiprofissionalidade, o humanismo, as questões identitárias, a autonomia e a excelência dos cuidados entre outras características estão hoje no centro do debate, em torno das componentes académica e profissional da disciplina de enfermagem.” Amendoeira (2004:24).

4.1. – REALIDADE PORTUGUESA: UM POUCO DE HISTÓRIA

A história da Enfermagem Comunitária em Portugal encontra-se intimamente interligada com a evolução do sistema de saúde do país, mais especificamente com a área dos cuidados de saúde primários, assim como as directrizes emanadas pelos organismos que gerem a saúde da população mundial, caso da OMS.

No ano de 1971, surge o DL n.º 413/71, de 27 de Setembro, onde foi promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência, reconhecendo-se o direito de todos os portugueses à saúde, cabendo ao Estado assegurar esse direito através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde. É igualmente, introduzida a

noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais, o que leva ao aparecimento dos denominados “Centros de Saúde de Primeira Geração”. É reconhecida a importância dos serviços de prevenção da doença e de promoção da saúde para o desenvolvimento social e económico do país que até aí, não ocupavam a posição que lhes competia no conjunto dos serviços de saúde. Esta geração de centros de saúde estava orientada para a saúde pública e para a medicina preventiva, apresentando um perfil de actuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e, de uma forma genérica, os cuidados ditos curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas actividades.

Em 1973, decorre o Primeiro Congresso Nacional de Enfermagem, cuja temática central foi a autonomia da profissão e “onde se defendeu a necessidade de elaboração de um estatuto profissional, que considerasse a definição das funções dos vários membros da equipa de enfermagem.” (Amendoeira, 2004:274).

Em 1983, o Despacho Normativo (DN) n.º 97/83, de 22 de Abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “Centros de Saúde de Segunda Geração”. Nesta altura, os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde. Esta geração de centros de saúde herdou as estruturas de todos os recursos e duas culturas organizacionais distintas. A nível central, este processo de fusão das duas linhas de serviços conduziu à criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários através do DL n.º 74-C/84, de 2 de Março, terminando os serviços prestados pela Previdência e inicia-se a expansão do SNS. Este torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direcção e de avaliação da actividade desenvolvida pelos órgãos e serviços que intervêm na área dos cuidados de saúde primários.

Nos anos de 1983 e 1985 realizou-se o segundo e o terceiro Congresso Nacional de Enfermagem, respectivamente. Como refere Amendoeira (2004:313)

“Na década de 80, a formação dos enfermeiros conduzia (ou procurava conduzir) ao desenvolvimento de competências no âmbito do pensamento crítico e reflexivo, da utilização do método científico na organização do trabalho, pretendendo-se que o método tradicional da organização dos cuidados fosse pouco a pouco substituído por um modo diferente de pensar a enfermagem.”.

Por esta altura, mais concretamente no ano de 1985, os cursos de especialização foram alterados, pois a “especialização tecnológica exigia enfermeiros especialistas melhor formados no sentido de darem resposta às necessidades cada vez mais complexas no campo da saúde.” (Amendoeira, 2004:338).

No ano de 1991, o DL n.º 437/91, de 8 de Novembro aprova o regime legal da Carreira, que visa regulamentar o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda das normas deontológicas e dos direitos específicos, e a prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos.

Nos anos de 1996 e 1998, é criado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), uma vez que veio clarificar conceitos, intervenções e funções, pois segundo Amendoeira (2004:274) “o primeiro estatuto profissional da era da autonomia”, e a Ordem dos Enfermeiros (OE), respectivamente.

Um ano depois é estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do DL n.º 157/99, de 10 de Maio, que preconiza uma organização descentralizada. São criados assim os chamados “Centros de Saúde de Terceira Geração”, onde para além de outras medidas, se prevê a existência de associações de centros de saúde e reconhecem-se estes como as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de uma determinada área geográfica. Os objectivos destas instituições passam pela promoção e vigilância de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença através do planeamento e prestação de cuidados na doença, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade, garantindo a continuidade dos cuidados e promovendo a sua participação. Deve, igualmente, contribuir para a investigação em saúde e participação activa na formação dos diversos grupos profissionais.

É no ano de 2003 que é criada a Rede de Cuidados de Saúde Primários, com a publicação do DL n.º 60/2003, de 1 de Abril, tal como referem Campos & Faria (2003). Para além de continuar a garantir e providenciar os cuidados de saúde à população, esta (rede) deve constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

O período de 2005-2010 correspondeu à fase conduzida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Esta fase foi desencadeada com o início das Unidades de Saúde Familiar (USF) em 2007 – DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto, a reorganização dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) através do DL n.º 28/2008), bem como o processo de candidaturas das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e o início da constituição dos restantes tipos de Unidades – Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), entre outras unidades.

4.2. – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Os papéis do enfermeiro comunitário são variados e são um desafio.”

Lancaster (1999:4)

Ao começarem progressivamente a consciencializar-se da importância de uma formação especializada e da mobilização dos saberes, os enfermeiros procuram conciliar melhores formas de transferir esse conhecimento para a sua prática diária. Como refere Queirós (2007: s.p.) recorrendo a Reboul (1993)

“O saber profissional de enfermagem é um saber de acção. Não somente de execução ou de reprodução de actos. É a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos.

“É um saber profissional porque se trata de um saber no âmbito de uma actividade complexa e organizada. Esta actividade é exercida por pessoas que concretizam planos de formação exigentes que são exclusivos desta profissão e que permitem a integração de conhecimentos provenientes de várias áreas afins.”

Perspectiva-se assim, o desenvolvimento de uma enfermagem capaz de alicerçar a sua intervenção em “práticas baseadas na evidência”, trabalhando em equipas multidisciplinares e multisectoriais, na tentativa de atender às necessidades reais do indivíduo e/ou comunidade e promover a participação activa respectivo processo de saúde, tendo por base a sua capacitação e empoderamento. Assim, é emergente formar enfermeiros que se especializem nesta área de actuação e possam dar o seu contributo junto da população. No n.º 3 do Artigo 4.º do Capítulo II do REPE publicado no DL n.º 104/98, de 21 de Abril e que veio trazer algumas alterações ao DL n.º 161/96 de 04 de Setembro (data da primeira publicação do REPE), é definido enfermeiro especialista,

“o enfermeiro 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.” (REPE, 1998:7).

Década e meia passada, a OE publica o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, onde são definidas as competências comuns do enfermeiro especialista, mais concretamente no preâmbulo do documento é referido que o enfermeiro especialista

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

No mesmo regulamento, é referido que ao enfermeiro especialista independentemente da sua área de especialização deve demonstrar

“competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

Neste contexto, a OE define quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista como a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011).

Assim, o enfermeiro especialista deve promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; ser capaz de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; ser um bom gestor de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com os seus colaboradores. Deverá, igualmente ser capaz de garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas; adaptar a liderança e a colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; desenvolver o auto-conhecimento e assertividade; e basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011).

No que diz respeito à área da enfermagem comunitária Sobreira (1981) enumera alguns princípios de actuação da enfermagem comunitária, onde destaca que o enfermeiro deve saber de identificar a comunidade; enfatizar o sujeito primário de assistência; assumir o indivíduo como um ser indivisível; colaborar na melhoria e adequação dos programas educativos; trabalhar em equipa, entre outros. Neste sentido, a mesma autora menciona que os enfermeiros de saúde comunitária devem incidir a sua atenção na identificação das necessidades gerais de saúde da comunidade, procedendo à identificação das condições socioeconómicas das comunidades (utilizando inquéritos, observação e entrevistas); participar activamente junto da comunidade nos programas de saúde recorrendo a acções de educação para a saúde; recorrer à vigilância da saúde da comunidade através da participação em investigação e inquéritos epidemiológico; determinar o impacto das suas acções através da participação activa no planeamento em saúde; e mobilizar e potencializar os recursos existentes na comunidade a fim de ajudar na resolução dos problemas.

No mesmo ano de 2011, para além das competências do enfermeiro especialista, a OE define as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde

pública, através do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro que se encontra no Anexo I. Neste regulamento é mencionado que,

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

No mesmo documento, é mencionado que o enfermeiro especialista deve recorrer a “actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”. De igual forma, deve “identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (...).” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Mais especificamente no artigo 4.º, é definido no regulamento que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde 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).

Esta definição de competências vai ao encontro do que dois anos antes foi publicado no Decreto-Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, o Estatuto do Enfermeiro pela OE que veio revogar alguns artigos do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, na Secção II referente ao Código Deontológico do Enfermeiro, onde se define no Artigo 80.º denominado “Do Dever para com a Comunidade” que

- “O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de
- a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde 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.”
- (Decreto-Lei n.º 111/2009, 2009:6547).

4.3. – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Os enfermeiros são, reconhecidamente especialistas na educação para a saúde (...), e estão preparados para assumir um papel de liderança nesta área.”

Sands & Wilson (1999:58)

A palavra saúde deriva do latim *salus* que se refere ao estado em que o organismo desenvolve todas as suas funções de forma natural (física, psicológica, social) para que se possa adaptar ao meio. O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos anos, contemplando nas orientações mais actuais da OMS, uma visão direccionada para a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado, modificar ou lidar com o meio que o rodeia.

A Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários realizada em Setembro de 1978 ficou conhecida com o nome de Declaração Alma-Ata, subordinada ao tema “Saúde para todos no Ano 2000”, uma “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”. Nesta é reconhecido que os cuidados primários de saúde são cuidados de saúde colocados ao alcance universal da comunidade, mediante a sua participação. Estes cuidados deviam fazer parte integrante do sistema de saúde dos países, apresentando-se como primeiro nível de contacto da comunidade com o sistema nacional de saúde de cada país. A declaração reafirma o significado de saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria social. Ainda, segundo esta, o investimento na atenção primária seria a chave para uma promoção da saúde igualitária e abrangente, através de medidas de prevenção e educação para a saúde. De forma consensual, a promoção da saúde foi considerada essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social, para a manutenção da melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a manutenção da paz mundial. De referir ainda que, esta declaração sofreu a influência do Relatório Lalonde desenvolvido pelo serviço de saúde canadiano. Este foi o primeiro documento oficial a enfatizar o conceito de promoção de saúde e introduz os chamados determinantes de saúde: a biologia humana, o ambiente físico e social, o sistema de saúde e os estilos de vida.

Relativamente à Enfermagem, esta declaração foi considerada como um importante estímulo para a mudança de atitude dos profissionais, pois insistia na necessidade de que os enfermeiros trabalhassem fora do contexto tradicional do hospitalar. Por esta altura, em Portugal, os enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral, podiam frequentar um Curso

de Especialização em Enfermagem “como complemento à formação generalista, que melhorava a competência no cuidar, tornando-o perito numa determinada área de cuidados de enfermagem.” (Amendoeira, 2004:326).

Posteriormente seguiram-se as conferências internacionais de promoção de saúde, com a primeira a realizar-se no Canadá em Novembro de 1986 sendo publicada a Carta de Ottawa dirigida à execução de Declaração de Alma-Ata. É proposta uma reorientação do conceito de promoção da saúde que é considerado como um processo que visa criar condições para que os indivíduos e/ou comunidade se responsabilizem pela sua saúde, sendo a informação, a comunicação interpessoal e a educação para a saúde, reconhecidas como ferramentas imprescindíveis para estabelecer prioridades, tomar decisões, planear e implementar estratégias.

Duas décadas mais tarde, na sétima e última (à data) conferência realizada em Nairobi no Quênia, o enfoque continua a ser a promoção de saúde, numa altura em que o Mundo se confronta com numerosos desafios, nomeadamente as alterações climáticas, a pobreza, as epidemias e pandemias e a mortalidade materno-infantil. É, ainda referida a importância de agir sobre os determinantes sociais de saúde, a fim de se promover uma eficaz promoção da saúde, com cada vez mais capacitação e empoderamento comunitário, colocando o Homem no centro de todas as actividades.

Paralelamente à realização destas conferências também em Portugal no ano de 2001, o Conselho de Enfermagem da OE apresenta a sua definição de saúde, como sendo

“o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; (...). A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.” (Conselho de Enfermagem, 2001:6).

Um desses enunciados emanados refere-se à área da promoção da saúde. Assim, são enumerados os elementos importantes face à promoção da saúde:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.” (Conselho de Enfermagem, 2001:12).

Assim, apresenta-se como fundamental para a prática do enfermeiro (mais concretamente o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária) a educação para a saúde em contexto da promoção da saúde. Alguns autores referem que estes dois termos se podem confundir, por isso é importante destacar que, a última é uma actividade, um movimento abrangente que resulta da combinação planeada de suportes políticos e organizacionais para acções e condições de vida que permitem atingir a saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades, enquanto, que a primeira resulta da combinação planeada de experiências de aprendizagem por forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, revelando-se assim como uma das técnicas para a prática de promoção da saúde.

A palavra educação deriva do latim *educare* que significa produzir, alimentar, e *educere* que significa fazer, conduzir, guiar. Assim, a educação constitui-se como a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade, não só individual, como colectivamente. Concretamente na opinião de Teixeira Costa (2008:33)

“educação para a saúde é um processo sistemático e interactivo que assenta no desenvolvimento de um trabalho conjunto entre técnicos de saúde e indivíduos/grupos/comunidades para, em todas as fases, identificar as necessidades educativas, estabelecer metas e objectivos, seleccionar métodos apropriados, implementar o plano e avaliação do processo e produto, no sentido de proporcionar aos indivíduos/grupos oportunidades que lhes permitam desenvolver as suas potencialidades e capacidades, para promover alterações positivas nos comportamentos e agir sobre o ambiente com vista à preservação da saúde colectiva.”

Andrade (1995) enumera alguns dos objectivos de educação para a saúde:

- fazer compreender que a saúde é uma responsabilidade partilhada e, como tal, propícia à participação colectiva na busca de soluções,
- contextualizar a saúde nas situações sociais e condições de vida que nela influem;
- incorporar conhecimentos, atitudes e procedimentos que capacitem para a gestão da saúde;
- adquirir uma mentalidade crítica, a fim de identificar e eliminar os riscos para a saúde.” Andrade (1995:11).

Como já descrito, todos os seres humanos possuem sexualidade, são portanto, seres sexuados desde o nascimento até morrer, assumindo-se a dimensão sexual como uma das mais difíceis de abordar. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve possuir competências no âmbito da promoção da saúde junto do indivíduo e/ou comunidade, mediante acções de educação a fim de obter ganhos em saúde. Assim, “age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para

alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira, Carvalho, Pacheco & Teixeira, 2004:135).

Neste contexto e reportando-se ao caso concreto dos adolescentes referem Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares (2006:302)

“É importante e fundamental que as entidades responsáveis, políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade, reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos jovens, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos.”.

Educa-se o adolescente para a vida, dando-lhe conhecimentos, partilhando experiências, respondendo às suas necessidades de aprendizagem, promovendo a sua maturação, criando condições para que decida de forma livre e conscienciosa sobre a sua saúde e estilos de vida saudáveis e responsáveis. A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objectivo nas sessões de educação, visto permitir encorajá-los a consolidar o que aprenderam e a desenvolver uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes.

Nas sessões de educação sexual, o enfermeiro deve expor as possíveis hipóteses de escolha responsáveis ao adolescente, criando espaço para a análise e livre debate de ideias, vislumbrando-se as vantagens e desvantagens de atitudes e comportamentos assumidos, contribuindo para o crescimento de cada um. De acordo com o Parecer n.º 109/2009 do Conselho de Enfermagem da OE sobre a educação sexual nas escolas, é definido que o “enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades (...)”. (Conselho de Enfermagem, 2009:5).

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

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

Em Portugal, o Estado garante o direito à educação, como princípio presente na constituição, assim como o garantir o direito à liberdade de educação. Analisando os primórdios da educação sexual, constata-se que inicialmente a mesma se centrava numa abordagem a conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana, através da publicação da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, onde se reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas, no artigo 1.º é referido que “o Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.” (Lei n.º 3/84, de 24 de Março, 1984:981).

Anos mais tarde, em 1998, após a realização de um referendo feito à população portuguesa sobre a despenalização da interrupção involuntária da gravidez, uma Resolução do Conselho de Ministros, reconhece a importância de dar cumprimento aos princípios da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, assim como a necessidade de se concentrarem esforços para o acompanhamento a populações mais vulneráveis. Assim, “com o objectivo de as potenciar e desenvolver, numa perspectiva de articulação e cooperação intersectorial, bem como definir todas aquelas que permitam melhor alcançar os objectivos em causa.” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98, 1998:5284).

Em 1999, com a publicação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto são reforçadas as garantias do direito à saúde reprodutiva, é referido nas disposições gerais que deve existir uma

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

Um ano depois, o DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro, já referenciado anteriormente, destaca no n.º 2 do artigo 9.º que “Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.” (Decreto-Lei n.º 259/2000, 2000:5786).

Anos mais tarde, é publicado o PNS 2004-2010, apresentando-se como um guia para a acção na área da saúde, estando orientado por prioridades com metas definidas, estabelecendo estratégias para a melhoria da saúde dos portugueses. O PNS é considerado um planeamento normativo, pois “aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo,

(...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local.” (Tavares, 1990:31).

Assim, facilita a coordenação e colaboração dos vários sectores da sociedade portuguesa, tendo na sua base três grandes objectivos estratégicos, dos quais se destaca o primeiro: “Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;” (PNS 2004-2010, 2004:19).

No presente documento é dada especial atenção a três contextos, como seja as escolas, o local de trabalho e as prisões, pelo seu carácter especial, pois “Estes locais, entre outros, proporcionam ambientes integradores de uma multiplicidade de intervenções de carácter diverso.” (PNS 2004-2010, 2004:44).

No caso das escolas, a abordagem da saúde de crianças e jovens deve enquadrar-se no contexto da saúde escolar, pois tal como o documento refere

“A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados.” (PNS 2004-2010, 2004:45).

Ainda é destacado que

“A estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assentará em actividades que serão executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo: (...), através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para (...) o incentivo de estilos de vida saudáveis.” (PNS 2004-2010, 2004:46).

No Despacho n.º 25 995/2005, de 16 de Dezembro, é referido 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;” assim entre outras disciplinas, o currículo do ensino básico deve integrar “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;” (Despacho n.º 25 995/2005, 2005:17 515).

Em 2006, surge o vigente PNSE que refere que as Escolas Promotoras de Saúde são escolas que devem incluir programas de educação para a saúde e possuir actividades de saúde escolar, no entanto, para uma escola fazer parte da rede nacional de escolas promotoras de saúde deverá ser inovadora e implementar, de forma correcta, práticas para a promoção da saúde. Assim “O sucesso da saúde escolar é o sucesso da promoção da saúde na escola, quando o trabalho dos intervenientes no processo for complementar.” (PNSE, 2006:6).

Com a publicação da Lei n.º 60/2009, de 06 de Agosto é reconhecida a educação sexual como uma das dimensões da educação para a saúde, tornando-se obrigatória, sendo estabelecida a sua organização funcional, reforçado o papel activo dos encarregados de educação, e estabelecido que deve ser realizada de forma conjunta com outras entidades.

Posteriormente, a Portaria n.º 196-A/2010, de 09 de Abril procede-se à regulamentação desta lei do ano anterior, sendo referido que,

“A educação para a saúde tem, (...), como objectivos centrais a informação e a consciencialização de cada pessoa acerca da sua própria saúde e a aquisição de competências que a habilitem para uma progressiva auto-responsabilização.

A educação sexual foi integrada por lei na educação para a saúde precisamente por obedecer ao mesmo conceito de abordagem com vista à promoção da saúde física, psicológica e social.” (Portaria n.º 196-A/2010, 2010:1170-2).

São ainda definidas no Artigo 9.º, as parcerias e os conteúdos curriculares desde o primeiro ciclo até ao ensino secundário, destacando o número 2 deste artigo “A educação para a saúde e a educação sexual é apoiada ao nível local pela unidade de saúde pública competente no âmbito da actividade de saúde escolar.” (Portaria n.º 196-A/2010, 2010:1170-3). No que diz respeito aos conteúdos curriculares do 3.º ciclo (7.º ao 9.º anos), destaca-se a

“Dimensão ética da sexualidade humana:

Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que integre valores (por exemplo: afectos, ternura, crescimento e maturidade emocional,...) e uma dimensão ética;

Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;

Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;

Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de acção e tolerância (efeitos secundários);

Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (...) bem como os métodos de prevenção. Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;

Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respectivo significado;

Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respectivo significado;

Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual reprodutiva saudável e responsável;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.” (Portaria n.º 196-A/2010, 2010:1170-4).

Através da publicação da legislação citada denota-se que tem existido uma preocupação cada vez maior em adequar a saúde escolar às necessidades dos alunos, devendo a escola educar de modo a promover a saúde, no âmbito de uma aprendizagem articulada, uma vez que a escola é um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos, evidenciando-se

igualmente, uma dificuldade de pais e famílias em o conseguem fazer, que seja pela natureza informal da relação, deficiente preparação e/ou dificuldade de comunicação.

Ferreira *et al.* (2004) referem que as sucessivas correcções à legislação portuguesa demonstram a preocupação dos legisladores, a complexidade e a delicadeza das questões relacionadas com a sexualidade. De igual forma, o Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa publicado em 2007 no âmbito do *Safe Project* (parceria europeia) alerta para o facto de que os jovens são considerados como grupo de alto risco, não são só os que sofrem de uma saúde reprodutiva e sexual precária, mas também os que são considerados menos vulneráveis (os que frequentam a escola, mas não lhes é facultada educação em termos de capacidades de gestão da sua sexualidade e das relações interpessoais).

Segundo Mendes (2006), a maioria das crianças e jovens passa grande parte do seu tempo na escola, assumindo-se esta um importante papel na formação das crianças e dos jovens. Os valores da educação sexual devem incluir o respeito pela individualidade de cada indivíduo (Marques, Prazeres, Vilar, Forreta, Cadete & Meneses, 2000). Aqui, um dos princípios fundamentais é o da afirmação da independência da educação sexual face a perspectivas morais impositivas. Outro princípio com igual grau de importância refere-se à forma como é concebida e gerida a subjectividade e individualidade nas temáticas da educação sexual (Marques *et al.*, 2000).

No que diz respeito aos jovens, o já referido Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa destaca os direitos dos jovens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, como sejam a informação; o acesso; a escolha; a segurança; a privacidade; a confidencialidade; a dignidade; a continuidade; e a opinião. Neste contexto, destaca também Benson (2011:s.p.) “It is particularly important that teens be well informed about all aspects of sex and sexual health”.

A operacionalização da educação sexual nas escolas deve constar do projecto educativo das próprias, de acordo com as directrizes vigentes, passando por iniciativas a nível disciplinar, interdisciplinar e extracurricular, cabendo a cada escola encontrar a melhor estratégia. Neste contexto, é importante realçar e promover a articulação entre os vários agentes educativos, para além dos professores, caso dos profissionais de saúde. As actividades desenvolvidas a nível extracurricular têm sido as mais seguidas, muitas vezes com a colaboração de profissionais de saúde e de organizações não-governamentais, podendo no entanto ser menos eficazes, se realizadas de forma esporádica (Marques *et al.*, 2000). No caso concreto dos profissionais que trabalham na área comunitária, “o trabalho de

parceria Escola – Centro de Saúde assenta numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde.” (PNSE, 2006:7).

Actualmente existem vários modelos de educação sexual, entre os quais se salienta o modelo de educação sexual aberto, profissional e democrático. O quadro ético e conceptual vigente neste modelo envolve o indivíduo e a família num todo unificado, daí também ser considerado holístico, com um quadro filosófico organizador de valores, atitudes e comportamentos (Serrão, 2009). A sexualidade é vista numa perspectiva biopsicossocial, emergindo três objectivos de importância crucial para uma educação sexual efectiva: a promoção do domínio dos conhecimentos; a promoção do desenvolvimento de atitudes positivas e responsáveis; e a promoção do desenvolvimento de competências. De referir que este modelo é flexível ao ponto de abranger posições morais diversas (Vilar, 2001 citado por Serrão, 2009).

Marques *et al.* (2000) recorrendo a Sanders & Swiden consideram vários factores que contribuem para o sucesso no desenvolvimento de acções de educação sexual, como a neutralidade/imparcialidade; a não atribuição de “certos” e “errados”; o controlo na emissão de juízos de valor; facilitar a identificação de valores pessoais; partilhar em vez da imposição do saber; permitir escolhas; disponibilizar material de apoio; demonstrar disponibilidade e confiança; abordagem de conteúdos adequados à faixa etária; e uma procura da coerência nas intervenções, entre outros.

Ainda, segundo estes autores, a opção por uma determinada estratégia é difícil. Contudo, designam vários objectivos da educação sexual, dentro das várias componentes cognitivas dos estudantes para as etapas do 2.º, 3.º ciclo e ensino secundário, através de:

- Adquirir e consolidar conhecimentos sobre:
 - Anatomo-fisiologia, psico-afectividade e socio-culturalidade da sexualidade;
 - Noções de higiene corporal;
 - Comportamentos sexuais e diferenças individuais;
 - Fenómenos de reprodução;
 - Planeamento familiar (incidência nos métodos contraceptivos);
 - Doenças de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento;
 - Mecanismos da resposta sexual humana;
 - Ideias e valores como a sociedade encarou e encara a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre sexos;
 - Situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva;
 - Várias formas de abuso sexual.

- Desenvolver atitudes de:

- Aceitação relativamente às mudanças fisiológicas e emocionais;
- Aceitação da diversidade de comportamentos sexuais ao longo do ciclo de vida;
- Reflexão e crítica face aos papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres;
- Reconhecimento da importância da afectividade na sexualidade;
- Aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais;
- Prevenção dos riscos para a saúde, nomeadamente sexuais e reprodutivos;
- Aceitação do direito a cada um decidir sobre o seu corpo.

- Desenvolver competências para:

- Expressar sentimentos e opiniões;
- Tomar e aceitar decisões;
- Comunicar sobre a sexualidade;
- Aceitar os sentimentos que podem estar subjacentes nas relações entre as pessoas;
- Adotar comportamentos informados, nomeadamente nos temas da contraceção e prevenção das IST;
- Adequar as formas de contacto físico aos diferentes contextos sociais;
- Reconhecer situações de abuso sexual, identificar soluções e procurar ajuda;
- Identificar e aplicar respostas assertivas em situações de injustiça, abuso ou perigo.

Estes objectivos vão ao encontro dos conteúdos publicados na Portaria n.º 196-A/2010.

Para Sampaio, Baptista, Matos, & Silva (2007) no 2.º e 3.º ciclo devem revitalizar-se os currículos e aproveitar as áreas curriculares não disciplinares, e torna-se essencial a identificação das necessidades dos jovens nesta matéria. Esta identificação poderá ser feita por meio de algumas técnicas. Através dos dados obtidos, obtêm-se informações realmente úteis na concepção, organização, condução e avaliação das actividades, assim como a sua adequação aos grupos envolvidos (Marques *et al.*, 2000).

Numa metodologia de projecto referente à educação sexual, foram definidos por Sampaio *et al.* (2007) uma sequência de fases, a começar pela identificação dos problemas e diagnóstico da situação, seguidamente a selecção de objectivos, a determinação de estratégias, a elaboração do plano de acção e por fim a avaliação. São várias as metodologias empregues nas sessões, podendo aplicar-se metodologias activas e

participativas que visem a partilha de informação, a clarificação e aquisição de valores e atitudes, e o treino de competências específicas.

Em termos de estratégia, a mais aceite centra-se em actividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação activa dos adolescentes. Assim, “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” pois a “intervenção directa, através da participação na totalidade do processo de ensino/aprendizagem, é a orientação metodológica mais adequada” (Ferreira *et al.*, 2004:136).

Para que as sessões de educação sejam efectivas, deve criar-se um ambiente de confiança e respeito, indispensável ao sucesso das intervenções, impedindo constrangimentos causados 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).

Para Frade, Marques, Alverca & Vilar (1992) as pequenas exposições são as mais assertivas, ao invés das longas dissertações para um público alargado. Os autores identificam algumas das técnicas mais aplicadas em educação sexual:

- Trabalho em grupos pequenos (grupos de três-cinco elementos, aos quais se pede a execução de uma ou várias tarefas, sendo posteriormente apresentadas e discutidas perante todo o grupo);
- Trabalho individual (visa melhorar a expressão verbal e incentivar a participação de um aluno);
- *Brainstorming* (listar as sugestões que um grupo faz sobre determinada questão ou problema);
- Histórias/casos inventados (pedir ao grupo que crie um fim para uma história ou que identifique soluções para os casos apresentados);
- Jogo de clarificação de valores (utilizando pequenas frases opinativas e polémicas promove-se o debate entre grupo);
- Questionários (recolher conhecimentos e opiniões existentes);
- *Role Play* ou dramatização: (dramatização de pequenos casos ou histórias);
- Jogos de apresentação ou de “quebrar o gelo” (promover a expressão de sentimentos e opiniões entre participantes que não se conhecem previamente);
- Visitantes externos (visita de um especialista para falar sobre um determinado assunto);

- Colagens (elaboração de trabalhos a partir de recortes para posterior exposição e debate em grupo);
- Caixa de perguntas (recolha prévia e anónima de perguntas, sobre temas de interesse da turma ou levantamentos de necessidades);
- Fichas (instrumentos para recolha de informação e desenvolvimento de trabalhos).

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

4.3.1. – A Teoria Cognitivo-Social de Bandura

Na alínea b) do Artigo 4.º do já citado Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro encontra-se definido que o enfermeiro “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667). Na unidade de competência “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”, um dos critérios de avaliação definidos estabelece que o enfermeiro especialista “Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8668). Neste sentido, quando o enfermeiro que trabalha na comunidade pretende realizar educação para a saúde deve ter em atenção as teorias e os modelos existentes em contexto de promoção da saúde, pois tal como referem Lancaster, Onega & Forness (1999:266) são uma “base teórica forte, permite que os enfermeiros comunitários eduquem os utentes com êxito.”.

Com a utilização das teorias e modelos, facilita-se a compreensão dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses dos indivíduos e/ou comunidades. A teoria pretende compreender a natureza dos comportamentos, identificar os procedimentos para posteriormente alterá-los e caracterizar os efeitos das influências externas nesses eventos. Assim, pode ser vista como um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições apresentados que pretendem observar factos e/ou eventos, explicar e prevê-los. Por sua vez, o modelo baseia-se nas teorias, considerando-se assim, como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um facto (Reis do Arco, 2011).

Uma teoria pretende prever e explicar comportamentos, abstraindo-se da realidade, enquanto, que um modelo sugere a forma como se deve alterar os comportamentos. Ambos pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento dos indivíduos, relativamente às questões afectas à saúde, baseando-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adoptados (Reis do Arco, 2011).

Em contexto da capacitação e empoderamento através da educação para a saúde ao indivíduo e/ou comunidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve adequar uma teoria, pois tal como referem Lancaster *et al.* (1999:266)

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

Os autores referem ainda que uma teoria permite analisar as características dos indivíduos para uma abordagem educacional ou teórica (Lancaster *et al.*, 1999).

Após análise às diferentes teorias de educação existentes, a que se considerou mais adequada para ser utilizada no presente estágio enquadra-se no âmbito das teorias cognitivas/construtivistas, que enfatizam a capacidade do aluno em integrar informações e processá-las, estando o seu conhecimento em construção contínua. Um dos princípios psicopedagógicos destas teorias refere-se à motivação do aluno para a aprendizagem relacionando-a com as suas necessidades pessoais e os objectos da sua aprendizagem. Assim, a teoria escolhida pertence ao grupo das teorias da aprendizagem social, pois

“Defendem que o comportamento é uma função de *expectativas* individuais sobre o *valor de um resultado* (...) ou *êxito pessoal*. Se os utentes julgarem que um resultado é desejável e atingível estão mais inclinados a mudar o seu comportamento para alcançar esse fim.” (Lancaster *et al.*, 1999:268).

As teorias da aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo (behaviorismo) e introduzem um novo conceito que consiste na aprendizagem por observação de modelos. Uma vez que a maioria dos comportamentos do indivíduo são apreendidos, será possível desaprender ou alterá-los quando não são os correctos, pois o indivíduo estará capacitado para o fazer, desde que correctamente informado. Assim, fornecer informações, indicar factos, dar pistas facilita a compreensão, a organização e a retenção dos conhecimentos.

Albert Bandura, psicólogo canadiano, defende que o indivíduo aprende através da observação dos outros e propõe uma abordagem à aprendizagem social e ao papel das influências sociais na aprendizagem.

O psicólogo dedicou-se a uma das teorias da aprendizagem social, a Teoria Cognitivo-social. Esta teoria resulta das teorias do condicionamento clássico e operacional, sendo que no condicionamento clássico, a aprendizagem do indivíduo resulta da conjugação do estímulo neutro (condicionado) e do estímulo que evoca uma resposta (não-condicionado), apresentando-se o indivíduo como um agente passivo; no caso do condicionamento operacional, a aprendizagem do indivíduo surge como consequência da acção, o indivíduo é um agente activo.

A teoria proposta por Bandura para o desenvolvimento de uma abordagem social cognitiva no campo do behaviorismo consistia em alterar ou modificar comportamentos considerados socialmente indesejáveis. Ao pensar que, se o comportamento do indivíduo é aprendido observando os outros, modela-se esse comportamento de acordo com o destes, sendo possível alterar ou reaprender o comportamento indesejável por meio da observação.

A teoria assenta em dois princípios básicos, a interacção recíproca entre os factores internos (intrínsecos ao indivíduo), os externos (meio-ambiente) e o comportamento do indivíduo, que se influenciam mutuamente. Bandura agrupou todas estas influências, por forma a, que nenhuma das três fosse considerada como uma entidade isolada. O segundo princípio assenta na diferenciação entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento) (Aguilar, 2010).

Na figura 2 encontra-se ilustrado a relação entre os factores intrínsecos, extrínsecos e o meio ambiente proposta por Bandura.

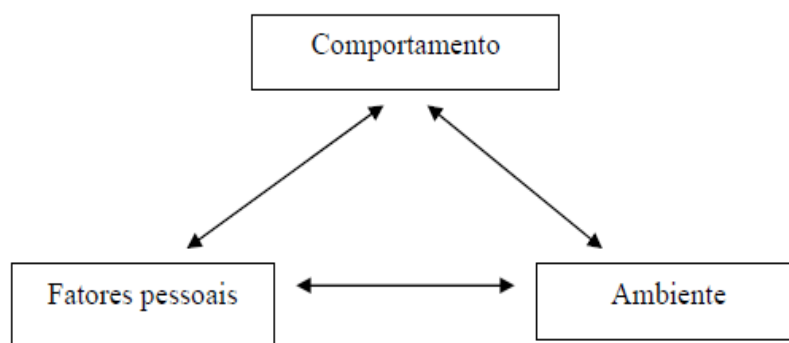


Figura 2 – Diagrama da interacção entre os factores internos, externos e o comportamento segundo a Teoria Cognitivo-Social de Bandura

Fonte: Torisu & Ferreira (2009). A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem da matemática: considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática, s.p., citando Pajares & Olaz (2008)

Aguilar (2010) destaca que Bandura recorre a quatro elementos para explicar a aprendizagem por observação:

- Atenção (existe uma selecção daquilo a que se presta a atenção, sendo esta feita em função das características do modelo, do indivíduo-observador e da actividade em si);
- Retenção (a informação observada é codificada, armazenada e organizada em padrões com forma de imagens e construções verbais);
- Reprodução (traduzir as concepções simbólicas armazenadas em acções correspondentes);
- Motivação e Interesses (a aquisição é um processo diferente da execução, assim para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve estar-se motivado para fazê-lo, o que pode ser alcançado através de incentivos) (Aguilar, 2010).

Aguilar (2010) refere que Bandura identificou três tipos de reforços (ou regulação) no processo de aprendizagem, os directos (o observador reproduz o que observou); os indirectos (os resultados observados no comportamento dos outros pode modificar o comportamento do indivíduo de igual forma que os resultados obtidos da experiência directa); e os auto-reforços (o indivíduo controla os seus próprios reforços). Para Bandura, as respostas comportamentais não são “disparadas” automaticamente, são iniciadas pelo próprio indivíduo. Quando um reforço externo altera o comportamento, é porque o indivíduo tem consciência da resposta a ser reforçada e antecipa a recepção do mesmo reforço ao repetir o comportamento quando a situação se repetir.

Assim, a teoria de Bandura é constituída pelo comportamento potencial, a expectativa, o valor do reforço e a situação psicológica do indivíduo. O potencial para a adopção de determinado comportamento resulta da expectativa relativamente a esse comportamento, de um determinado reforço e no valor que esse reforço tem para o indivíduo.

Aguilar (2010) destaca que Bandura defende que o indivíduo é motivado a adoptar comportamentos cujo resultado valoriza e que sente capaz de desempenhar eficazmente. Existe um mecanismo interposto entre o estímulo e a resposta, que nada mais é do que o processo cognitivo de cada indivíduo. Na opinião de Bandura, não é o esquema de reforço em si que produz efeito na mudança do comportamento de um indivíduo, mas o que este pensa desse esquema. A aprendizagem ocorre não pelo reforço directo, mas por meio de modelos. Assim, a tendência é de imitar os comportamentos mais simples do que os mais complexos.

O comportamento é influenciado por dois conjuntos de expectativas: as expectativas de acção – resultado, que traduzem a crença pessoal de que uma acção conduz a determinado

resultado; e as expectativas de auto-eficácia, que reflectem até que ponto os indivíduos acreditam serem capazes de adoptar um comportamento desejado.

Para além das consequências informarem os indivíduos relativamente à correcção ou à conveniência da sua acção, as consequências também podem gerar motivação para realizar acções que geram consequências positivas noutros. No entanto, a observação de modelos não garante, por si só, a aprendizagem dos comportamentos. Os factores envolvidos na aprendizagem por observação são as consequências do comportamento, as características do observador e as características do modelo (Aguilar, 2010).

Assim, a tendência do indivíduo é de modelar o próprio comportamento com base nos indivíduos do mesmo sexo e idade que conseguiram resolver os problemas similares aos seus.

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

- O ensino de novos comportamentos – Quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir, deve-se utilizar as mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo, de forma deliberada;
- Desenvolvimentos das emoções – Através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reacções emocionais a situações nunca experimentadas;
- Facilitar os comportamentos – Podem aprender-se comportamentos não por se estar especialmente motivado, mas por serem necessários em determinadas situações sociais, através da observação dos outros;
- Troca de Inibições – A inibição ocorre quando se vê um modelo, tornando-se indesejável a sua imitação dadas as consequências negativas do comportamento (Aguilar, 2010).

Dado que Bandura explica a influência entre factores ambientais, pessoais e o comportamento, considera-se que na sua teoria há um determinismo recíproco (ao incentivar-se o indivíduo a alterar o seu contexto está a alterar o meio-ambiente); uma capacidade comportamental (com a aquisição de conhecimentos promove-se a capacitação dos indivíduos para mudarem os seus comportamentos); as expectativas (informar sobre os efeitos eventuais da acção, definindo objectivos credíveis); a auto-eficácia (confiança na aptidão de efectuar e dar continuidade à acção através do fornecimento de informação por forma a induzir comportamentos); e a aprendizagem observacional (aprender comportamentos saudáveis através do encorajamento) (Aguilar, 2010).

Segundo Bandura, as crenças que os indivíduos têm acerca das suas capacidades podem ser o melhor prognóstico da sua conduta e de habilidade, uma vez que o indivíduo tem a tendência a escolher as actividades nas quais se considera mais hábil e a recusar aquelas que considera mais difíceis. Neste sentido, as crenças sobre a auto-eficácia influenciam a tomada de decisões e condicionam o comportamento. Como refere Laburú, Barros & Silva (2011:476) citando Bandura (1997:3) “a auto-eficácia se refere às crenças nas capacidades individuais em organizar e executar os cursos de ação necessários para a produção de determinado feito ou realização”. Assim, os autores destacam que em contexto escolar, não se trata de o aluno possuir tais capacidades, mas de acreditar que as possui, e a intensidade das crenças da auto-eficácia depende da interacção entre os factores intrínsecos e os extrínsecos.

Como já foi referido, para Bandura o indivíduo não reage como se fosse um “robot” perante as influências do meio já que as reacções aos estímulos são auto-activadas. Bandura não vê o indivíduo como um ser passivo, totalmente dominado por acções ambientais, mas sim como um ser influenciável e influente em todos os processos. O comportamento não necessita ser directamente reforçado para ser adquirido, o indivíduo aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências dos outros que o rodeiam, considerando que pensamentos, crenças e expectativas fazem parte de um processo de reforço. Assim, esta teoria torna-se bastante útil para os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, pois tal como referem Lancaster *et al.* (1999:268) “os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado ou, ainda, ambos” citando Padille e Bulcavage (1991), Blair (1993) e Dembo (1994).

II

ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

“A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde.”

Constantino Sakellarides (1999) citado por PNSE (2006:2)

A fim de se poder efectuar uma caracterização das escolas em que decorreu o estágio, considerou-se pertinente, inicialmente, fazer uma breve caracterização da cidade de Portalegre e conseqüentemente do distrito com o mesmo nome, recorrendo-se, para tal, ao sítio oficial do Município de Portalegre. No que diz respeito à caracterização das escolas procedeu-se de igual forma, ou seja, recorreu-se aos sítios oficiais das mesmas.

A cidade de Portalegre pertence ao distrito com o mesmo nome, que se situa na região de Alto Alentejo. O distrito apresenta-se limitado a norte com o distrito de Castelo Branco, a sul com o distrito de Évora, a oeste com o distrito de Santarém e a este com Espanha, tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km².

A cidade de Portalegre fica situada perto do Parque Natural da Serra de S. Mamede com uma superfície de 446.2 Km², sendo constituída por 10 freguesias urbanas e rurais:

- Sé e S. Lourenço (urbanas);
- Alagoa, Alegrete, Carreiras, Fortios, Reguengo, Ribeira de Nisa, S. Julião e Urra (rurais).

São dezanove as escolas básicas do 2.^o e 3.^o ciclo que pertencem ao distrito, distribuindo-se em oito escolas básicas integradas 1, 2, 3; onze escolas básicas 2, 3; sete escolas secundárias (das quais duas na cidade de Portalegre); onze escolas profissionais; e quatro escolas superiores pertencentes ao Instituto Politécnico de Portalegre (três em Portalegre e uma na cidade de Elvas). No distrito pode ainda encontrar-se quatro universidades seniores sediadas em Campo Maior, Elvas, Ponte de Sor e Portalegre.

Para além destas escolas supra citadas, a cidade de Portalegre dispõe ainda de outras que disponibilizam ensino complementar como seja o Conservatório Regional de Música, duas escolas profissionais, um Centro de Formação Profissional e uma Escola de Hotelaria e Turismo.

1.1. – ESCOLA BÁSICA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO

A EB 2,3 Cristóvão Falcão pertence ao agrupamento n.º 2 da cidade de Portalegre, com alunos divididos por várias turmas do 5.º ao 9.º ano de escolaridade e um curso de CEF (Curso de Educação e Formação) na área de instalação e manutenção de sistemas informáticos.

Esta escola foi oficialmente criada em 09 de Setembro de 1968 denominando-se na altura de Escola Preparatória de Cristóvão Falcão e hoje é conhecida por Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão. Na actualidade possui 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais); uma biblioteca; uma sala de informática; uma sala de reuniões/sala de estudo; três gabinetes de apoio educativo; um gabinete do S.A.S.E. (Serviços de Acção Social e Escolar); um gabinete do aluno e de apoio à Associação de Pais; um bar/bufete; um refeitório; uma sala de convívio dos alunos; uma papelaria; uma sala de professores com gabinete de trabalho anexo e um pavilhão gimnodesportivo.

O agrupamento de escolas no qual se inclui a EB 2, 3 Cristóvão Falcão tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000, pertencendo à Rede de Escolas Promotoras de Saúde, que como refere o PNSE (2006:4) é “aquela que *inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar*” citando o documento *Health for all* da OMS. No mesmo programa é ainda referido que, esta rede de escolas “deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, bem como pela implementação efectiva dos princípios e das práticas da promoção da saúde, devendo, para isso, criar mecanismos de avaliação do processo.” (PNSE, 2006:4). Neste contexto, o mesmo documento refere ainda que,

“Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação.” (PNSE, 2006.5).

Esta escola tem várias parcerias nomeadamente com o Centro de Saúde, a Escola Superior de Saúde de Portalegre e o Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil do Instituto Português da Juventude. Desde Agosto de 2007 existe um projecto da educação para a saúde do qual constam várias actividades tais como:

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

- Prevenção da violência em meio escolar e saúde mental;
- Incremento de estilos de vida saudáveis.

1.2. – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira deriva do Antigo Liceu de Portalegre que foi criado a 20 de Setembro 1844, instalando-se a 01 de Julho de 1852 no Seminário de Portalegre, actualmente Museu Municipal da cidade. Em Dezembro de 1878, muda-se do seminário para o Convento de S. Bernardo e dois anos depois em Novembro, segue-se o Liceu. Mais tarde, por falta de condições deste edifício, deu-se a sua passagem para o Solar dos “Acchioll”, onde permaneceu até 1976. Posteriormente transferiu-se para um edifício construído para o efeito na Estrada do Bonfim, onde está até à data. A destacar ainda que em Janeiro de 1916 passou a ter a denominação de Mouzinho da Silveira, sendo alterado o seu nome para Liceu Nacional de Portalegre por altura do Estado Novo.

A escola recuperou o nome Mouzinho da Silveira, em honra a José Xavier Mouzinho da Silveira, natural de Castelo de Vide, um estadista, legislador e político que se assumiu como uma das personalidades marcantes da Revolução Liberal promovendo algumas das mais profundas modificações institucionais nas áreas da fiscalidade e da justiça em Portugal. O “Dia da Escola” é comemorado a 04 de Abril, dia do falecimento do estadista.

Esta escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes e freguesias rurais do concelho, distribuídos por vários anos desde o 7.º ao 12.º, uma turma do CEF e cursos profissionais que conferem certificação escolar equivalente ao 12.º ano e certificação profissional de nível 3. Relativamente à articulação com outras instituições, tem celebrado algumas parcerias, com várias instituições da região, na área social, cultural, desportiva, económica e com instituições ligadas à saúde. Destaca-se um projecto-parceria assinado com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, na área da Educação para a Saúde – Sexualidade na Adolescência, que vai ao encontro do seu projecto educativo para os anos 2011-2013 por forma a contribuir para a aplicação do preconizado no DL nº 60/2009, de 6 de Agosto e na Portaria nº 196-A / 2010, de 09 de Abril, já referenciados anteriormente.

Tendo sido intervencionada no âmbito do Programa Parque Escolar que visa a recuperação e modernização das escolas do ensino secundário, foram criados novos espaços e melhorados os já existentes, funcionando em diferentes blocos de A a G. Possui

salas de informática; multimédia; cinco laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química) e um biotério. Uma sala de teatro, uma de desenho/EVT; uma sala de trabalhos oficinais; uma sala polivalente; um gabinete de apoio; uma sala de TIC/oficina de multimédia; sala de trabalho para professores; salas de reuniões; sala de trabalho para pequenos grupos; e uma biblioteca. A escola possui ainda, os serviços administrativos; a cozinha; o refeitório; o bar; 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 o gabinete da direcção); uma sala para assistentes operacionais; uma sala de convívio para os alunos; uma sala para a associação de estudantes; a reprografia; e a loja de conveniência. Possui ainda, um pavilhão gimnodesportivo; uma sala de ginástica; uma sala para aulas teóricas; e um campo de jogos que funciona em anexo.

2 – O ESTÁGIO

“no exercício orientado para a comunidade, a prestação de cuidados de enfermagem fomenta o desenvolvimento de aptidões pessoais dos seus membros para o auto-cuidado e o auto-controlo em aspectos do bem-estar social e da saúde de vida diária. (...) A expressão do dever de conhecer as necessidades da população tanto se pode articular com a realização de diagnóstico situacional, atendendo aos diversos meios utilizados, em termos de recolha de informação como com o enquadramento de competências culturais (...)”.

Germano, Carvalho, Martins, Nunes, Amaral & Vieira (2003:46)

No Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro, onde são emanadas as competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e, simultaneamente especialista em saúde pública é referido que, o enfermeiro deve adquirir competências que lhe permitam participar na avaliação multicausal; nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública; no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projectos de saúde.

No caso concreto do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, é destacado que este deve desempenhar o papel de formador, consultor, defensor e elo de ligação com a comunidade. Torna-se prioritário que proporcione cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados a grupos com necessidades específicas, como é o caso da comunidade adolescente em ambiente escolar. Assim, o enfermeiro

“Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Neste contexto, assume importância a metodologia do planeamento em saúde, pois planejar em saúde é um processo contínuo e sistemático, que “procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo dos seus hábitos de saúde, (...) que fazem considera-lo um processo de mudanças social induzida.” (Imperatori & Giraldes, 1982:7).

O estágio desenvolveu-se no âmbito da metodologia do planeamento em saúde. O mesmo (estágio) ao ser analisado à luz das diferentes tipologias do planeamento em saúde pode considerar-se operacional (segundo o nível) pois “Determina objectivos operacionais

(metas); está voltado para a optimização e maximização dos resultados; é de carácter imediatista – curto prazo; é detalhado no estabelecimento de tarefas; está voltado para a gestão de recursos e para a eficiência – ênfase nos meios.” (Tavares, 1990:32); aborda uma perspectiva populacional em que,

“a população beneficiária ou população-alvo, é o primeiro e principal objecto do planeamento (...). A própria população-alvo pode entrar não só na implementação como também na elaboração dos projectos que lhe são dirigidos, sendo esta participação comunitária, um aspecto importante da organização.” (Tavares, 1990:33);

e uma perspectiva pragmática “É do tipo participativo (...) (Tavares, 1990:34).

Previamente à realização do estágio foi elaborado um diagnóstico de situação, primeira etapa do planeamento, que deu início em meados do mês de Novembro de 2011 e terminou no final do mês de Fevereiro de 2012.

2.1. – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação deve, para além de suficientemente aprofundado, ser sucinto, claro, rápido e corresponder às necessidades do planeamento, pois “A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programas ou actividades.” (Imperatori, 1982:13). Esta é uma etapa considerada como normativa e estratégica, na qual, se devem respeitar as regras de um projecto de investigação (Tavares, 1990).

A expressão da sexualidade dos jovens é uma das áreas contempladas no PNS para os anos 2004-2010. Neste documento preconiza-se uma “uma juventude à procura de um futuro saudável”, a redução da taxa de mortalidade, a redução de situações de gravidez na adolescência, a valorização da auto-apreciação do estado de saúde, o incutir de hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade) (PNS, 2004:54).

O diagnóstico de situação foi realizado pelos mestrandos junto de adolescentes de uma escola do ensino básico na cidade de Portalegre. A população-alvo correspondeu aos adolescentes que frequentavam o 8.º, 9.º ano de escolaridade e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão no ano lectivo de 2011/2012, num total de 116, apesar de estarem previstos 155, contudo esta discrepância está em grande parte justificada pelo não consentimento dos encarregados de educação em que os adolescentes respondessem ao instrumento de recolha de dados apresentado em sala de aula.

Com o diagnóstico pretendeu-se analisar as suas atitudes face à sexualidade. Para tal, recorreu-se a um trabalho do tipo quantitativo por se considerar o mais adequado ao que se pretendeu analisar.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário que é “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis” (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999:249). O questionário permite organizar a informação de forma rigorosa, uma vez que limita os sujeitos às questões formuladas, permitindo um melhor controlo de enviesamentos. Para estes autores, os questionários podem apresentar diversos níveis de estruturação, podendo conter perguntas fechadas (o sujeito escolhe uma opção de entre as respostas possíveis) e abertas (respostas escritas, permitindo alguma liberdade para expressar crenças, opiniões ou valores), possuindo vantagens, entre as quais de destaca o facto de se poder aplicar, quer a um grande número de sujeitos ou grupos mais restritos.

Assim, o instrumento de colheita de dados utilizado resultou de numa adaptação autorizada do questionário utilizado por M. Martins (2007) e validado por este, num estudo realizado por si numa cidade do norte alentejano, e pela escala de atitudes de Fisher (1988), uma escala do tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2002), num estudo também realizado em Portugal. Trata-se de um questionário estruturado e misto, uma vez que é constituído por questões abertas e fechadas, tendo sido utilizada uma linguagem simples e frases claras e curtas (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999).

A escala tipo Likert é uma das formas mais elementares de medir gradualmente se os indivíduos estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um determinado número de enunciados. A escala aplicada foi codificada de 1 a 5, sendo o score mínimo de 22 e o máximo é de 110. Scores mais baixos revelam uma atitude mais conservadora face à sexualidade ao passo que scores mais elevados significam uma atitude mais liberal face ao comportamento/atitude em análise (M. Martins, 2007).

Tendo em atenção os diferentes grupos de variáveis, questões que lhes correspondem são as seguintes:

1 – Caracterização sociodemográfica e religiosa da amostra: nomeadamente no que se refere à idade, sexo, situação conjugal dos pais, pessoa com quem vive, crenças e atitudes religiosas (questões n.º 1 à n.º 10);

2 – Variáveis de comportamento sexual e preventivo: abordagem ou não do tema, pessoas com quem o faz e com que frequência, preocupações com a imagem corporal, orientação sexual, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos (questões n.º 11 à n.º 17);

3 – Variáveis de comunicação e educação sobre sexualidade: importância dos pais, da escola, dos amigos, dos *media*, da religião na informação e educação sexual dos adolescentes (questões n.º 18 e 19);

4 – Atitudes face à sexualidade: A Escala de Atitudes Sexuais de Fisher foi desenvolvida com o intuito de avaliar e comparar atitudes sexuais dos jovens, indicando uma postura mais conservadora ou mais liberal perante determinados temas. A escala original contém 14 questões. No entanto, foi adoptada a escala aplicada por M. Martins (2007) de forma a melhor servir os objectivos deste estudo. Assim sendo, a escala abrange os seguintes temas: praias de nudismo, aborto, informação disponível sobre contracepção, informação aos pais sobre planeamento familiar, pornografia, prostituição, comportamentos sexuais dos jovens, orientação sexual, doenças de transmissão sexual e educação sexual.

Esta escala consiste no bloco n.º 20 do questionário aplicado, subdividindo-se em 22 questões, sendo que as questões n.º 1, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 18, 19, 20, 21 e 22 se destinam a conferir fiabilidade à escala, tendo sido elaboradas e expostas de forma contrária correspondendo a atitudes mais conservadoras (pontuações mais baixas) e atitudes mais liberais (pontuações mais altas) face à sexualidade.

A técnica escolhida para preenchimento foi o auto-preenchimento voluntário e anónimo, com consentimento prévio dos encarregados de educação, a 15 de Dezembro de 2011, 05 e 06 Janeiro de 2012. No Anexo II encontra-se o instrumento de colheita de dados.

Apontaram-se algumas limitações, pois como já foi referido, alguns encarregados de educação não deram autorização para o preenchimento do instrumento de colheita de dados, tendo sido recolhidos apenas 74,8% dos questionários referentes ao total dos alunos inscritos nas turmas em análise. Mesmo estando assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas, o facto de ser preenchido em sala de aula, pode ter condicionado algumas respostas, assim como os comentários emitidos por parte de alguns adolescentes, que podem ter enviesado alguns resultados.

Assim, os resultados obtidos revelam 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 eles.

Quanto à religião, a grande maioria dos jovens são católicos (84,5%), contudo a maioria 47,1% dos jovens afirmam não serem praticantes da mesma. Ainda, neste contexto, verificou-se que 42,2% dos inquiridos assumem não seguir fielmente as normas da sua religião, e inclusive 54% admitem existirem normas com as quais não se identifica.

A maioria dos jovens considera-se bem informada sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, 89,7%, em oposição aos que não se consideram bem informados, 4,3%.

Entre os inquiridos que assumem estar relativamente ou bem informados, emergiram duas categorias de respostas: procura activa (33% pela escola, 15% pelos meios de comunicação social/*internet*, a mãe e os amigos são para cerca de 5% e 3% respectivamente); e procura passiva e perfeitamente ocasional (por ouvir alguém falar, por folhetos informativos, ou mesmo por campanhas de informação).

Constatou-se que os amigos são os mais procurados pelos adolescentes quando estes sentem necessidade de esclarecer-se sobre sexualidade, 41,4%. Os motivos que levam os adolescentes a procurar os amigos são o facto de se sentirem mais à vontade e a confiança/compreensão dos mesmos. A seguir aos amigos, com 17,2%, a mãe é a quem os adolescentes recorrem para esclarecer as dúvidas. 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.

Contudo, uma percentagem relevante de adolescentes, 28%, refere não se sentir à vontade para falar sobre estes temas com os pais e cerca de 15% não recorre ninguém para falar sobre sexualidade. De uma forma geral, os inquiridos que decidem não abordar o assunto da sexualidade com alguém fazem-no por não se sentirem à vontade, por este ser um assunto sem interesse para eles ou simplesmente por não gostarem de falar, apesar de a maioria não responder ao porquê (52,9%). Contudo, verificou-se que existem cinco temas que praticamente não são abordados pelos inquiridos: 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 e outras IST, 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 e o namoro, como os temas mais abordados.

No caso da valorização das fontes de informação, os adolescentes atribuem grande importância à *internet* (36%) e pouca à igreja (cerca 3%), amplamente desvalorizada como agente socializador em termos da educação sexual dos jovens, podendo estar associado ao facto de a maioria dos inquiridos afirmar que existem doutrinas com as quais não se identificam.

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.

Tentou perceber-se qual a opinião e preocupação sobre temas como a homossexualidade, o vírus da Sida e a imagem corporal, destacando-se que:

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

Relativamente ao estudo da variável atitude face à sexualidade abordada no instrumento de colheita de dados, conclui-se que não é influenciada pela idade e sexo dos adolescentes; assim como pelo facto de serem ou não praticantes de uma religião; ou pelas fontes de informação sobre sexualidade, como amigos, colegas pais ou professores. Contudo, 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.

Pode ainda verifica-se que, em comparação com outros estudos sobre esta temática realizados em Portugal, os resultados obtidos assemelham-se, o que conferiu validade aos resultados obtidos.

No diagnóstico de situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades (Imperator & Giraldes, 1982). Neste sentido, com base nos resultados obtidos foram identificados problemas e determinadas necessidades relacionadas com as atitudes dos adolescentes em análise face à sexualidade.

2.1.1. – Problemas identificados

Em análise aos resultados obtidos, identificou-se os seguintes problemas:

- os adolescentes consideram-se bem informados sobre a sexualidade;
- os amigos são os mais procurados para esclarecer dúvidas sobre sexualidade;
- uma percentagem significativa (15%) de adolescentes não conseguir falar com ninguém sobre sexualidade;
- os adolescentes que decidem não abordar o assunto da sexualidade fazem-no por não se sentirem à vontade, por ser um assunto sem interesse para eles, ou por não gostarem de o fazer;
- dificuldade dos adolescentes em falar com os pais sobre alguns aspectos da sexualidade;

- a procura dos adolescentes por abordar temas relacionados com as mudanças corporais sentidas, as IST (nomeadamente a Sida) e a gravidez;
- a não abordagem dos adolescentes sobre a sexualidade relacionada com temas “tabus” como os “sonhos molhados”, masturbação, pornografia, pílula e a homossexualidade;
- a elevada importância atribuída à *internet*, como fonte de informação na educação sexual dos jovens.

Ao identificar-se como problemas, o facto de os adolescentes se considerem bem informados sobre a sexualidade; procurarem os amigos para esclarecer dúvidas sobre sexualidade; e a necessidade de abordarem temas relacionados com as mudanças corporais sentidas, IST e gravidez, vai ao encontro do que é referido no enquadramento teórico, nomeadamente a ilusória certeza que os adolescentes têm relativamente a saber tudo, recorrendo aos pares quando têm dúvidas que, tal como mencionado anteriormente podem não ser a melhor fonte de informação, e a elevada taxa de adolescentes grávidas na região Alentejo, como refere Isabel (s.d.).

2.1.2. – Necessidades determinadas

O conhecimento das necessidades da população é importante para o diagnóstico, contudo, como referem Imperatori (1982:16) “As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade.”. Estas necessidades podem ser reais (identificadas pelo investigador) ou sentidas (que podem ou não ser expressas pelos indivíduos e/ou comunidades analisadas).

Desta forma, foram identificadas as seguintes necessidades:

- validar o facto de a informação que a maioria dos adolescentes diz sentir corresponder a informações correctas sobre diversas dimensões da sexualidade;
- o interesse dos adolescentes em recorrer a fontes de informação para falar sobre a sexualidade, o que revela o interesse pela temática;
- os adolescentes falam com os pais sobre as mudanças corporais e o namoro, demonstrando interesse pelas transformações sofridas nesta nova etapa da sua vida;
- esclarecer dúvidas relacionadas com as IST, a gravidez e os meios contraceptivos;
- desmitificar alguns dos temas “tabus” identificados pelos adolescentes;

- esclarecer as inquietudes dos adolescentes em contexto escolar, pois consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna, sendo igualmente, considerada como uma fonte acessível;

- abordar os adolescentes, de forma informal, dado que muitos dizem não conseguirem falar com ninguém.

Após análise a estas, emergiu a necessidade de abordar a sexualidade juntos dos adolescentes indo ao encontro dos objectivos da saúde escolar, mais concretamente da educação sexual, pois “O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades.” (Imperatori, 1982:14).

2.2. – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda fase do planeamento em saúde, tal como a anterior, também é considerada como normativa e estratégica (Tavares, 1990).

Nesta etapa tomam-se as decisões relativamente aos problemas que se querem resolver em primeiro lugar, sendo importante definir critérios. Por esta ser considerada como uma fase subjectiva, dado que depende do planificador a determinação das prioridades, contudo “deve ser tão objectiva quanto possível.” (Tavares, 1990:83). Assim, os critérios devem contemplar a relação entre o problema, o factor de risco, a gravidade do problema, a pertinência, os recursos, entre outros (Imperatori, 1982). Neste contexto, o autor defende o recurso a técnicas que auxiliem na priorização dos problemas e sua possível resolução.

Como é característico desta etapa da vida, na adolescência, os adolescentes têm a sensação que possuem muitos conhecimentos e, inclusivamente recorrem a fontes de informação (parte das vezes não fidedignas) que podem influenciar negativamente os comportamentos em contexto da sexualidade, pela falta de rigor científico destas, casos do grupo de pares e da *internet*. Por outro lado, também a dificuldade sentida pelos adolescentes em abordar esta temática, nomeadamente pela sua falta de à-vontade e confiança nos interlocutores, torna-os uma população vulnerável pela elevada probabilidade de adoptar comportamentos incorrectos que ponham em risco a sua saúde.

Após a identificação dos problemas e determinadas as necessidades, a mestranda e os colegas em colaboração com a coordenação do curso de mestrado, consideram prioritário direccionar a sua actuação para a educação sexual em sala de aula, pois os enfermeiros

especialistas em enfermagem comunitária podem desempenhar um papel proactivo como promotores da saúde junto da população, como é o caso da adolescente, ao colaborarem em parecerias com outros profissionais e instituições, como é o caso da escola.

Neste sentido, a realização do estágio permitiu ir ao encontro da prioridade determinada. Dada a magnitude e vulnerabilidade que caracteriza a etapa da adolescência e a sexualidade humana, não houve necessidade de recorrer a qualquer técnica que facilitasse a determinação de prioridades.

2.3. – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

A fixação de objectivos é a terceira etapa do planeamento em saúde, começa a fase táctica do mesmo (Tavares, 1990).

Os objectivos devem adequar-se à situação que suscitou o planeamento em saúde, devendo conter a exactidão do percurso a efectuar e definir o novo estado pretendido.

Como já foi referido no capítulo do planeamento em saúde, os objectivos devem ser precisos, pertinentes, realizáveis e mensuráveis. Devem respeitar cinco elementos como a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso, a população-alvo, o local onde deve ser aplicado o projecto e o prazo de tempo para ser atingido (Tavares, 1990).

Na definição de objectivos deve seguir-se as quatro etapas: selecção de indicadores; projecção da tendência; projecção e previsão dos problemas prioritários, fixação dos objectivos a atingir; e tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas. (Giraldes, 1982 e Tavares, 1990).

O indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990:120). Assim, reflecte uma característica, mede, avalia aspectos não sujeitos à observação directa, é um instrumento elaborado para valorizar o cumprimento de objectivos e metas.

Os autores citados evidenciam dois tipos de indicadores na área do planeamento em saúde, os de resultado ou impacto e os de actividade ou execução. Os primeiros permitem medir a alteração verificada num problema detectado ou na sua dimensão actual, enquanto, que os segundos permitem quantificar a actividade desenvolvida pelo planificador.

Relativamente à projecção da tendência, entendida como “a determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as situações actuais, tecnológicas e outras, se mantenham.” (Tavares, 1990:122). Para se

proceder à sua realização é necessário recorrer a métodos de análise quantitativos e qualitativos. A terceira fase, a da fixação dos objectivos, sendo os objectivos considerados como enunciados de um resultado expectável e realizável de um problema que se pretende alterar relativamente à sua tendência natural. Por último, as metas são os enunciados dos resultados desejáveis, ou seja, os objectivos operacionais, devendo ser traduzidas em indicadores de actividade (Giraldes, 1982 e Tavares, 1990).

Sabendo que o presente estágio surge no âmbito da especialização da mestranda e por forma a respeitar o plano curricular do mesmo, o objectivo geral do mesmo vai ao encontro da metodologia do planeamento em saúde iniciada previamente com o diagnóstico de situação. Assim, uma vez determinadas as prioridades, e sabendo, tal como já foi referido anteriormente, que os objectivos devem adequar-se à situação que suscitou o planeamento em saúde, conter a exactidão do percurso a realizar e definir o novo estado a atingir, pretende-se como objectivo geral:

- Promover a capacitação e empoderamento, no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável, a adolescentes que frequentam os 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira da cidade de Portalegre, até final de Junho de 2012.

Como objectivos específicos foram definidos os seguintes:

- Contribuir para a implementação do PNSE (2006) através da educação sexual em ambiente escolar a adolescentes do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, até final de Junho de 2012;

- Desenvolver actividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas, até final de Junho de 2012;

- Avaliar o conhecimento dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012;

- Avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012.

Elaborou-se uma tabela onde, de forma esquematizada, se enumeram as actividades, os indicadores e as metas definidas para cada objectivo específico traçado.

Tabela 1 – Objectivos Específicos, Indicadores de Actividade ou Execução, Actividades e Metas

<u>Objectivos Específicos</u>	<u>Indicadores de Actividade ou Execução</u>	<u>Actividades</u>	<u>Metas</u>
<ul style="list-style-type: none"> Contribuir para a implementação do PNSE (2006) através da educação sexual em ambiente escolar a adolescentes do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, até final de Junho de 2012 	<p>n.º reuniões realizadas _____X100</p> <p>n.º sessões previstas</p> <p>n.º sessões realizadas _____X100</p> <p>n.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Articulação dos mestrados da ESSP com as direcções das escolas Sessões de educação sexual aos adolescentes sobre a sexualidade na adolescência 	<ul style="list-style-type: none"> Obter 100% de sucesso no envolvimento dos mestrados e direcções de escolas Obter 100% na realização das sessões previstas
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver actividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, no âmbito da educação sexual, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas, até final de Junho de 2012 	<p>n.º sessões realizadas _____X100</p> <p>n.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de apresentações sob formato <i>power-point</i> sobre as temáticas: Sexualidade, Adolescência, Afectos, Violência no namoro, IST e Métodos Contraceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar 100% de sessões de educação para a saúde previstas

	<p>n.º panfletos entregues _____X100</p> <p>n.º panfletos previstos para entrega</p> <p>n.º alunos que visualizaram as sessões _____X100</p> <p>n.º alunos previstos para visualizar o vídeo</p> <p>n.º cartazes distribuídos _____X100</p> <p>n.º cartazes previstos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de panfletos informativos sobre a violência no namoro e métodos contraceptivos • Elaboração de um vídeo alusivo à temática • Distribuição de 1 cartaz a cada direcção sobre as linhas de apoio à adolescência em contexto de uma sexualidade segura 	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar 90% dos panfletos aos adolescentes que assistiram às sessões • Obter 90% na visualização do vídeo dos adolescentes que assistiram às sessões • Entregar 100% dos cartazes às direcções das escolas
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012 	<p>n.º de respostas com a opção “concorda” relativamente à afirmação sobre a adolescência ser uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e responsabilidade _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com a opção “discorda” relativamente à afirmação sobre a função do preservativo ser evitar a gravidez _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com a opção “discorda” relativamente à afirmação sobre a pílula prevenir IST _____X100 n.º questionários entregues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> • Obter 80% dos questionários preenchidos com a opção “concorda” relativamente à afirmação da adolescência ser uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade • Obter 80% dos questionários preenchidos com a opção “discorda” relativamente à afirmação da função do preservativo ser evitar a gravidez • Obter 80% dos questionários preenchidos com a opção “discorda” relativamente à afirmação sobre a função da pílula ser prevenir IST
---	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012 	<p>n.º de respostas com “sim” na importância de sessões sobre a temática _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com nível de satisfação “satisfeito” com os temas abordados _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com “sim” na adequação de meios utilizados nas sessões _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com nível de satisfação “satisfeito” com as informações fornecidas nas sessões _____X100 n.º questionários entregues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> • Obter 80% dos questionários preenchidos com “sim” na importância de sessões sobre a temática • Obter 80% dos questionários preenchidos com nível de satisfação “satisfeito” com os temas abordados • Obter 80% dos questionários preenchidos com “sim” na adequação dos meios utilizados nas sessões • Obter 80% dos questionários preenchidos com nível de satisfação “satisfeito” com as informações fornecidas nas sessões
---	--	--	--

	<p>n.º de respostas com nível de satisfação “satisfeito” no domínio dos temas por parte dos formadores _____X100 n.º questionários entregues</p> <p>n.º de respostas com nível de satisfação “satisfeito” com o esclarecimento de dúvidas _____X100 n.º questionários entregues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões • Entrega de questionário de avaliação aos adolescentes no final das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> • Obter 80% dos questionários preenchidos com nível de satisfação “satisfeito” no domínio dos temas por parte dos formadores • Obter 80% dos questionários preenchidos com nível de satisfação “satisfeito” com o esclarecimento de dúvidas
--	---	--	--

Destaca-se que os indicadores de actividade ou execução definidos permitem quantificar actividades em prol da consecução de metas e consequentemente permitirão atingir os objectivos, havendo a referir que, não foram definidos indicadores de resultado ou impacto em contexto da metodologia do planeamento em saúde (visam medir a alteração verificada num problema detectado) uma vez que, estes requerem a avaliação das alterações verificadas a médio-longo prazo nos problemas identificados, situação que não se verifica, pois o estágio teve um curto tempo de duração (cerca de 4 meses e meio), não estando previsto (à data) um novo contacto da mestrandia com estes adolescentes.

Contudo, a mestrandia espera ter contribuído para que 80% dos adolescentes mencionados estejam capacitados e empoderados para a tomada de decisões saudáveis sobre a sexualidade relativamente à valorização da adolescência, enquanto etapa de crescimento do ser humano, à sexualidade como expressão do desenvolvimento de cada indivíduo, compreender o significado da afectividade, conhecer os diferentes métodos contraceptivos, compreendendo a contracepção como responsabilidade masculina e feminina, identificar os riscos de uma gravidez na adolescência, adoptar medidas de protecção e prevenção de IST e prevenir a violência no namoro.

2.4. – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do processo de planeamento é a selecção de estratégias, que tal como a anterior, também se reporta à fase táctica do planeamento em saúde (Tavares, 1990). Esta é uma das etapas fundamentais do planeamento em saúde, pois como refere Giraldes (1982:65) “Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.”

As estratégias são um conjunto de técnicas específicas com o fim de reduzir os problemas considerados como prioritários e atingir os objectivos fixados, o que exige criatividade por parte de quem planifica. Giraldes (1982:66) enumera as fases que devem ser seguidas no processo de definição de estratégias,

- “- 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 recursos futuros.
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário).”

De igual forma, Tavares (1990) destaca que a escolha de uma estratégia se deve respeitar quatro parâmetros, os custos; os obstáculos; a pertinência; as vantagens e desvantagens.

A mestranda seleccionou as seguintes estratégias:

- Articulação e envolvimento das direcções das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira

Realizou-se uma reunião com cada direcção de escola onde foram expostos os objectivos; acordadas as temáticas a desenvolver nas sessões; definidas datas e salas de aula para as sessões, sendo dado especial ênfase para as aulas com os directores de turma.

Para a Escola Secundária Mouzinho da Silveira foi elaborado um texto para recolha de conhecimentos e opiniões dos adolescentes (técnica da caixa de perguntas), a pedido da directora da mesma. No Apêndice I encontra-se o texto adaptado do sítio oficial do Portal da Juventude na área dedicada à Saúde e Sexualidade Juvenil.

Com esta estratégia, pretendeu-se dar cumprimento do definido pelo PNSE (2006) relativamente à promoção da parceria das escolas com outras instituições.

- Divisão do grupo de mestrandos em sub-grupos de trabalho

O total de sessões definido após as duas reuniões com as direcções foi de catorze. Posteriormente, o grupo de mestrandos foi dividido, formando-se quatro grupos de trabalho compostos por dois mestrandos cada um deles.

Ao sub-grupo da mestranda ficaram atribuídas quatro sessões (duas na Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão e duas na Secundária Mouzinho da Silveira) (Apêndice II).

Com esta estratégia, pretendeu-se agilizar a racionalização e maximização dos diferentes tipos de recursos.

- Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes que frequentam o 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, 9.º A e CEF da EB

2.3 Cristóvão Falcão

O planeamento destas sessões de educação para a saúde pretendeu a envolvência dos adolescentes no seu processo de saúde, indo ao encontro do já referido no PNSE (2006) que, entre outros aspectos contempla os estilos de vida saudáveis.

As áreas prioritárias definidas por este documento, em contexto de estilos de vida saudáveis são a saúde mental e oral; a alimentação saudável; a actividade física; o ambiente, a promoção da segurança e prevenção de acidentes, a saúde sexual e reprodutiva e a educação para o consumo. A alusão a temas relacionados com os comportamentos de risco, caso da violência em meio escolar, mais concretamente no namoro e IST, apesar de não estarem contemplados na área dos estilos de vida saudáveis, também se encontram contempladas no referido programa.

Toda a planificação das sessões respeitou a Teoria Cognitivo-Social de Albert Bandura, uma vez que se pretendeu alterar ou modificar comportamentos considerados não responsáveis e saudáveis. Tal como defende Bandura, ao pensar que o comportamento do indivíduo é aprendido observando os outros, pode “modelar-se” esse comportamento.

Neste sentido, foram elaboradas seis apresentações no programa *power-point* subordinadas aos temas: Sexualidade na Adolescência, Afectos, Violência no namoro, Gravidez na Adolescência, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. Procurou-se evidenciar a importância da sexualidade, o significado e importância da afectividade, enumerar os diferentes métodos contraceptivos, identificar causas e consequências de gravidez na adolescência, enumerar medidas de protecção e prevenção de IST e abordar a violência no namoro.

Foi, igualmente, realizado um filme onde foram abordadas todas as temáticas abordadas nas sessões; distribuídos folhetos informativos sobre a violência no namoro e métodos contraceptivos; e distribuídos cartazes às direcções das escolas relativos às linhas de apoio sobre adolescência, sexualidade, gravidez e violência.

Promoveu-se o diálogo aberto com os adolescentes a fim de fomentar a sua participação, desmitificar crenças, mitos e esclarecimento de dúvidas aos adolescentes.

No Apêndice III, encontra-se a projecção de fundo das sessões elaborada pelo sub-grupo da mestranda, assim como, as apresentações em *power-point* das diferentes temáticas, o cartaz com as linhas de apoio, os panfletos e o vídeo utilizados.

- Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões

Foi aplicado um questionário de avaliação das sessões a cada um dos adolescentes, no final de cada sessão. No Apêndice IV encontra-se o questionário de avaliação.

Posteriormente foi feito tratamento e análise dos dados obtidos.

Pretendeu-se validar os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes.

2.5. – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Na 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 adequadas.

Como refere Giraldes (1982:85) “Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar (...) fase do processo do planeamento: a formulação de programas e projectos.” Assim, a etapa da elaboração de programas e projectos depende do poder e do compromisso político.

Tendo por base o PNS 2004-2010 e o PNSE (2006), a mestranda elaborou um projecto de intervenção na área na promoção de estilos de vida saudáveis em contexto da sexualidade na adolescência, que lhe permitiu agilizar e dar continuidade ao planeamento em saúde e que serviu, igualmente, como projecto de estágio.

No Apêndice V encontra-se o projecto de estágio da mestranda.

2.6. – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO

A preparação da execução é uma etapa operacional do planeamento em saúde (Tavares, 1990). Esta fase consiste na

“especificação detalhada das actividades a realizar, (...), essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter (...) preparar uma lista (...) e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar (...) as necessidades em recursos ao longo do tempo; e estabelecer um calendário detalhado na execução (...)” (Imperatori & Giraldes, 1982:116).

Neste sentido, os autores enumeram uma série de aspectos a ter em conta quando se prepara a execução das actividades, como seja a responsabilidade de todos os intervenientes, criando-se pequenos grupos se necessário; a definição detalhada a médio e longo prazo; o estabelecimento de relações entre actividades; e as necessidades em recursos, assim como a duração das actividades.

De igual forma, destacam a importância de se recorrer a cronogramas que facilitem a esquematização cronológica das estratégias e actividades definidas e melhor orientação do (s) planificador (es).

Neste contexto, foi elaborado aquando da planificação do projecto de estágio, um cronograma de actividades que se encontra no Apêndice I do Apêndice V deste relatório. Este é um cronograma de GANTT que é “um gráfico de dupla entrada, onde as linhas são constituídas pelas actividades e as colunas pelos períodos de tempo considerados.” (Tavares, 1990:173). A referir que neste (cronograma), não foi, à data da sua elaboração definido o prazo de entrega do presente relatório, por ainda não se encontrar estabelecido pelo conselho técnico-científico da ESSP (final de Fevereiro de 2013).

Realizaram-se reuniões periódicas (Fevereiro e Março) entre os mestrandos e a coordenadora de curso de mestrado, com a finalidade de acordar as estratégias, actividades e recursos a utilizar nas sessões, assim como o esclarecimento de dúvidas pontuais. A fim de esquematizar a etapa da preparação da execução para as estratégias e consequentes actividades desenvolvidas, recorreu-se a tabelas, de acordo com cada estratégia seleccionada, onde é especificado quem, quando, onde, como, objectivos a atingir e previsão de recursos contemplados nesta etapa.

Tabela 2 – Preparação da Execução para a Estratégia “Articulação e envolvimento das direcções das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira”

<u>Quem</u>	<u>Quando</u>	<u>Onde</u>	<u>Como</u>	<u>Recursos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Directoras das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 de Fevereiro de 2012 (10-11 horas) • 14 de Fevereiro de 2012 (10-11 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala da direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira • Sala da direcção da EB 2,3 Cristóvão Falcão 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião para exposição dos objectivos, acordadas temáticas a desenvolver, definidas datas e salas de aula 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Directoras das escolas • Carta às direcções das escolas a pedir autorização para a realização das sessões • Sala de reuniões • Computador portátil

A mestranda participou directamente na reunião de dia 10 de Fevereiro de 2012 com colegas e a Directora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Tabela 3 – Preparação da Execução para a Estratégia “Divisão do grupo de mestrandos em sub-grupos de trabalho”

<u>Quem</u>	<u>Quando</u>	<u>Onde</u>	<u>Como</u>	<u>Recursos</u>
<ul style="list-style-type: none">• Mestrandos	<ul style="list-style-type: none">• Março de 2012	<ul style="list-style-type: none">• ESSP	<ul style="list-style-type: none">• Contabilizadas e distribuídas as sessões pelo número de sub-grupos;• Elaborado cronograma de “GANTT”.	<ul style="list-style-type: none">• Mestrandos

A divisão foi discutida entre os mestrandos, por forma agilizar os recursos humanos de acordo com o número de sessões identificadas.

Tabela 4 – Preparação da Execução para a Estratégia “Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes que frequentam o 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão”

<u>Quem</u>	<u>Quando</u>	<u>Onde</u>	<u>Como</u>	<u>Recursos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Adolescentes do 8.º, 9.º anos e CEF das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira • Professores do 8.º, 9.º anos e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 de Abril de 2012 (10:15-11:45 horas) • 12 de Abril de 2012 (10:15-11:45 horas) • 16 de Abril de 2012 (08:30-10:00 horas) • 16 de Abril de 2012 (13:40-15:10 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala do 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira • Sala do 8.º C da Escola Secundária Mouzinho da Silveira • Sala do CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão • Sala do 9.º A da EB 2,3 Cristóvão Falcão 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de sessão elaborado no projecto de estágio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Adolescentes • Professores • Sala de aula • Computador portátil • Projector • Panfletos • Cartazes

A planificação destas sessões contempla o que se encontra definido na Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril para o 3.º ciclo, tal como já foi referido anteriormente.

A preparação das sessões foi adequada ao tempo destinado a cada disciplina, num total de 90 minutos, para cada sessão. Neste sentido, foi elaborado um plano de sessão, que se encontra no Apêndice II do projecto de estágio (Apêndice V).

No início de cada sessão, enquanto se procedeu à apresentação das mestrandas, dos adolescentes e dos objectivos da sessão. Foi projectado como fundo alusivo um diapositivo elaborado pelas mesmas, intitulado “Adolescência Saudável, Sexualidade Responsável”.

Relativamente a esta fase da sessão não foi respeitado tudo o que estava definido no plano se sessão, caso da metodologia e técnicas pedagógicas (não foram utilizados os jogos de apresentação e trabalho de pequenos grupos), assim como o recurso didáctico do questionário, como previsto, por indicação da coordenação do mestrado.

A fase do desenvolvimento contemplou as apresentações em *power-point*, sendo definido pelo sub-grupo que seriam seis, uma vez que cada uma delas contemplaria uma das temáticas previamente acordadas.

Deu-se início com a apresentação intitulada “Sexualidade na Adolescência” onde se pretendeu contextualizar a actuação juntos dos adolescentes. Abordou-se, entre outros, a definição da adolescência e sexualidade segundo a OMS e a dimensão da sexualidade, sendo apresentadas visões de ambas, segundo a perspectiva dos adolescentes. Procurou evidenciar-se a importância da sexualidade na definição da identidade sexual do ser humano, iniciada na adolescência.

Com a apresentação intitulada “Os Afectos” abordaram-se os conceitos de sentimentos e emoções em contexto da afectividade, assim como a sua importância na expressão da afectividade humana, foram identificados os vários tipos de afectos e abordaram-se dois contextos específicos valorizados pelos adolescentes, a Amizade e o Amor. Valorizou-se a importância da afectividade no desenvolvimento de cada ser humano.

No que concerne à apresentação “Violência no Namoro” enumeraram-se as diversas formas de violência, identificaram-se situações de violência, enumeraram-se as consequências da violência para as vítimas, assim como as estratégias dos agressores relacionadas com crenças e mitos, foram identificados direitos e comportamentos de prevenção das vítimas, abordado o enquadramento legal e linhas de apoio úteis. Procurou-se transmitir conhecimentos sobre a violência nas relações amorosas entre adolescentes e formas de preveni-la, valorizando-se o respeito e dignidade humana.

Para a apresentação intitulada “Gravidez na Adolescência” visou-se a sensibilização dos adolescentes para a problemática da gravidez na adolescência através do reforço das escolhas informadas e seguras no contexto de uma sexualidade responsável. Foram, igualmente, identificados factores predisponentes a uma gravidez desejada e indesejada na adolescência, assim como as consequências desta para os adolescentes. Ainda foi feita uma breve abordagem à interrupção voluntária da gravidez e identificadas linhas de apoio. Na adolescência, a pressão pelo início da actividade sexual pode ser um dos factores de destabilização a que o adolescente se pode confrontar, razão pela qual foi reforçado que esta terá que ser uma decisão responsável.

A quinta apresentação intitulou-se “Infecções Sexualmente Transmissíveis”, onde foram abordadas as principais infecções (VIH, Gonorreia, Sífilis, Herpes Genital, Clamídea, Verrugas Genitais e Hepatite B), assim como formas de transmissão e sua prevenção. De igual forma, recorreu-se à utilização de um texto que ilustrava a história de uma jovem que tinha sido contaminada em adolescente, por prática de comportamentos de risco.

A última apresentação foi dedicada aos “Métodos Contraceptivos”. Nesta, incutiu-se a responsabilidade da utilização destes a todos os adolescentes, quer do género feminino, como masculino. Foi, igualmente, feita uma breve abordagem aos diferentes métodos, quer irreversíveis, quer reversíveis, e disponibilizada informação sobre locais de acesso a estes métodos.

A referir que durante esta fase da sessão (desenvolvimento) foi respeitado o que estava definido no plano de sessão, nomeadamente a sequência didáctica, os objectivos, os conteúdos programáticos, as metodologias e técnicas pedagógicas, os recursos didácticos, e o tempo previstos.

No final de cada sessão foi visionado um vídeo alusivo realizado pelo sub-grupo sobre todas as temáticas abordadas, com a duração de 4 minutos e 38 segundos. De igual forma, foram distribuídos panfletos informativos alusivos aos métodos contraceptivos e à violência no namoro. A metodologia aplicada nas sessões realizadas foi a interactiva, o que fomentou a participação dos adolescentes envolvidos.

Por último, foram aplicados os questionários de satisfação aos adolescentes e foram esclarecidas dúvidas, tanto de alunos, como de professores. Relativamente a esta fase do plano de sessão, excepto a resolução em grupo um questionário e trabalho em pequenos grupos (por sugestão da coordenação do mestrado) respeitando o que estava previsto.

Tabela 5 – Preparação da Execução para a Estratégia “Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões”

<u>Quem</u>	<u>Quando</u>	<u>Onde</u>	<u>Como</u>	<u>Recursos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Adolescentes do 8.º, 9.º anos e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 de Abril de 2012 (10:15-11:45 horas) • 12 de Abril de 2012 (10:15-11:45 horas) • 16 de Abril de 2012 (08:30-10:00 horas) • 16 de Abril de 2012 (13:40-15:10 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala do 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira • Sala do 8.º C da Escola Secundária Mouzinho da Silveira • Sala do CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão • Sala do 9.º A da EB 2,3 Cristóvão Falcão 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos questionários • Tratamento e análise dos resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandos • Adolescentes • Sala de aula • Questionários • Computador portátil

Os resultados obtidos irão permitir uma análise crítica da mestranda em contexto das competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

2.7. – AVALIAÇÃO

A última etapa do planeamento, a avaliação, também é operacional (Tavares, 1990).

Chegada a parte final do planeamento em saúde é o momento de rever se as estratégias seleccionadas, as actividades desenvolvidas, a preparação da execução e a execução foram precisas e pertinentes a fim de atingir objectivos fixados, segundo os

problemas identificados e necessidades determinadas. Se não terá de se voltar ao início de todo o processo de planeamento. Neste contexto “A sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.” (Tavares, 1990:205). Também Imperatori (1982) refere que a “finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência; e não só justificar as actividades já realizadas ou identificar insuficiências como frequentemente acontece.” (Imperatori, 1982:127-128).

Os autores destacam que existem várias tipologias para a avaliação do planeamento em saúde, destacando-se a que se considerou ser mais adequada para o presente relatório, a classificação segundo a implementação das actividades – internas ou externas. Assim, “visam as primeiras determinar o bom funcionamento dos serviços e as últimas, conhecer o impacto das actividades sobre a população.” (Imperatori, 1982:128).

A maior parte dos processos de avaliação do planeamento em saúde recorre a indicadores (Imperatori, 1982 e Tavares, 1990). Imperatori (1982:132) destaca que,

“A escolha final de um indicador para integrar um sistema de avaliação resultará da apreciação de todas as suas características na situação específica em que será empregado, mas chama-se a atenção sobretudo para a facilidade de obtenção dos dados e o seu cálculo, e a sua especificidade quanto ao fenómeno que pretende medir.”.

No caso das avaliações externas usam-se indicadores de resultado ou impacto e nas avaliações internas indicadores de actividade ou execução (Imperatori, 1982).

Assim, é

“importante que cada projecto contenha uma forma de avaliação, que ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Daqui se depreende que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-a em todas as etapas subsequentes.” (Tavares, 1990:214).

No caso da avaliação do estágio recorreu-se a uma avaliação interna, através da utilização de um questionário elaborado pelos mestrados, para determinar a satisfação dos adolescentes relativamente à pertinência e finalidade de sessões de educação para a saúde em contexto da educação sexual.

Recorreu-se ao método quantitativo que se enquadra no paradigma tradicional, positivista ou experimental (M.F. Martins, 2007). Este método refere-se à análise e descrição de um fenómeno, na qual há um “afastamento” do investigador em relação ao objecto de estudo, procurando promover a objectividade da pesquisa. Assim, este método permite estudar, explicar, medir e relacionar variáveis e fenómenos através do método hipotético-dedutivo. Neste contexto M. F. Martins (2007:79) refere que “Su principal atención es lo que

es observable y mensurable. Los datos representan información objetiva, resultante de la observación, medición y experimentación. Su objetivo es la descripción, relación, y exploración estadística, y generalmente se expresan en números.”. Neste sentido, trata-se de uma análise mais objetiva, fiel e exacta, visto que a observação é mais controlada do que na análise qualitativa, pois como referem Fortin, Côté & Vissandjée (1999:22), o método quantitativo é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.”.

O questionário permite organizar a informação de forma rigorosa, pois limita os sujeitos às questões formuladas, permitindo melhor controlo de enviesamentos. O planeamento do questionário é de extrema importância para a validade e fiabilidade dos resultados. Para tal, o conjunto de questões que se quer formular, deve ser elaborado, segundo Tuckman (2000), tendo em conta o que deve ser interpretado da mesma forma pelos inquiridos, evitar questões cuja resposta é desconhecida, libertar o sujeito da necessidade de passar uma boa imagem de si próprio e deve dissociar as expectativas do investigador das do sujeito.

O questionário elaborado pelos mestrandos é constituído por questões abertas e fechadas, tendo sido utilizada uma linguagem simples e frases claras e curtas (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999). As perguntas fechadas são 9 e as abertas são 2. No grupo das perguntas fechadas, 7 apresentam-se sob a forma de escalas tipo Likert e as restantes 2 com duas opções de resposta (“sim” e “não”).

Das 7 questões formuladas sob a forma de escalas tipo Likert, 3 estão relacionadas com a satisfação das temáticas, com as informações fornecidas e o esclarecimento de dúvidas, apresentam-se cinco categorias: muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito, nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito, repartindo-se as opiniões em favoráveis ou desfavoráveis, sendo o *score* mínimo de 3 e o máximo de 15. *Scores* mais baixos revelam pouca satisfação e *scores* mais elevados revelam satisfação. Formulou-se uma questão relativa ao domínio dos temas por parte dos formadores, igualmente, sob a forma de escala tipo Likert, mas com categorias diferentes: maus, insuficientes, suficientes, bons e muito bons, codificada de 1 a 5, sendo que 1 é o *score* mínimo e 5 o *score* máximo. *Scores* mais baixos revelam um mau domínio e *scores* mais elevados revelam domínio dos formadores pelos temas apresentados. As últimas 3 questões sob a forma de escalas tipo Likert estão relacionadas com os conhecimentos apreendidos pelos inquiridos com as temáticas apresentadas. Apresentaram-se as categorias: discordo totalmente, discordo bastante, não tenho posição definida, concordo bastante e concordo totalmente, igualmente codificadas de 1 a 5, sendo o *score* mínimo de 3 e o máximo de 15. *Scores* mais baixos revelam pouca concordância e *scores* mais elevados revelam concordância com as afirmações feitas.

Foi garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato das respostas dadas pelos adolescentes.

Para o tratamento dos dados, recorreu-se à utilização do programa informático de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.0, que permite uma análise estatística inferencial e *Excel 2010* para *Windows 7*, que possibilita uma análise estatística descritiva. Para ilustrar melhor a referida análise foram utilizadas tabelas.

O tratamento dos dados foi agrupado por escolas e em duas etapas distintas, isto é, inicialmente apresentam-se os dados dos adolescentes das sessões do sub-grupo da mestranda e posteriormente, os resultados de todos os adolescentes que compõem os quatro sub-grupos do mestrado em cada escola, respectivamente. Com esta escolha, pretendeu-se comparar os resultados e elaborar uma análise, o mais fidedigna possível com a realidade.

Tal como já foi referido o questionário de avaliação encontra-se no Apêndice IV.

2.7.1. – Escola Básica EB 2,3 Cristóvão Falcão

Inicialmente são apresentados os dados relativos aos adolescentes das sessões do sub-grupo da mestranda na EB 2,3 Cristóvão Falcão relativamente à apreciação e opinião destes (32 responderam ao questionário) sobre a importância da formação, satisfação com os temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida.

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a importância da sessão

Importância da sessão	N	%
Sim	32	100,0
Sim	0	0
Total	32	100,0

A totalidade dos adolescentes consideraram importante a participação na sessão sobre sexualidade e adolescência, com 100% de respostas positivas.

Tabela 7 – Justificação da importância da sessão para os inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão

Justificação da importância da sessão	N
Mais e melhor informação	8
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	1
Esclarecimento sobre IST e DST	1
Esclarecimento das dúvidas pessoais	2
Preparação para o futuro	2

Em primeiro lugar, importa referir que a maioria dos jovens não respondeu à pergunta acerca da importância da sessão sobre a adolescência e a sexualidade, ou seja, a maioria. Do total de respostas acerca da pertinência da sessão sobre adolescência e sexualidade, constata-se que:

- 8 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;

- 1 referem que a sessão foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 1 adolescente centra a importância da sessão no esclarecimento acerca das IST ou DST;
- 2 inquiridos mencionam ser particularmente importante no esclarecimento de dúvidas pessoais sobre estes assuntos;
- 2 adolescentes refere que agora se sente melhor preparado para a vida futura.

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com os temas apresentados

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

Aproximadamente 34% dos inquiridos admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 53% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados.

A destacar que 12,5% do total mostrou-se insatisfeito em relação aos temas apresentados.

Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com a adequação dos meios utilizados

Adequação dos meios utilizados	N	%
Sim	32	100,0
Não	0	0
Total	32	100,0

A totalidade dos adolescentes considera que os meios utilizados foram adequados.

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com as informações fornecidas

Satisfação com as informações fornecidas	N	%
Muito insatisfeito	2	6,3
Satisfeito	13	40,6
Muito satisfeito	16	50,0
Não responde	1	3,1
Total	32	100,0

Ressalta que 90,6% dos adolescentes se mostraram satisfeitos relativamente às temáticas abordadas. Apenas há a destacar que 6,3% consideram-se muito insatisfeitos em relação à informação apresentada durante a sessão.

Seguidamente aborda-se a qualidade da interacção entre os formadores e os formandos, segundo a perspectiva destes últimos.

Proceder-se-á à análise do domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e a sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

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

A totalidade dos jovens faz uma apreciação positiva relativamente ao domínio das temáticas apresentadas, por parte dos formadores, destacando-se que 25% e 75% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respectivamente.

Tabela 12 – **Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas**

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

Mais de 53% dos adolescentes assumem que ficaram muito satisfeitos em relação à adequação da sessão para o esclarecimento das suas dúvidas

Apenas 3,1% ficou insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema.

Finalmente, e através das próximas 4 tabelas foi possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos jovens relativamente à adolescência, sexualidade, contraceção e IST.

Tabela 13 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”

“A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	N	%
Concordo	10	31,3
Concordo totalmente	22	68,7
Total	32	100,0

Todos os jovens admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade. Cerca de 31% concorda e 68,7% concorda totalmente com a afirmação “a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”.

Tabela 14 – **Afectos identificados pelos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão como envolvidos na sexualidade**

Afectos	N
Amor	17
Amizade	11
Carinho	9
Beijos	3
Abraços	1
Confiança	2
Respeito	3
Responsabilidade	3
Sinceridade	1
Cumplicidade	1
Prazer	3
Satisfação	2

A maioria das respostas dos inquiridos identifica o amor (17), a amizade (11) e o carinho (9), como os afectos mais relevantes envolvidos na sexualidade.

Os beijos, o respeito, a responsabilidade e o prazer têm com o mesmo número de respostas, 3 para uma.

Ainda são mencionados pelos jovens, a confiança (2), a satisfação (2), os abraços (1), a cumplicidade (1) e a sinceridade (1).

Da análise das respostas dadas pelos adolescentes emergiram categorias, 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 acima mencionadas):

- 28 das respostas dadas pelos inquiridos incidem sobre as palavras Amor e Amizade;
- 13 respostas referem pelo menos uma destas palavras: Carinho, Beijos e Abraços;

- 10 respostas identificam pelo menos um destes termos: Confiança, Respeito, Responsabilidade, Sinceridade e Cumplicidade;
- 5 respostas dos inquiridos identificam Prazer (3) e Satisfação (2).

Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”

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

A generalidade dos inquiridos discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evitar o aparecimento de uma gravidez (84,4%).

Existe apenas 1 adolescente, que corresponde a 3,1% dos inquiridos, que não manifestou opinião sobre o assunto.

Verifica-se que 12,5% do total dos jovens concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo para prevenir uma gravidez.

Tabela 16 – **Distribuição dos inquiridos do 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”**

“O uso da pílula previne as IST”	N	%
Discordo totalmente	21	65,6
Discordo	5	15,6
Não tenho opinião	5	15,6
Concordo	1	3,1
Total	32	100,0

Mais uma vez, se constata que a maioria dos jovens da EB 2,3 Cristóvão Falcão respondeu correctamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST, ou seja, 65,6% discorda totalmente que assim seja.

Constata-se que um elevado número indivíduos não tem opinião, 15,6 % relativamente à afirmação.

De seguida são apresentados os dados obtidos na EB 2,3 Cristóvão Falcão relativamente à apreciação e opinião de todos os adolescentes dos quatro sub-grupos (88 responderam ao questionário) sobre a importância da formação, satisfação com os temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida, tal como anteriormente feito.

Tabela 17 – **Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a importância da sessão**

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

Todos os jovens inquiridos consideraram importante a participação na sessão sobre sexualidade e adolescência, com 100% de respostas positivas.

Tabela 18 – **Justificação da importância da sessão para os inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão**

Justificação da importância da sessão	N
Mais e melhor informação	10
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	5
Esclarecimento sobre IST e DST	4
Esclarecimento das dúvidas pessoais	3
Sentir 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

Destaca-se que 53 jovens não responderam à pergunta acerca da importância da sessão sobre a adolescência e a sexualidade, existindo 4 respostas imperceptíveis ou impossíveis de categorizar, razão pela qual foram excluídas da presente análise.

Do total de respostas acerca da pertinência da sessão sobre adolescência e sexualidade, constata-se que:

- 10 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
- 5 referem que a sessão foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 4 adolescentes centram a importância da sessão no esclarecimento acerca das IST ou DST;
- 3 inquiridos mencionam ser particularmente importante no esclarecimento de dúvidas pessoais sobre estes assuntos;
- 3 adolescentes consideram que uma sessão destas serve, sobretudo, para estarem mais seguros, serem 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 adolescente refere que agora se sente melhor preparado para a vida futura.

Tabela 19 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas apresentados	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 12,5% do total dos adolescentes mostrou-se insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados.

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

Tabela 20 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com a adequação dos meios utilizados

Adequação dos meios utilizados	N	%
Sim	100	100,0
Não	0	0
Total	88	100,0

A totalidade dos adolescentes considera que os meios utilizados foram adequados à sessão.

Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação com as informações fornecidas

Satisfação com as informações fornecidas	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 consideram-se muito insatisfeitos em relação à informação apresentada durante a sessão, que corresponde a 3,4%. No entanto, um pouco mais de 94% mostrou-se satisfeita relativamente às temáticas abordadas.

Tal como anteriormente será abordada a qualidade da interacção entre os formadores e os formandos, na perspectiva dos formandos. De igual forma, proceder-se-á à análise do domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e a sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

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

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

Apenas 2,3% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Aproximadamente 24% e 74% consideram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respectivamente.

Tabela 23 – **Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas**

Satisfação com o 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, 1,1% ficou muito insatisfeito e outro insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema. 3,4% admite ter ficado nem satisfeito, nem insatisfeito.

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

Tal como anteriormente, através das próximas 4 tabelas é possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos jovens relativamente à adolescência, sexualidade, contraceção e IST.

Tabela 24 – Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”

“A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	N	%
Não tenho 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 responsabilidade e liberdade, à excepção de 2,3%, que não têm opinião formada sobre a questão. Cerca de 34% concorda e aproximadamente 64% concorda totalmente com esta afirmação “a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”.

Tabela 25 – Afectos identificados pelos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão como envolvidos na sexualidade

Afectos	N
Amor	38
Amizade	14
Paixão	4

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

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

Da análise das respostas dadas pelos adolescentes emergiram categorias, 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 supra mencionadas):

- 66 das respostas dadas pelos inquiridos incidem sobre as palavras Amor, Amizade e Paixão;

- 72 respostas referem pelo menos uma destas palavras: Carinho, Beijos, Ternura, Abraços, Intimidade, Contacto, 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, um 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.

Tabela 26 – **Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”**

“O preservativo só evita a gravidez”	N	%
Discordo totalmente	64	72,7
Discordo	11	12,5
Não tenho 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 evitar o aparecimento de uma gravidez.

Existe 3,4% dos jovens que não manifestara opinião sobre o assunto.

Verifica-se que 11,4% do total dos jovens concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo para prevenir uma gravidez.

Tabela 27 – **Distribuição dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”**

“O uso da pílula previne as IST”	N	%
Discordo totalmente	62	70,5
Discordo	12	13,6
Não tenho 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 da EB 2,3 Cristóvão Falcão respondeu correctamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST, ou seja, 84,1% discordam que assim seja.

Observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta, 10,2 %, assim como, 5,7% dos inquiridos acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir uma IST.

2.7.2. – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Tal como para o tratamento e análise dos resultados da escola anterior, também nesta se procedeu, inicialmente, à apresentação de 4 tabelas que permitem obter a apreciação e opinião dos formandos do sub-grupo da mestranda (45 adolescentes responderam ao questionário) acerca da importância da sessão, satisfação acerca dos temas apresentados e adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos.

Tabela 28 – **Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a importância da sessão**

Importância da sessão	N	%
Sim	45	100,0
Sim	0	0
Total	45	100,0

A totalidade destes adolescentes reconheceu como importante a frequência e participação na sessão sobre sexualidade e adolescência.

Tabela 29 – **Justificação da importância da sessão para os inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira**

Justificação da importância da sessão	N
Maior qualidade e quantidade de informação	7
Evitar erros futuros	2
Favorecer comportamentos saudáveis	2
Esclarecimento sobre as DST e IST	1
Evitar uma gravidez indesejada	1

Importa sublinhar que a maioria dos adolescentes não emitiu resposta relativamente à pergunta sobre a importância da sessão. De entre os indivíduos que responderam à pergunta acerca da pertinência da sessão sobre adolescência e sexualidade, verificou-se o seguinte:

- 7 jovens justificam a importância da sessão apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;
- 2 mencionam ter sido particularmente importante para evitarem erros no futuro;
- 2 indivíduos sublinham que a mais-valia desta sessão prende-se com o facto de favorecer comportamentos saudáveis;
- para 1 a sessão foi fundamental para o esclarecimento acerca das DST e IST;
- para 1 foi útil para saber como evitar uma gravidez indesejada.

Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas apresentados	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

Aproximadamente 95% dos adolescentes referem ter ficado satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Verificou-se ainda que, 2,2% dos jovens admite ter ficado muito insatisfeito no que respeita às temáticas abordadas na sessão sobre sexualidade e adolescência e se mostrou indiferente em relação à referida.

Tabela 31 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com a adequação dos meios utilizados

Adequação dos meios utilizados	N	%
Sim	45	100,0
Não	0	0
Total	45	100,0

A totalidade dos jovens inquiridos considerou que os meios utilizados foram adequados à sessão.

Tabela 32 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com as informações fornecidas

Satisfação com as informações fornecidas	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	2	4,4
Satisfeito	27	60,0
Muito satisfeito	15	33,3
Total	45	100,0

Pouco mais de 2% dos jovens admite ter ficado muito insatisfeito em relação à informação fornecida através da sessão. 4,4% Dos adolescentes apresentou-se nem satisfeito, nem insatisfeito em relação à mesma.

60% ficaram satisfeitos e cerca de 33,3% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na sessão sobre sexualidade e adolescência.

Tal como foi efectuado para a outra escola, será analisada a qualidade da interacção entre os formadores e os formandos, na perspectiva destes últimos.

Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Tabela 33 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

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

Os inquiridos fazem uma apreciação muito positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores, apenas com 2,2% a considerar que foi mau.

Cerca de 13% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi suficiente. Aproximadamente 35% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e 48,9% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas

Satisfação com o 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

Apenas 2,2% do total dos adolescentes se demonstrou muito insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas. 6,7% considera que não ficou satisfeito, nem insatisfeito.

51,1% dos jovens admitem ter ficado satisfeitos e 40% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Seguidamente serão tratadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formadores sobre adolescência, sexualidade, contraceção e IST, tal como foi feito na análise da anterior escola.

Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”

“A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	N	%
Não tenho opinião	5	11,1
Concordo	19	42,2
Concordo totalmente	21	46,7
Total	45	100,0

Pouco mais de 42% concorda com esta afirmação e aproximadamente 47% concorda totalmente.

A referir que cerca de 11% não têm opinião sobre o assunto.

Tabela 36 – **Afectos identificados pelos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira como envolvidos na sexualidade**

Afectos	N
Amor	22
Paixão	3
Amizade	3
Carinho	11
Toque	4
Sexo	3
Intimidade	2
Afecto	2
Contacto	1
Beijos	1
Respeito	5
Confiança	4
Prazer	2
Emoção	2
Violência	3
Tristeza	2
Ansiedade	1

No que respeita aos afectos envolvidos na sexualidade, a generalidade dos jovens identifica o amor (22) e o carinho (11) como os mais importantes.

Tal como feito na análise da escola anterior e a fim de se compreender melhor a tendência das respostas dos adolescentes, emergiram categorias pela proximidade das

mesmas (respostas) em termos teóricos. Assim, por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias abaixo referidas):

- 28 das respostas mencionam, pelo menos, uma das palavras Amor, Paixão e Amizade;
- 24 referem pelo menos uma destas palavras: Carinho, Toque, Sexo, Intimidade, Afecto, Contacto e Beijos;
- 9 respostas focam pelo menos um destes termos: Respeito e Confiança;
- Prazer e Emoção foram mencionados duas vezes, por pelo menos, 1 dos adolescentes;
- Sublinha-se porém, que em 7 das respostas se referem a aspectos negativos em relação à sexualidade já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspectos: Violência, Tristeza e Ansiedade.

Tabela 37 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”

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

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo para evitar a gravidez. Aproximadamente 6,7% não tecem qualquer opinião sobre esta questão.

De igual forma, 6,7% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

Tabela 38 – Distribuição dos inquiridos do 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”

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

Verifica-se que a maioria dos inquiridos discorda totalmente (80%) relativamente à afirmação formulada sobre o uso da pílula como método preventivo para as IST.

Todavia, constata-se que 8,9% dos jovens não têm opinião sobre esta afirmação.

De igual forma, seguidamente, serão apresentados os dados obtidos pelos quatros sub-grupos de mestrandos relativos a todos os adolescentes (193 responderam ao questionário) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que assistiram às sessões, relativamente à importância da formação, satisfação com os temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida, tal como anteriormente feito.

Tabela 39 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a importância da sessão

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

A quase totalidade dos adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira reconheceu como importante a frequência e participação na sessão sobre sexualidade e adolescência.

Tabela 40 – Justificação da importância da sessão para os inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Justificação da importância da sessão	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 uma gravidez indesejada	2
Favorecer comportamentos saudáveis	2

Justificação da importância da sessão	N
Início de vida sexual mais seguro	2
Uma forma de crescer	1
Melhor preparação para a vida	1

Sublinha-se que 119 dos jovens inquiridos não responderam à pergunta acerca da importância da sessão sobre a adolescência e a sexualidade. Tal como aconteceu para a EB 2,3 Cristóvão Falcão constataram-se 20 respostas imperceptíveis ou impossíveis de categorizar, motivo pelo qual foram igualmente excluídas da análise.

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

- 31 jovens justificam a importância da sessão apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;
- 7 referem que a sessão foi importante para estarem mais alerta e desportos para os perigos em torno da sexualidade e início da mesma;
- para 3 a sessão foi fundamental para o esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ter sido particularmente importante para evitarem erros no futuro;
- 2 acham que uma sessão 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 sessão 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;
- 1 dos jovens inquiridos a participação nesta sessão foi uma forma de crescer;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida.

Tabela 41 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas apresentados	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

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

Por sua vez, mais de 91% referem ter ficado satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Tabela 42 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com a adequação dos meios utilizados

Adequação dos meios utilizados	N	%
Sim	192	99,5
Não	1	0,5
Total	193	100,0

A quase totalidade dos jovens inquiridos considerou que os meios utilizados foram adequados à sessão.

Tabela 43 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação com as informações fornecidas

Satisfação com as informações fornecidas	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% dos jovens admite ter ficado insatisfeito ou muito insatisfeito em relação à informação fornecida através da sessão. 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 sessão sobre sexualidade e adolescência.

Como anteriormente, seguidamente será analisada a qualidade da interacção entre os formadores e os formandos, na perspectiva destes últimos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

Tabela 44 – **Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados**

Domínio dos formadores em relação aos 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 inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores, existindo apenas um inquirido que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas.

Cerca de 8% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. Aproximadamente 37% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e cerca de 53% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

Tabela 45 – **Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas**

Satisfação com o 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.

44,6% admitem ter ficado satisfeitos e 46,6% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

De seguida serão tratadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formadores sobre adolescência, sexualidade, contraceção e IST, tal como foi feito na análise da anterior escola.

Tabela 46 – Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”

“A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”	N	%
Discordo totalmente	1	0,5
Discordo	3	1,6
Não tenho opinião	13	6,7
Concordo	66	34,2
Concordo totalmente	109	56,5
Não responde	1	0,5
Total	193	100,0

2,1% dos inquiridos não consideram que a adolescência seja uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade. Aproximadamente 7% não têm opinião sobre o assunto.

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

Tabela 47 – **Afectos identificados pelos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira como 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

Afectos	N
Prazer	12
Emoção	4
Desejo	3
Atracção	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), a amizade (23), a confiança (18), o sexo (15), os beijos (14), a intimidade (12), o prazer (12) e o respeito (11), como os mais importantes.

A fim de se compreender melhor a tendência das respostas dos adolescentes, emergiram categorias pela proximidade das mesmas (respostas) em termos teóricos, tal como foi feito anteriormente. Assim, 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 Atracção foi mencionado sete vezes, por pelo menos, 1 dos inquiridos;

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

Tabela 48 – **Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O preservativo só evita a gravidez”**

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

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

Constata-se que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

Tabela 49 – **Distribuição dos inquiridos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira segundo a afirmação “O uso da pílula previne as IST”**

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

Verifica-se que a maioria dos inquiridos discorda totalmente (65,8%) relativamente à afirmação formulada sobre o uso da pílula como método preventivo para as IST.

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

2.7.3. – Discussão dos resultados

A referir que a totalidade dos inquiridos de todos os grupos e de ambas as escolas aderiu ao preenchimento do questionário, apesar de se constatar que em algumas questões não se obteve resposta.

Contudo, ressalta-se que este facto é muito positivo, o que poderá revelar interesse dos mesmos pela realização das sessões planeadas.

Na comparação dos dados entre as escolas, destaca-se que:

- A quase totalidade dos adolescentes de ambas identifica como importante a frequência e participação neste tipo de sessões sobre sexualidade e adolescência no âmbito da educação sexual, com percentagens a rondar os 100%. Verificou-se uma percentagem residual (0,5%) de respostas negativas após a avaliação dos dados de todos os adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

No que respeita aos adolescentes do sub-grupo da mestranda, a totalidade considerou importante a frequência a este tipo de sessões.

Este resultado vai ao encontro dos estudos de Vilar (2002) e M. Martins (2007). No primeiro estudo, o autor destaca que

“Os jovens expressam, quase sempre, uma opinião francamente positiva sobre as aulas ou acções de educação sexual nas escolas que, em muitos casos, é apontada como uma alternativa a uma deficiente informação ou educação por parte dos progenitores ou de outros agentes, (...)” (Vilar, 2002:330).

Por sua vez, no seu estudo, M. Martins (2007), destaca que “Observase que la mayoría de los jóvenes (...) concuerdan con la **utilidad de la educación sexual en la escuela**, (...)” (M. Martins, 2007:130). Neste contexto, continua o autor “La mayoría de los jóvenes se refieren a la Escuela como una potencial fuente de educación sexual y consideran que sería muy importante la existencia de una asignatura sobre esta temática (...)” (M. Martins, 2007:180). Por outro lado, afirma M. F. Martins (2007:260) “El no cumplimiento de la ley y la consecuente inexistencia de educación sexual en las escuelas, no permiten la transmisión de la información.”.

- Quando foi pedido aos inquiridos para justificar a resposta, os dados revelam que na EB 2,3 Cristóvão Falcão, a maioria dos adolescentes não responderam e/ou emitiram respostas imperceptíveis, o que equivale aproximadamente a 65% da totalidade dos inquiridos. Emergiram as seguintes categorias: “mais e melhor informação” (32,3%); “evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência” (16,1%); “esclarecimento sobre DST ou IST” (12,9%); “esclarecimento de dúvidas pessoais” (9,7%); “sentirem-se mais seguros, conhecer os riscos, evitar “asneiras”” (9,7%); “antes do início da vida sexual” (9,7%); “fazer escolhas com mais consciência” (6,4%); e “sentirem-se preparados para a vida” (3,2%). Relativamente à Escola Secundária Mouzinho da Silveira e tal como aconteceu na outra escola, constatou-se que a maioria dos adolescentes não justificaram a sua resposta e/ou deram respostas imperceptíveis ou impossíveis de categorizar. As categorias que emergiram, algumas semelhantes às anteriores, foram “maior qualidade e quantidade de informação” (57,4%); “mais alerta e desperto para os perigos” (12,9%); “evitar erros futuros” (5,6%); “esclarecimento sobre as DST e IST” (5,6%); “sentimento de segurança” (3,7%); “evitar uma gravidez indesejada” (3,7%); “favorecer comportamentos saudáveis” (3,7%); “início de vida sexual mais seguro” (3,7%); “uma forma de crescer” (1,9%); “e melhor preparação para a vida” (1,9%).

No caso do sub-grupo da mestranda, a maior parte dos adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão não justificaram a resposta anteriormente dada, o que equivale a cerca de

60% dos 32 inquiridos. Das justificações dadas, emergiram as seguintes categorias: “mais e melhor informação” (57,1%); “evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência” (7,1%); “esclarecimento sobre DST ou IST” (7,1%); “esclarecimento de dúvidas pessoais” (14,3%); e “sentirem-se preparados para a vida” (14,3%). Por outro lado, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e tal como aconteceu anteriormente, constatou-se que a maioria dos adolescentes (71,1%) não justificaram a sua resposta. As categorias que emergiram, algumas semelhantes às anteriores, foram “maior qualidade e quantidade de informação” (53,8%); “evitar erros futuros” (15,4%); “esclarecimento sobre as DST e IST” (7,7%); “evitar uma gravidez indesejada” (7,7%); e “favorecer comportamentos saudáveis” (15,4%).

No estudo de Vilar (2002), o autor refere que “em geral os jovens acham que a escola pode ser útil numa perspectiva de complementaridade ou para ajudar outros jovens que não possam ou não consigam falar em casa destes temas (...) (Vilar, 2002:330). Neste sentido, destaca algumas destas respostas pelos jovens inquiridos “Saber utilizar os métodos de contraceção (...), saber evitar riscos e estar bem informado sobre a sexualidade” (Vilar, 2002:269). Ainda M. F. Martins (2007:262) destaca que “os perigos não são inerentes a sexualidade dos adolescentes, resultam em parte da falta de informação e da ausência de competências necessárias para enfrentar os dilemas de quem percorre um novo caminho.” citando Sampaio (2006:177).

- Quanto à satisfação dos inquiridos com os temas abordados, verificou-se após avaliação global das respostas de todos os adolescentes que, na EB 2,3 Cristóvão Falcão aproximadamente 32% admite ter ficado satisfeitos e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira o valor é de 52,8%. Cerca de 56% dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão admitiu ficar muito satisfeito com os temas abordados e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, a percentagem é menor, 38,9%. Quanto à percentagem de inquiridos insatisfeitos com os temas apresentados, constatou-se que na EB 2,3 Cristóvão Falcão, a percentagem é maior que na Escola Secundária Mouzinho da Silveira (12,5% contra 3,6%). Relativamente à indiferença dos inquiridos sobre as temáticas é similar 3,4% e 5%, respectivamente.

No caso dos dados obtidos no sub-grupo da mestranda, os valores são muito semelhantes. Os adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão 34,4% admitiram ter ficado satisfeitos e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira o valor é de 60%. Cerca de 53% dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão admitiu ficar muito satisfeito com os temas abordados e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, a percentagem, também é menor, 35,6%. Quanto à percentagem de inquiridos insatisfeitos com os temas apresentados, as

respostas dadas contemplaram apenas a muita insatisfação, verificando-se que na EB 2,3 Cristóvão Falcão, a percentagem é maior que na Escola Secundária Mouzinho da Silveira (9,1% contra 2,2%). Relativamente à indiferença dos inquiridos sobre as temáticas, apenas há a registrar 2,2% de respostas na Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Neste sentido, destaca M. F. Martins (2007:263)

“Fazer” educação sexual é, antes de mais, ajudar as pessoas a lidarem com a tal energia que nos motiva a comunicar com o outro, a procurar exprimir e receber afecto, carinho e sensualidade, conforto, prazer e a darmos asas à nossa masculinidade ou feminilidade de um modo gratificante.” citando Prazeres (2002:82).

- Relativamente à satisfação com a adequação dos meios utilizados nas sessões, na EB 2,3 Cristóvão Falcão foi de 100%, resultado quase similar à da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em que há a referir que uma percentagem residual (0,5%) dos inquiridos não considerou adequados os meios utilizados. Este resultado foi considerado como extremamente positivo pela mestranda, para a avaliação e conseqüente seu estágio em contexto da aquisição de competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

Concretamente nos dados obtidos pelo sub-grupo da mestranda, a percentagem de respostas positivas foi em ambas as escolas de 100%.

- No que concerne à satisfação com a informação fornecida nas sessões, cerca de 94% mostrou-se satisfeita com as temáticas abordadas na EB 2,3 Cristóvão Falcão, resultado similar na Escola Secundária Mouzinho da Silveira (91,2%). Por outro lado, apenas 3,4% dos adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão referiu sentir-se muito insatisfeito, o mesmo se verificou na Escola Secundária Mouzinho da Silveira (2,6%). A referir ainda que, na EB 2,3 Cristóvão Falcão não se verificaram respostas relativamente à satisfação/não-satisfação com a informação fornecida, enquanto, que na Escola Secundária Mouzinho da Silveira cerca de 5% dos adolescentes demonstraram indiferença.

Relativamente aos adolescentes do sub-grupo, os dados obtidos são muito semelhantes, nomeadamente 90,6% mostrou-se satisfeito com as temáticas abordadas na EB 2,3 Cristóvão Falcão e 93,3% na Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Estes resultados poderão ir ao encontro do que destaca M. Martins (2007) no seu estudo, destacando que a educação sexual como “siendo referida por algunos de los jóvenes como una más de las áreas que hacen parte del cuerpo de conocimientos que tienen que aportar en su desarrollo, y la entienden como haciendo parte de su formación educativa/académica.” (M. Martins, 2007:209).

- Quando inquiridos sobre o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados, os adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão apresentaram-se totalmente satisfeitos com o domínio das temáticas apresentadas por parte dos formadores, destacando-se a ausência de respostas negativas e de 73,8% consideram que estes tiveram um muito bom domínio das temáticas apresentadas, respectivamente. Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, os adolescentes consideraram a apreciação sobre o domínio dos formadores, relativamente às temáticas apresentadas como positiva. Inclusivamente 53,4% consideram que estes demonstraram um muito bom domínio sobre as mesmas.

Todos os adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão do sub-grupo da mestranda consideram que o domínio dos formadores pelos temas apresentados foi bom, destacando-se que 75% das respostas consideram um muito bom domínio. Por sua vez, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, cerca de 49% consideram que estes demonstraram um muito bom domínio, resultado um pouco menor do que na análise global. De igual forma, os adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão evidenciam uma valorização mais positiva que os da outra escola, realçando-se que o único inquirido que considerou que os formadores revelaram um mau domínio dos temas abordados pertence ao seu sub-grupo.

No seu estudo, M. Martins (2007) realça a importância que os adolescentes atribuem à participação de outros profissionais na educação sexual, entre os quais se destacam os enfermeiros, como é o caso da realização do estágio dos mestrandos. Assim, os adolescentes “expressam que los contenidos deberían ser ministrados por otros actores en el proceso que no los profesores (...).” (M. Martins, 2007:211). Inclusive M. F. Martins (2007) afirma no seu estudo que “Muchos progenitores tienen dudas sobre las competencias de los profesores en relación a la educación sexual, en termos de conocimientos, valores, y actitudes.” (M. F. Martins, 2007:260).

- Nas respostas relativas à satisfação dos inquiridos quanto ao esclarecimento das suas dúvidas, constatou-se na EB 2,3 Cristóvão Falcão que 36,4% assumem que ficaram satisfeitos e 58% muito satisfeitos com o esclarecimento das suas dúvidas, destacando-se valores residuais de 1,1% para insatisfeito e muito insatisfeito, e 3,4% admitiram ter ficado nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, o valor obtido relativamente à insatisfação ou muita insatisfação com o esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência é similar (2%). No que respeita à satisfação, o valor nessa escola é superior, 44,6% e inferior relativamente quando muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas, 46,6%. O valor recolhido

nesta escola relativamente à indecisão sobre a satisfação é superior à anterior, 6,2% dos inquiridos.

Durante o decorrer das sessões, a mestranda e a colega estiveram sempre disponíveis para o esclarecimento de dúvidas, não só dos adolescentes, como dos professores, facto parece ter sido valorizado pelos inquiridos, pois os resultados que se obteve nas suas sessões revelam que, na EB 2,3 Cristóvão Falcão, 96,9% dos adolescentes assumem ter ficado satisfeitos e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, o valor é quase igual ao da avaliação geral anteriormente referido (91,1%).

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Vilar (2002), onde é referido que

“Outras vezes é realçada a importância de uma abordagem menos superficial, mais técnica, (...), mais objectiva da sexualidade, que a escola, com o seu carácter mais formal, pode favorecer e que, muitas vezes, os progenitores não têm capacidade de assegurar” (Vilar, 2002:332).

- Quando confrontados com a afirmação sobre a responsabilidade e a liberdade, como características da adolescência, a quase totalidade dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão identificaram-na como verdadeira, ou seja, concordam ou concordam totalmente, apenas com a excepção de 2,3% que não formularam opinião sobre a afirmação. Na outra escola, os valores também se assemelham, com 90,7% dos inquiridos a responder que concorda ou concordam totalmente com esta afirmação. O valor relativo a opinião sobre o assunto é de 6,7%, apresentando-se ainda um valor de 2,1% dos inquiridos que discorda com a afirmação, ou seja, não consideram que a adolescência seja uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

Todos os adolescentes do sub-grupo da mestranda concordaram com a afirmação na EB 2,3 Cristóvão Falcão e 88,9% na Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Ao contrário dos resultados gerais desta escola, no sub-grupo em análise, não se verificou discordância de nenhum adolescente relativamente à afirmação feita.

Salienta-se como bastante positivas as respostas dos adolescentes, uma vez que estes reconhecem a adolescência como uma etapa em que a responsabilidade e liberdade podem coexistir.

- Quando foi pedido aos adolescentes para identificarem, pelo menos, dois afectos envolvidos na sexualidade, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão são destacados o amor; o carinho e a amizade como os mais relevantes. São também identificados, por ordem decrescente de referência, os beijos e a confiança; o respeito; a ternura; a intimidade e os abraços; o prazer, o contacto e a paixão; o afecto e a responsabilidade; o sexo e a

satisfação; a sinceridade, a cumplicidade, a fidelidade, a segurança, a companhia e o desejo. Destacam-se respostas que denotam uma visão pouco optimista em relação à sexualidade, como a culpa, os insultos e as ofensas. Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira os resultados são semelhantes. Assim, evidencia-se o amor; o carinho; a amizade; como os mais importantes. Também são identificados a confiança; o sexo; os beijos; a intimidade e o prazer; e o respeito. Surgem ainda, os abraços, o afecto, o toque e a responsabilidade; a companhia; a emoção; o desejo, a partilha, a ternura, o contacto e a masturbação com um valor residual cada. Tal como na outra escola destacam-se algumas respostas relacionadas com afectos negativos envolvidos na sexualidade como a violência, a tristeza e a ansiedade. Em ambos os casos, apesar de terem percentagens residuais, consideram-se relevantes os afectos identificados pelos adolescentes.

Os adolescentes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão pertencentes ao sub-grupo, destacaram o amor; a amizade; e o carinho, como os mais relevantes, tal como aconteceu com os resultados globais anteriormente referenciados. De igual forma, por ordem decrescente, são também identificados os beijos, o respeito; a responsabilidade e o prazer; a confiança e a satisfação; os abraços, a sinceridade e a cumplicidade, são os menos mencionados. Ao contrário dos dados globais não foram emitidas respostas que denotam uma visão pessimista da sexualidade. No caso da Escola Secundária Mouzinho da Silveira evidenciam-se como afectos identificados pelos adolescentes, o amor; o carinho; o respeito; o toque e a confiança; a amizade, a paixão e o sexo; a intimidade, o afecto e o prazer; os beijos, o contacto e a emoção. De igual forma, foram identificados afectos negativos relacionados com a sexualidade, caso da violência, da tristeza e da ansiedade.

Neste contexto, concorre a educação sexual e conseqüentemente a educação dos afectos, que tal como destaca M. F. Martins (2007:257) “la educación sexual trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana, englobando el biológico y el afectivo-sexual.” citando Gomez Zapian (2002).

- Quando os inquiridos foram confrontados com a afirmação sobre a única função do preservativo ser na prevenção da gravidez, a generalidade dos adolescentes da EB 2,3 Cristóvão Falcão discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez, com 85,2%. Contudo, verificou-se que 11,4% do total da amostra concorda com a ideia de que o preservativo apenas serve como método contraceptivo para prevenir a gravidez, assim como 3,4% dos inquiridos que não manifestaram opinião sobre o assunto. De igual forma, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, os resultados são similares com 82,6% dos jovens a discordar com o facto do preservativo apenas prevenir a gravidez. Tal como na outra escola, volta a constata-se que

cerca de 10% do total de inquiridos admite que a utilização do preservativo é apenas para evitar uma gravidez. No que respeita à não emissão de opinião a percentagem também se replica, com 3,6 % das respostas.

Concretamente nos resultados obtidos sub-grupo, os valores são semelhantes, pois na EB 2,3 Cristóvão Falcão, 84,4% dos adolescentes discorda com o facto de que a utilização do preservativo apenas evitar gravide e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, o valor obtido é de 86,6%.

- As opiniões dos inquiridos da EB 2,3 Cristóvão Falcão face à afirmação relativa à utilização da pílula na prevenção das IST, verifica-se, mais uma vez que a maioria, isto é, 84,1%, discorda com a afirmação. Estranhamente, observa-se um elevado número indivíduos sem opinião, 10,2% e 5,7% dos inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir uma IST. Na Secundária Mouzinho da Silveira verificou-se, novamente semelhanças, com 82,4% a discordar com a afirmação, assim como os inquiridos que não têm opinião, 5,2%, e 12% consideram o uso da pílula como um meio de prevenção para IST.

De igual forma, nesta afirmação, também os resultados obtidos no sub-grupo da mestranda são muito semelhantes aos da análise global, isto é, na EB 2,3 Cristóvão Falcão são 81,2% que discordam com a afirmação, enquanto, que na Secundária Mouzinho da Silveira, são 88,9% os adolescentes que discordam.

Nestas duas últimas afirmações, salienta-se como muito positivos os resultados obtidos, pois os adolescentes demonstram conhecimentos sobre as temáticas abordadas, quer por já os possuírem ou porque os adquiriram durante o decorrer das sessões. Relativamente à aquisição prévia de conhecimentos, poderá ter sido feita na escola, com os pais, grupo de pares, meios de comunicação social e *internet*, pois também como destaca M. F. Martins (2007) no seu estudo, na relação pais-filhos, as conversas

“más frecuentes se refieren al crecimiento y desarrollo normal del adolescente, (...), como el enamoramiento, los cambios corporales y la menstruación. Son aún frecuentes las conversaciones relacionadas con los peligros actuales inherentes a los comportamientos sexuales y a las medidas preventivas, como el embarazo en la adolescencia, el sida y el uso del preservativo.” (M. F. Martins, 2007:269).

A mestranda destaca como preocupante verificar que, no caso das duas últimas afirmações colocadas no questionário, alguns adolescentes concordam com a ideia de que o preservativo apenas serve como método contraceptivo para prevenir uma gravidez e acreditam que a contracepção oral é usada na prevenção de uma IST. Neste sentido, também Vilar (2002) no seu estudo, destaca que “é preocupante o número de jovens que

correm riscos no seu relacionamento sexual (...) ao utilizarem irregularmente um método contraceptivo ou ao não utilizarem nenhum tipo de contraceção.” (Vilar, 2002:363).

Em jeito de conclusão, poder-se-à dizer, com base nos dados obtidos, que foram cumpridos os indicadores para o objectivo específico “avaliar o conhecimento dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012”, pois:

- 80% dos questionários foram preenchidos com a opção “concorda” relativamente à afirmação sobre a adolescência ser uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade;
- 80% dos questionários foram preenchidos com a opção “discorda” relativamente à afirmação da função do preservativo ser evitar a gravidez;
- 80% dos questionários foram preenchidos com a opção “discorda” relativamente à afirmação da função da pílula ser prevenir IST.

De igual forma, foram cumpridos os indicadores para o objectivo específico “avaliar a satisfação dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, e 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira face às actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual em ambiente escolar, até final de Junho de 2012”, dado que:

- 80% dos questionários foram preenchidos com “sim” na importância sobre a importância de sessões sobre a temática;
- 80% dos questionários foram preenchidos com nível de satisfação de “satisfeito” com os temas abordados;
- 80% dos questionários foram reenchidos com “sim” na adequação dos meios utilizados nas sessões;
- 80% dos questionários foram preenchidos com nível de satisfação de “satisfeito” com as informações fornecidas nas sessões;
- 80% dos questionários foram preenchidos com nível de satisfação de “satisfeito” quanto ao domínio dos temas por parte dos formadores;
- 80% dos questionários foram preenchidos com nível de satisfação de “satisfeito” com o esclarecimento de dúvidas.

3 – REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“A promoção da saúde através da intervenção concreta e efectiva na comunidade implica modelos participativos que envolvam a comunidade no domínio e controlo dos seus próprios esforços e objectivos, numa tomada de decisões. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis.”

(Germano *et al.*, 2003:49)

Na actualidade, apesar do elevado progresso científico e tecnológico, é dado de igual forma, cada vez mais valor ao Cuidar do Ser Humano, assumindo-se este como uma formas de expressão da humanidade, enraizada na natureza humana e essencial ao desenvolvimento e realização do Homem enquanto Ser Humano.

A Enfermagem surge assim, como uma das profissões em que esta dimensão adquire especial valor e, o enfermeiro deve ser um dinamizador dessa premissa, sendo-lhe, para tal, exigidas competências, tanto pessoais, como técnico-científicas específicas. Tal como refere Waldow *et al.* (1995:17) citando Roach (1991,1993) “A enfermagem não é mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem.”.

É na forma como expressam o Cuidar que os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros devem actuar, cabendo a cada profissional saber “cultivar” o Cuidado, enquanto acto genuíno e peculiar. Neste contexto, destaca Amendoeira (2004:2001)

“Actualmente assiste-se à construção de um nível de estruturação e de articulação dos saberes, que corresponde a um grau superior de complexificação e a uma mais aprofundada especialização da relação do homem com o mundo, o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à capacidade para explicar os resultados da acção dos enfermeiros quando são estes que intervêm no processo de cuidados como o profissional que simbolicamente é reconhecido como o mais apto, a assumir a responsabilidade dos cuidados num determinado contexto preciso.”.

Para tal, é necessário que o enfermeiro desenvolva o ser, o estar e o fazer, como elementos unificadores no domínio da Enfermagem.

Para além de profissão, a Enfermagem, é simultaneamente uma arte, uma ciência e uma disciplina que desempenha funções na área da satisfação das necessidades

fundamentais do indivíduo, como a promoção do auto-cuidado, o envolvimento da família e instituições nos cuidados na educação para a saúde favorecendo a autonomia e auto-determinação, no sentido da tomada de decisões informadas e responsáveis, a fim de promover a integridade e dignidade de cada ser humano.

Torna-se assim, importante a frequência de uma especialidade, por forma a aprofundar e consolidar conhecimentos na sua área de interesse. Neste contexto, através do Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro são emanadas as competências do enfermeiro especialista, sendo definido que

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, (...), e em competências específicas.

(...)

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo -alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.” (Artigo 2.º do Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648-8649).

Ao frequentar o presente mestrado em enfermagem com a área de especialização em enfermagem comunitária, a mestranda e os colegas, após análise ao PNS (2004-2010) decidiram direccionar o seu estágio para um grupo da comunidade tão peculiar e aliciante, pelas suas características, como é o caso da comunidade adolescente.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do indivíduo marcada por profundas alterações, não só a nível biológico, mas também cognitivo, espiritual, emocional e social o que faz do adolescente um ser único. Contudo, destaca M. F. Martins (2007:45) “se existe alguma característica comum a todos os adolescentes, ela chama-se diversidade” citando Prazeres (2002:18).

Uma das situações que poderá provocar e condicionar inúmeras “turbulências” no desenvolvimento da personalidade dos adolescentes é a vivência e expressão da sua sexualidade. Esta é definida pela OMS (1975) como uma energia que motiva cada ser humano a procurar afecto, contacto, prazer, ternura e intimidade, influenciando a saúde de cada um. Como destaca Vilar (2002:85) “A sexualidade é pois, não uma constante natural, mas sim uma «inconstante universal» (...), que é mais um resultado, uma variável última e dependente de outras múltiplas variáveis sociais e pessoais, do que uma variável explicativa das mesmas.”.

Neste sentido, e após a realização de um diagnóstico de situação realizado junto da comunidade adolescente de uma escola do ensino básico numa cidade do norte Alentejo, surgiu o estágio da mestranda e seus colegas. O diagnóstico de situação, tal como já foi

referido, é a primeira etapa do planeamento em saúde, uma ferramenta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária dispõe para promover a saúde da comunidade. Neste contexto, a OE através do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como a primeira competência para este enfermeiro especialista, que este (enfermeiro especialista) “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

O diagnóstico de situação permitiu aos mestrandos identificar problemas e determinar necessidades, revelando-se como uma mais-valia para a realização do estágio. A área de actuação do mesmo direccionou-se para a educação sexual em contexto escolar visando a saúde sexual dos adolescentes. Neste sentido, refere Vilelas (2009:12) a saúde sexual é “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.”.

Concretamente, em análise ao estágio que teve uma duração de aproximadamente quatro meses e meio, a mestranda destaca que foi uma experiência muito gratificante, não só pela novidade (contacto com a comunidade adolescente em contexto escolar), como pela experiência e enriquecimento profissional e pessoal. Este estágio permitiu a abertura para novas oportunidades na sua *praxis* enquanto enfermeira, dado que, a totalidade da sua experiência profissional (superior a dez anos) foi desenvolvida em contexto de doença (ambiente hospitalar) na qual, a vertente da promoção da saúde é poucas vezes valorizada. Contudo, nos últimos anos a sua visão pessoal e profissional alterou-se, razão pela qual, resolveu frequentar o presente mestrado e respectiva especialidade.

Foram elaboradas sessões de educação para a saúde na área da educação sexual junto de adolescentes de duas escolas do ensino básico da mesma cidade, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis no âmbito de uma sexualidade responsável, à luz da Teoria Cognitivo-Social de Bandura. Neste sentido, refere M. F. Martins (2007:261)

“el debate actual en educación sexual se centra mucho en la multiplicidad de valores y actitudes, y en la adquisición de competencias que permitan a los adolescentes tener capacidad de hacer opciones conscientes y responsables, en el campo de la sexualidad. La orientación/educación sexual en la adolescencia debe, (...), ser promotora de valores y principios que permitan a las generaciones futuras estar en la vida de forma más confiante, positiva, segura, activa y participante, con una mayor autoestima y autoconcepto una vez, que hoy día, es innegable el papel que una sexualidad bien resuelta y bien vivida desempeña en estos aspectos.”.

Assim, com a realização do estágio e a elaboração do presente relatório à luz da metodologia do planeamento em saúde, a mestranda destaca que:

→ aprofundou conhecimentos sobre o planeamento em saúde em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e comunidade (elaborado diagnóstico de situação, definidas prioridades, fixados objectivos, seleccionadas estratégias e desenvolvidas actividades, preparada a execução e avaliação) indo ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária;

→ discutiu ideias com os colegas e coordenação de mestrado. As diversas reuniões realizadas permitiram a operacionalização do estágio;

→ foi de extrema importância a elaboração do projecto individual de estágio pois serviu como guia orientador para o estágio, tendo sido feitas alterações sempre que se considerou pertinente. As alterações realizadas prendem-se com o cronograma de actividades (na altura da sua elaboração não tinha sido definido o prazo de entrega do relatório) e a metodologia utilizada nas sessões, nomeadamente em algumas das técnicas pré-estabelecidas não foram utilizadas por indicação da coordenação do mestrado;

→ foi muito positiva a articulação e envolvimento dos directores e professores das escolas envolvidas, dado o acolhimento, receptividade, *feedback* e disponibilidade das direcções e dos professores. No caso da direcção da Escola secundária Mouzinho da Silveira houve a preocupação e interesse de dar continuidade ao que já tinha sido iniciado com os anteriores mestrados, valorizando o papel dos enfermeiros como actores importantes na educação sexual dos adolescentes da sua escola. De igual forma, o contacto com a direcção da EB 2,3 Cristóvão Falcão também foi extremamente positivo, pois apesar de a mestranda não ter contactado directamente com a mesma (não participou na reunião), a directora mostrou-se sempre disponível para colaborar com o curso de mestrado;

→ desenvolveu actividades dirigidas aos adolescentes que frequentam o 8.º, 9.º anos e CEF das Escolas Básica 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, contribuindo para a capacitação e empoderamento destes face à adopção de comportamentos responsáveis e saudáveis em contexto da sexualidade na adolescência (realizadas sessões de educação sexual em ambiente escolar aos adolescentes, distribuídos panfletos informativos aos adolescentes sobre a violência no namoro e métodos contraceptivos, visionado vídeo alusivo à temática, distribuídos cartazes às direcções das escolas com linhas de apoio sobre sexualidade na adolescência).

Com a realização das suas sessões, a mestranda e a colega de sub-grupo foram ao encontro do que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 1991-1994 define como educação de qualidade, “aquela (...) que garante a todos os jovens a aquisição de conhecimentos/saberes, capacidades, competências, habilidades e atitudes necessárias para aplicar na vida adulta.” citado por Martins (2006:86).

Respeitou-se os dois princípios em que assenta a teoria de Bandura, a interacção recíproca entre os factores internos (intrínsecos ao indivíduo), os externos (meio-ambiente) e o comportamento do indivíduo, que se influenciam mutuamente; e a diferenciação entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento). Tal como foi referido no enquadramento teórico, Bandura recorre a quatro elementos para explicar a aprendizagem por observação, a atenção; a retenção; a reprodução; a motivação e os interesses. O mesmo teórico identificou três tipos de reforços (ou regulação) no processo de aprendizagem, os directos; os indirectos; e os auto-reforços. Assim, com as temáticas expostas, a mestranda e colega de sub-grupo tiveram em linha de conta um dos elementos a que Bandura recorre para explicar a aprendizagem por observação, caso da motivação e dos interesses destes, assim como aos tipos de reforços: directos (a adopção de estilos de vida saudáveis e responsáveis ao longo da vida), os indirectos (através da leitura por parte dos adolescentes de um texto ilustrativo) e os auto-reforços (o adolescente controlar os seus próprios reforços). Neste sentido, as mestrandas foram ao encontro do que o PNSE (2006) que refere

“Na escola, o trabalho de **promoção da saúde** com os alunos tem como ponto de partida ‘**o que eles sabem**’ e ‘**o que eles podem fazer**’ para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados.” (PNSE, 2006:16).

Relativamente à metodologia utilizada nas sessões, interactiva, fomentou a participação dos adolescentes que assistiram às sessões. Concorreu também o facto de as mestrandas terem no início de cada uma das suas sessões pedido a todos os adolescentes que se apresentassem (nome e idade). Houve a preocupação de adequar a linguagem e terminologia científica para que fosse de fácil percepção para os adolescentes. Neste sentido, refere Cordeiro (2009:30-31)

“Para negociar comportamentos, para informar e ajudar a equacionar as diversas perdas e ganhos que resultam das várias opções em causa, é necessário comunicar. (...) Para negociar é preciso conhecer a linguagem do parceiro ou, pelo menos, arranjar consensualmente uma forma comum de comunicação”.

De facto, foi possível realizar uma verdadeira partilha de conhecimentos, desmistificando-se crenças e mitos, e clarificando-se ideias e dúvidas. As técnicas utilizadas, nomeadamente o método expositivo e consequentemente o interrogativo

(questões pontuais colocadas aos adolescentes) motivou a participação e o interesse dos adolescentes;

→ os recursos (humanos, materiais, financeiros) utilizados foram os definidos em toda a metodologia do planeamento;

→ avaliou a satisfação e os conhecimentos dos adolescentes face às actividades desenvolvidas e temáticas apresentadas, através de um questionário de avaliação, participando, à posteriori, na análise estatística dos dados colhidos;

→ relativamente às metas estabelecidas:

▶ obteve-se 74,8% dos questionários preenchidos que permitiram a elaboração do diagnóstico de situação relativo às atitudes dos adolescentes face à sexualidade;

▶ foram realizadas as quatro sessões de educação para a saúde previstas;

▶ foram entregues os panfletos a todos os adolescentes que assistiram às sessões;

▶ todos os adolescentes que assistiram às sessões visualizaram o vídeo;

▶ foram entregues os dois cartazes às direcções das escolas;

▶ obteve-se o sucesso previsto relativamente ao envolvimento dos mestrandos e direcções de escolas;

▶ 80% dos adolescentes consideram importante a realização de sessões de educação sexual; as informações fornecidas pertinentes; os meios utilizados adequados; e as suas dúvidas esclarecidas;

▶ 80% dos adolescentes preencheram os questionários com a opção “concorda” relativamente à afirmação sobre a adolescência ser uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, “discorda” relativamente à afirmação da função do preservativo ser evitar a gravidez e “discorda” relativamente à afirmação da função da pílula ser prevenir IST;

→ pretende ter contribuído para que 80% dos adolescentes que frequentam o 9.º A e CEF da EB 2,3 Cristóvão Falcão, 8.º C e 9.º D da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, estejam capacitados e empoderados para a tomada de decisões saudáveis sobre a sexualidade relativamente à valorização da adolescência, enquanto etapa de crescimento do ser humano, à sexualidade como expressão do desenvolvimento de cada indivíduo, compreender o significado da afectividade, conhecer os diferentes métodos

contraceptivos, compreendendo a contracepção como responsabilidade masculina e feminina, identificar os riscos de uma gravidez na adolescência, adoptar medidas de protecção e prevenção de IST e prevenir a violência no namoro. Os resultados obtidos no seu sub-grupo e do grupo global são similares, garantindo fiabilidade à análise efectuada;

→ contribuiu para a implementação do PNSE (2006).

Por outro lado e de igual forma, a mestranda enumera como principais limitações ao estágio:

→ a pouca experiência em contexto de metodologia do planeamento em saúde e a limitação temporal deste, pois o tempo de estágio revelou-se escasso para aprofundar conhecimentos e para posteriormente voltar a reavaliar os conhecimentos e comportamentos dos adolescentes;

→ os resultados obtidos no questionário de avaliação aplicado no final das sessões aos adolescentes não permitem fazer inferências para a realidade da cidade, distrito, região, ou do país, visto se limitar apenas a turmas de 8.º, 9.º anos e a dois cursos profissionalizantes de duas escolas. Contudo, permitiu perceber a importância que estes (adolescentes) atribuem à realização de sessões no âmbito da educação sexual, reconhecendo aos enfermeiros, um papel de extrema relevância, uma vez que ficaram satisfeitos com os temas abordados e viram esclarecidas as suas dúvidas. Para esta afirmação, pode concorrer o facto de a enorme maioria dos adolescentes ter respondido ao questionário.

Apesar destas limitações, a realização do estágio permitiu consolidar conhecimentos sobre os comportamentos e atitudes dos adolescentes no âmbito da sexualidade e a importância da educação sexual e a educação para a saúde como uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Como refere Queirós (2007:s.p.)

“Afirmar o nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, um compromisso profissional e social de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades em matéria de saúde”

Em jeito de conclusão e, tendo por base o Anexo I do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro, a mestranda elaborou uma tabela onde destaca relativamente às competências, unidades de competência e critérios de avaliação que adquiriu em contexto da especialização em enfermagem comunitária.

Tabela 50 – Competências Adquiridas pela Mestranda no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária segundo as unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro

<u>Competências</u>	<u>Unidades de Competência</u>	<u>Critérios de Avaliação</u>
<p>- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade – atitudes dos adolescentes do 8.º, 9.º anos e CEF de uma escola básica de uma cidade capital de distrito no norte-alentejano, face à sexualidade (G 1)</p>	<p>- Procedeu à elaboração de um diagnóstico de saúde da comunidade adolescente (G 1.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrou o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico de saúde da comunidade (G 1.1.1); - Integrou as variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes de saúde (G 1.1.2); - Identificou os determinantes dos problemas de saúde em contexto da sexualidade à comunidade (G 1.1.3); - Identificou as necessidades em saúde da comunidade (sexualidade) (G 1.1.4); - Estabeleceu uma rede de causalidade dos problemas de saúde da comunidade (G 1.1.5); - Utilizou indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde (G 1.1.6); - Demonstrou conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em saúde (G 1.1.7); - Sistematizou indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde (G 1.1.8);

		<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizou informação relativa ao diagnóstico de saúde da comunidade (G 1.1.9); - Definiu o perfil de saúde da comunidade, em contexto da sexualidade na adolescência (G 1.1.10).
	<ul style="list-style-type: none"> - Estabeleceu as prioridades em saúde da comunidade adolescente (G 1.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizou critérios objectivos para definir as principais prioridades em saúde (G 1.2.1); - Integrou as orientações estratégicas definidas no PNS na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade (G 1.2.2); - Utilizou os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégias (G 1.2.3).
	<ul style="list-style-type: none"> - Formulou objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (G 1.3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Definiu objectivos mensuráveis que permitem mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade (G 1.3.1); - Concebeu estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondem aos objectivos definidos (G 1.3.2); - Promoveu a co-participação dos diversos sectores da sociedade (direcções das escolas) na definição dos objectivos (G 1.3.3); - Atendeu aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade (G 1.3.4).

	<ul style="list-style-type: none"> - Estabeleceu projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (G 1.4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concebeu e planeou intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde (G 1.4.1); - Implementou intervenções para problemas de saúde pública complexos (G 1.4.2); - Optimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao projecto de intervenção (G 1.4.3); - Mobilizou os responsáveis organizacionais (direcções das escolas) nas intervenções nos problemas de saúde identificados (G 1.4.4); - Disponibilizou informação baseada na evidência científica de suporte às decisões em saúde aos responsáveis organizacionais (G 1.4.5); - Promoveu o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções (G 1.4.6); - Demonstrou habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial no projecto de intervenção (G 1.4.7).
	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou o projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (G 1.5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizou a eficácia do projecto de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade (G 1.5.1); - Procedeu à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política (G 1.5.2);

		<ul style="list-style-type: none"> - Procedeu à reformulação dos objectivos, estratégias com base na variação atingida (G 1.5.3); - Actualizou o perfil de saúde e utilizou-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região (G 1.5.4).
<ul style="list-style-type: none"> - Contribui para o processo de capacitação de grupos de adolescentes (G 2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderou, em parceria com os mestrandos processos comunitários com vista à capacitação dos adolescentes na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania (G 2.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participou, em parceria com os mestrandos e outras instituições da comunidade (escolas) no projecto de intervenção comunitária dirigida a um grupo de grande vulnerabilidade (adolescentes) (G 2.1.1); - Pesquisou e diagnosticou problemas e factores de risco de saúde da comunidade (G 2.1.2); - Mobilizou parceiros da comunidade (escola) para identificar e resolver os problemas de saúde (G 2.1.3); - Concebeu, planeou e implementou projecto de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupo tendo em conta as suas especificidades culturais (G 2.1.4); - Não interveio em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) (G 2.1.5); - Mobilizou e integrou conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação da comunidade (G 2.1.6).

	<ul style="list-style-type: none"> - Integrou, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais (G 2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concebeu e planeou programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico de situação realizado (G 2.2.1); - Coordenou, dinamizou e participou no programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde aos adolescentes (G 2.2.2); - Avaliou o programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde aos adolescentes (G 2.2.3).
	<ul style="list-style-type: none"> - Procedeu à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade (G 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrou conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e <i>marketing</i> em saúde (G 2.3.1); - Utilizou conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação da comunidade (G 2.3.2); - Usou modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde (Teoria Cognitivo-Social de Bandura; (G 2.3.3); - Utilizou abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde (G 2.3.4); - Sistematizou e documentou o projecto de intervenção comunitária (G 2.3.5); - Identificou necessidades específicas de informação da comunidade (G 2.3.6);

		<ul style="list-style-type: none"> - Geriu e disponibilizou informação adequada às características da comunidade (G 2.3.7); - Concebeu instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação (G 2.3.8); - Utilizou estratégias que promovam a procura de informação pela comunidade (G 2.3.9); - Procedeu à avaliação do processo e resultados das actividades de informação (questionário de avaliação) (G 2.3.10).
<ul style="list-style-type: none"> - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e Participou na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (G 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participou na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes do Programa de Saúde conducentes aos objectivos do PNS (G 3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participou e comprometeu-se com os processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde (G 3.1.1); - Cooperou na coordenação do programa de saúde que integra o PNS (G 3.1.2); - Identificou e monitorizou os resultados obtidos no programa de saúde (G 3.1.3); - Optimizou a operacionalização do programa de saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária (G 3.1.4); - Introduziu elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização do programa de saúde (G 3.1.5); - Não elaborou protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade (G 3.1.6);

		<ul style="list-style-type: none"> - Forneceu antecipadamente as orientações para a implementação do programa de saúde (G 3.1.7); - Optimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao programa de saúde (G 3.1.8); - Analisou, interpretou e esclareceu o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução do programa de saúde (G 3.1.9).
<ul style="list-style-type: none"> - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – sexualidade na adolescência em adolescentes de uma cidade capital de distrito no norte-Alentejo (G 4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedeu à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica (G 4.1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não concebeu instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica (G 4.1.1); - Não sistematizou indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica (G 4.1.2); - Monitorizou os fenómenos de saúde-doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica (G 4.1.3); - Utilizou modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica (Teoria Cognitivo-Social de Bandura (G 4.1.4); - Utilizou técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas (SPSS 17.0 e Excel 2010) (G 4.1.5); - Não analisou as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas (G 4.1.6);

		<ul style="list-style-type: none">- Não participou na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica (G 4.1.7);- Não foi necessário participar nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental (G 4.1.8);- Não utilizou a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública (G 4.1.9).
--	--	---

Por esta última competência estar mais direccionada para o contexto das competências do enfermeiro em contexto da saúde pública, a maior parte dos critérios de avaliação não foram atingidos pela mestranda, dado não ser objecto do seu estágio de especialização.

Cuidar em Enfermagem Comunitária é uma atitude tão complexa e multidimensional, como aliciante e gratificante. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária saber trabalhar em equipa, reconhecendo que é necessário, muitas vezes, envolver outros actores como intervenientes no processo.

Os quatro meses e meio de estágio em contexto comunitário revelaram-se como uma experiência fundamental para a preparação de um novo futuro profissional na prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Este (estágio) revelou-se como uma oportunidade privilegiada para consolidar conhecimentos, quer adquiridos ao longo da sua vida profissional, quer ao longo do mestrado e, assim, ser o ponto de partida, para um dia exercer a sua actividade profissional na área comunitária.

A mestranda evidencia que todas as actividades planeadas e desenvolvidas revelaram-se muito importantes e pertinentes para o sucesso do mesmo, e considera-as amplamente satisfatórias para o seu processo formativo.

Sabendo que o seu percurso na área comunitária ainda agora está a começar e que o processo de aprendizagem é contínuo, a mestranda tem a consciência de que tem muito a aprender e assim evoluir, pois tem um longo caminho a seguir.

Por último, considera que os objectivos traçados e respectivos indicadores foram atingidos, as prioridades determinadas, as estratégias seleccionadas, assim como a metodologia utilizada foram adequadas para o sucesso do estágio.

De igual forma, este (sucesso) deve-se ao projecto de estágio previamente realizado, assim como, ao apoio e disponibilidade da sua orientadora.

CONCLUSÃO

“A Enfermagem constitui-se actualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção.”

Amendoeira (2009:3)

A preocupação mundial com a saúde do indivíduo e/ou das comunidades está cada vez mais relacionada com os estilos de vida. É evidência disto, as conferências internacionais de promoção da saúde já realizadas, que apostam no conceito positivo de saúde. Esta não está virada para a ausência de doença, mas sim para a capacitação e empoderamento dos indivíduos no seu processo de saúde, nos quais se destaca um dos determinantes, os estilos de vida. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos, grupos e/ou comunidades devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A responsabilidade pela promoção da saúde deve ser partilhada por indivíduos, grupos, comunidades, entidades governamentais, instituições e profissionais de saúde de todas as áreas, nos quais se destacam os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária.

Uma das formas que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm para promover a saúde dos indivíduos, grupos e/ou comunidade é através da metodologia do planeamento em saúde. Muitas das vezes é determinado como necessidade, a educação para a saúde. Sabendo que a Enfermagem é uma das áreas do conhecimento que envolve as dimensões do cuidar e do educar, compete ao enfermeiro, enquanto educador de saúde, saber escutar e perceber as crenças e significados que cada um tem sobre a sua saúde, participar na aprendizagem, facultar a acessibilidade a escolhas, procurando dar respostas eficazes face aos desafios e obstáculos. No processo de ensino-aprendizagem, quanto melhores forem as práticas de educação para a saúde desenvolvidas maiores serão os ganhos em saúde da população. Esta conjuntura impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, nomeadamente no que concerne à optimização das suas competências, com base no planeamento em saúde.

Sabendo que a sexualidade se caracteriza por um carácter multidimensional deverá ser vivenciada de forma equilibrada ao longo de todo o desenvolvimento do ser humano. Na adolescência, pelas características específicas, nomeadamente os comportamentos exploratórios e de experimentação, os adolescentes poderão confrontar-se com muitas escolhas para as quais poderão não estar e/ou sentir preparados para vivenciar da forma mais saudável possível ou vir a fazê-lo de forma incorrecta colocando em risco a sua saúde.

Cuidar de si próprios não é tarefa fácil, pois, tal como noutras etapas, também a adolescência é compreendida como uma fase de mudança contínua e que a todo o momento necessita de uma reconquista do equilíbrio para que o adolescente se desenvolva de forma saudável. Como afirma Cordeiro (2009:25) “a maioria dos adolescentes são saudáveis e que estar triste – como estar alegre – é, afinal, um direito e um estado de alma importante, desejável e que pode ser factor de crescimento e de grande criatividade.”

Assim, a sexualidade na adolescência, tal como defende o PNSE (2006) é uma área prioritária na preocupação dos diferentes actores da sociedade, nomeadamente os enfermeiros comunitários. Neste contexto, deverá ser alvo de abordagem cuidadosa por parte dos enfermeiros que trabalham junto desta comunidade, pois tal como refere Vilar (2002:15)

“A vivência da sexualidade pelos adolescentes continua a constituir um tema de desconforto social em que persiste uma aceitação apenas parcial, que a transforma (e a sociedade portuguesa é disto um exemplo) num terreno de conflito ideológico e político entre os diversos actores institucionais que pretendem produzir estratégias de intervenção naquela área.”

Após a elaboração de um diagnóstico de situação junto de adolescentes do 3.º ciclo de escolaridade e de um curso profissionalizante numa escola básica numa cidade capital de distrito no norte-alentejano relativamente a atitudes face à sexualidade, determinou-se como prioridade, por parte dos mestrandos, a realização de sessões de educação para a saúde em contexto de educação sexual indo ao encontro do estabelecido pelo PNS de 2004-2010 e PNSE (2006) já citados, onde como refere Dias & Pereira (2010:s.p.)

“a educação sexual nas escolas assume um papel fulcral na formação dos jovens adolescentes, a sua eficácia depende da articulação e estabelecimento de parcerias entre a escola e os serviços de saúde, o enfermeiro desempenha um papel importantíssimo como educador para a saúde e agente promotor de estilos de vida saudáveis (...)”.

Incutir ou promover a adesão a estilos de vida saudáveis nos indivíduos, grupos e/ou comunidades assume-se como uma das áreas de eleição quando se fala em educação para a saúde pois visa a capacitação e empoderamento destes no seu processo de saúde, resultando em ganhos em saúde. No caso dos adolescentes, e tal como referido, a

educação para a saúde integrada na educação sexual (Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril) requer o contributo de todos os profissionais envolvidos.

Contudo, não é tarefa fácil, pois habitualmente os adolescentes não gostam de ouvir que devem mudar os seus comportamentos, defendendo, inclusive, muitos autores que esta situação não deva ser levada ao extremo, pois pode levar a sentimentos de culpa quando não se consegue atingir ou modificar, devendo valorizar-se que a vida comporta riscos e que “Gerir e aprender a controlar os riscos implica conhecê-los e até experimentá-los, pelo menos parcialmente, e contá-los na sabedoria pessoal.” (Cordeiro, 2009:214).

Neste sentido, revela-se de extrema importância a actuação do enfermeiro comunitário, pois como referem Sands & Wilson (1999:60) “Se é verdade que estilos de vida saudáveis são praticados sem a supervisão de um prestador de cuidados de saúde, o facto é que eles podem ser muito influenciados pelas atitudes e intervenções dos profissionais de saúde”.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária devem aperfeiçoar competências, nomeadamente ter um maior envolvimento e protagonismo na definição de políticas de saúde que vão ao encontro da realidade dos jovens, pois preconceitos, tabus e mitos em relação à sexualidade devem ser desmitificados com base no conhecimento que se possa transmitir aos adolescentes.

A educação para a saúde exige dos enfermeiros um amplo e complexo conjunto de competências, no sentido de estabelecer as melhores estratégias para proporcionar respostas adequadas às necessidades reais, tendo em vista a consecução de um melhor nível de saúde para os adolescentes e assumindo-os como intervenientes pró-activos do seu processo de saúde.

A escola, enquanto espaço promotor de estilos de vida saudáveis, é um local que deve ter uma visão integral do ser humano, por ser um centro de ensino-aprendizagem por excelência, com a qual os enfermeiros podem trabalhar em parceria. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume-se como um profissional competente na partilha de saberes e um ponto de convergência para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde de adolescentes em meio escolar. Para tal, é importante que recorra a teorias que permitam analisar as características dos adolescentes para uma abordagem educacional, como é o caso da teoria cognitivo-social de Bandura. Segundo esta (teoria) a aprendizagem resulta da interacção entre os factores pessoais, o comportamento e o ambiente, apresentando-se como bastante útil para a planificação das intervenções que a mestrandas e colegas pretenderam desenvolver, pois permite intervir ao nível dos comportamentos dos adolescentes, podendo estes aprender por

observação (exposição feitas nas sessões) estilos de vida saudáveis adequados a uma sexualidade saudável e responsável.

Após aplicação de um questionário de satisfação das sessões aos alunos, é com enorme satisfação que constatou que, a quase totalidade da amostra identificou como importante a frequência e participação neste tipo de sessões no âmbito da educação sexual, com percentagens a rondar os 100%. Os adolescentes reconhecem nestas a oportunidade de “mais e melhor informação”; “evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência”; “esclarecimento sobre DST ou IST”; “esclarecimento de dúvidas pessoais”; “fazer escolhas com mais consciência”; “sentirem-se preparados para a vida”; “favorecer comportamentos saudáveis”; “início de vida sexual mais seguro”; e “uma forma de crescer”. Cerca de metade dos inquiridos, admitiu ficar muito satisfeito com os temas abordados, apresentando-se a grande maioria mostrou-se satisfeita ou mesmo muito satisfeita com a informação fornecida nas sessões. Quando inquiridos sobre o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados, a maioria dos adolescentes consideram que tiveram um muito bom domínio sobre as temáticas apresentadas e a quase totalidade mostraram-se satisfeitos com a adequação dos meios utilizados nas sessões. Relativamente ao esclarecimento das dúvidas ao longo das sessões, cerca de metade dos adolescentes reconhecem sentir-se muito satisfeitos com o esclarecimento das suas dúvidas. Estes resultados vão ao encontro do que refere M. Martins (2007)

“Los jovenes la consideran como potencial fuente de Educación Sexual, les gustaría que podría ser una asignatura, y que los Sanitarios serían de los más indicados para suministrar los conocimientos y la información más correcta, ya que consideran que los profesores no tienen preparación para esa tarea.” (M. Martins, 2007:253).

Torna-se prioritário que os enfermeiros atendam às necessidades dos adolescentes, acompanhem o seu crescimento e desenvolvimento, respeitem a sua diversidade e singularidade, escutam e esclareçam as suas dúvidas, apoiem e facilitem o processo de edificação da sua identidade, da descoberta de si próprio e da construção do seu projecto de vida e de saúde. Assim, é necessário investir em pesquisas, documentar experiências sobre educação sexual nas escolas, realizar avaliações de programas que contemplem temas de saúde sexual e reprodutiva, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde.

Apesar das limitações sentidas ao longo do estágio, tendo por base que a Enfermagem é uma profissão que tem por foco de atenção, o indivíduo, como sujeito dos cuidados numa perspectiva holística, compete ao enfermeiro que cuida do adolescente, a compreensão clara e a atribuição de sentido à experiência vivida por este, procurando uma aproximação à sua realidade e ao seu mundo.

O ideal é que cada jovem encare a sexualidade como uma parte integrante da sua vida e da sua saúde e que sinta no enfermeiro especialista em enfermagem comunitário um aliado na promoção da sua saúde.

BIBLIOGRAFIA

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoSaude/Dec_Ottawa.htm.
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm.
- Aguilar, L. (2010). Aprendizagem Social In *Informática (Ensino)*. Acedido em 20 de Fevereiro de 2012 em http://alunos.di.ubi.pt/~a14676/psicologia/aprendizagem_social.pdf.
- Almeida, T.; Marinho, S.; Tavares, S. (2010, Abril-Junho). Educação Sexual: quem deve ser o formador?. *Revista Percursos*, 16, 25-34. Acedido em 20 de Agosto de 2012 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n16.pdf.
- Amendoeira, J. (2004). *Entre Preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem – Uma Transição Inacabada 1950-2003 – Um contributo sócio-histórico*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade Nova de Lisboa (Doutoramento em Sociologia da Educação), Lisboa. Acedido em 26 de Abril de 2012 em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem%5B1%5D.%20Uma%20transi%C3%A7%C3%A3o%20inacabada.pdf>.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem – Perspectivas de Desenvolvimento. In *Pensar Enfermagem*, 1 (3), 2-12. Acedido em 26 de Abril de 2012 em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12(2).pdf).
- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora, 8-16.

Aretaris, D. (1999). Gravidez na Adolescência. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.ª edição – pp. 727-741). Lisboa: Lusociência.

Assembleia da República [AR] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março: Educação sexual e Planeamento familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 71, 981-983. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/1984/03/07100/09810983.pdf>.

Assembleia da República [AR] (1998). Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98 de 21 de Outubro: Criação de uma comissão interministerial para o plano de acção integrado para a educação sexual e planeamento familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série – B, n.º 243, 5484. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://www.dre.pt/pdfgratis/1998/10/243B00.pdf>.

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 Electrónico*, 1.ª série – A, n.º 186, 5232-5234. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/1999/08/186A00/52325234.pdf>.

Assembleia de República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 de 06 de Agosto: Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário de República Electrónico*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/15100/0509705098.pdf>.

Associação para o Planeamento da Família. (2010). *Um Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa*. The Safe Project (original publicado em 2007).

Benson, Paul (2011). Patient information: Adolescent sexuality (Beyond the Basics). In *Uptodate*. Acedido em 01 de Julho de 2012 em <http://www.uptodate.com/contents/adolescent-sexuality-beyond-the-basics>.

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

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

- Calha, A. (2011). *Guia n.º 1 – Construção de Bases de Dados utilizando o Data Editor do SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2011). *Guia n.º 2 – Estatística Descritiva Univariada*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2011). *Guia n.º 3 – Manipulação de ficheiros de dados*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2011). *Guia n.º 4 – Transformação de dados no SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Campos, A. & Faria, P. (2003, Julho-Dezembro). O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 01 de Abril: Nova tentativa de reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Direito da Saúde*, 2 (21), 73-92. In *Direito da saúde*. Acedido em 27 de Abril de 2012 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-08-2003.pdf>.
- Canavarro, M. & Pereira, A. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas. In Canavarro, M. (org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (1.ª edição – pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- Conferência Internacional sobre Cuidados de saúde Primários (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde para todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/dec_Alma-Ata.htm.
- Conselho de Enfermagem (2001, Dezembro). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 06 de Julho de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º 109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1 – 5. Acedido em 20 de Novembro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf.

- Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos* (1.^a edição). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar. *Revista Nursing*, (259). In *Fórum Enfermagem*. Acedido em 12 de Junho de 2012 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3572:prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-educacao-sexual-em-contexto-escolar&catid=217:setembro-a-outubro-2010.
- Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão [EBCF] (2010). *Agrupamento de Escolas Cristóvão Falcão*. Acedido em 20 de Janeiro de 2013 em http://ebcf.edu.pt/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=34
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira. ESMS. (2012). Acedido em 20 de Janeiro de 2013 em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?IDEscola=19>.
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre.
- Facci, M. (2004, Abril). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski. *Cad. Cedes, Campinas*, 62 (24), 64-81. In *SciELO*. Acedido em 11 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20092.pdf>.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. In *Instituto Politécnico de Viseu*. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>.
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), 132-137.

- Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magrinho, R. (2005). Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas: Diferentes Circunstâncias de Risco?. *Acta Med Porto*, 18, 97-105. In *Acta Médica Portuguesa*. Acedido em 20 de Junho de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/097-105.pdf>.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Brisson, D. & Wakulczyk, G. (1999). Noções de Ética em Investigação. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Científica. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de Colheitas de Dados. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/Sida em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (7), 299-316.
- Germano, A., Carvalho, C., Martins, C., Nunes, L., Amaral, M., Vieira, M. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, pp.45-50.
- Giraldes, M. (1982). Elaboração de programas e projectos. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 85-114). Lisboa: Obras Avulsas.
- Giraldes, M. (1982). Fixação de objectivos. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 43-64). Lisboa: Obras Avulsas.

- Giraldes, M. (1982). Selecção de estratégias. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 65-83). Lisboa: Obras Avulsas.
- Gomes, J. & Sousa, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Revista Nursing*, 196, 25-27.
- Gomes, C. (2011, Dezembro). A primeira vez – um comportamento de risco? In *Revista Nursing*, 276, pp. 25-30.
- Gonçalo, M. (2002, Dezembro). A Mãe Menina. *Revista Nursing*, 172 (14), 10-15.
- Hale, P. (1999). VH, Hepatites e Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – pp. 852-878). Lisboa: Lusociência.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E. (1982). Avaliação. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 127-143). Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E. (1982). Definição de prioridades. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 29-41). Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E. (1982). Diagnóstico da situação. In Imperatori, E & Giraldes, M. (org.), *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 13-28). Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Acedido em 07 de Junho 2011 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001.
- Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital - Escola Superior de Educação de Portalegre*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>.

- Laburú, C., Alves Barros, M. & Moura da Silva, O. (2011). Multimodos e múltiplas representações, aprendizagem significativa e subjetividade: três referenciais conciliáveis da educação científica. *Ciência & Educação (Bauru)*, 17 (2), pp. 469-487. In Redalyc. Acedido em 20 de Janeiro de 2013 em <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=251019454014>.
- Lancaster, J. (1999). História da Saúde e da Enfermagem Pública In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – pp. 3-19). Lisboa: Lusociência.
- Lancaster, J., Onega, L. & Forness, D. (1999). Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.^a edição – 265-284). Lisboa: Lusociência.
- López, F. & Fuertes, A. (1999) *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF (Original publicado em 1989).
- Machado, C., Matos, M. & Martins, C. (2009). Namoro Violento não é Amor. In *Slideshare*. Acedido em 22 de Março de 2012 em <http://www.slideshare.net/epsdcarlosi/violencia-namoro>.
- Magalhães, M. (2009). *Comportamentos de risco em adolescentes portugueses: variações em função da região e do comportamento sexual*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Temas de Psicologia – Área de Especialização de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos), Porto.
- Marques, A., Prazeres, V., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J. & Meneses, P. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Linhas Orientadoras. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Martins, E. (2006). Ideias e Tendências Educativas no Cenário Escolar. Onde estamos, para onde vamos?. *Revista Lusófona de educação*, 7, 71-90.
- 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.
- Martins, M. F., Martins, M. & Cordeiro, R. (2009). *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre. In *Escola Superior de Saúde de Portalegre*. Acedido em 20 de Abril de 2012 em http://www.essp.pt/Mestrado2010_2011/regulamentoessppl.pdf.
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, 37-43.
- Milnes, K. (2004). What lies between romance and sexual equality?: A narrative study of young women's sexual experiences. *Sexualities, Evolution & Gender*, 2-3 (6), 151-170.
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro: Reforça das garantias do direito à saúde reprodutiva, fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série – A, n.º 240, 5784-5786. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20EDS/DL%20259_2000.pdf.
- 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. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1184&fileName=despacho_25995_2005.pdf.
- Ministério da Saúde [MS] (1991). Decreto-Lei n.º 437/91 de 08 de Novembro: Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.igf.min-financas.pt/inlegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm.
- Ministério da Saúde [MS] (1999). Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio: Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 108/99, 2424-2435. Acedido em 27 de Abril de 2012 em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1->

[1200&doc=19991380%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=157/99&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar.](http://www.mscsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_298_2007.pdf)

Ministério da Saúde [MS] (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto: Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 161, 5587-5596. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.mscsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_298_2007.pdf.

Ministério da Saúde [MS] (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro: Regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 38, 1182-1189. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.mscsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_28_2008_ACES.pdf.

Ministério da Saúde [MS]. Direcção Geral da Saúde. (2006). Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 20 de Abril de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

Ministério da Saúde e Assistência [MSA] (1971). Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_413_71.htm.

Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 09 de Abril. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4). Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://juventude.gov.pt/Legislacao/Documents/Portaria%20n.%C2%BA%20196-A_2010.pdf.

Ministério dos Assuntos Sociais [MSA] (1984). Decreto-Lei n.º 74-C/84 de 02 de Março: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, *Diário da República Electrónico*, Série I, n.º 53, 2.º Suplemento, 732-(5 a 22). Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Decreto-Lei_n.%C2%BA_74-C/84_de_2_de_Mar%C3%A7o.

Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde [MFPS] (1983). Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de Abril: Regulamento dos Centros de Saúde, *Diário da República Electrónico*, 1.ª Série, n.º 93, 1439-1453. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Despacho_Normativo_n.%C2%BA_97/83.

Município de Portalegre. Sítio oficial. (2012). Acedido em 02 de Julho de 2012 em <http://www.cm-portalegre.pt/page.php?topic=1>.

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

Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril – Regulamento para a Prática Profissional do Enfermeiro. Acedido em 30 de Abril de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Decreto-Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro – Estatuto do Enfermeiro. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 160, 6528-6550. Acedido em 10 de Junho de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República Electrónico*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653. Acedido em 01 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

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 electrónico*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Acedido em 01 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Contraception in adolescence (Issues in adolescent health and development)*. Department of Child and Adolescent Health and Development, Department of Reproductive Health and Research. In *Organização Mundial de Saúde*. Acedido em 02 de Julho de 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591447_eng.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Orientações para o Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Genebra: Biblioteca da OMS.

Organização Mundial de Saúde (2012, Maio). *A gravidez na Adolescência*. WHO – Media Centre, 364. In *Organização Mundial de Saúde*. Acedido em 02 de Julho de 2012 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.

PORTUGAL (s.d.). Código Penal Português – Da lei Criminal: Princípios Gerais. Acedido em 20 de Março de 2012 em <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/portugal.penal.95.pdf>.

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

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

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2011). Consenso sobre Contracepção 2011: Reunião de Consenso Nacional sobre Contracepção. In *Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Acedido em 20 de Fevereiro de 2012 em <http://www.apf.pt/?area=000&tipo=noticias&id=CNT4ee8ace0236e6>.

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

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

Queirós, A. (2007). As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver. In *Fórum de Enfermagem*. Acedido em 30 de Abril de 2012 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147.

Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

- Rodrigues, R. (2010). Gravidez na Adolescência. Nascer e Crescer. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 3 (volume XIX).
- 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. In *Centro de Estudos Educação & Sociedade*. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M. & Silva, M. (2007). Grupo de Trabalho da Educação Sexual: Relatório Final. In *Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular*. Acedido em 06 de Janeiro em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>.
- Sands, J. & Wilson, A. (1999). Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. In Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (org.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica* (6.ª edição, Volume I, pp. 57-66). Loures: Lusociência.
- Sapountzi-Krepia, D. (2002, Outubro-Janeiro). The evolving essence of the science of nursing: A complexity integration nursing theory (the theory of Sharon Van Sell e Ioannis A. Kalofissudis). *ICUs and Nursing Web Journal*, 1-14.
- Serrão, C. (2009). *Práticas de Educação Sexual em contexto escolar: Factores preditores do envolvimento dos professores na promoção da educação sexual*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Curso de Doutoramento em Psicologia), Porto.
- Sobreira, N. (1981). *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- 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* (4.^a edição). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira da 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.
- Torisu, E.& Ferreira, A. (2009, Novembro). A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem da matemática: considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática. *Ciências & cognição*. 3 (14). Acedido em 26 de Novembro de 2012 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-58212009000300014&script=sci_arttext.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação* (2.^a edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira L., Saes S., Dória A. & Goldberg T. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista brasileira de Saúde Materno-Infantil*. In Scielo. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100016&script=sci_arttext.
- Vilar, D. (2003). *Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento (Original publicado em 2002).
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau.
- Waldow, R., Lopes, M. & Meyer, D. (1995). *Maneiras de Cuidar. Maneiras de Ensinar. A Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (pp. 1-60).

ANEXOS

Anexo I – Regulamento n.º 128/2011, 18 de Fevereiro

Regulamento n.º 128/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Preambulo

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas nos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista a capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.

Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Assim, Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea j) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colegió da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdiccional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Competência

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Descritivo

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
G1.1. Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.	G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade. G1.1.2. Integra variáveis socio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde. G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde. G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade. G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.	G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.
G1.3. Formula objectivos e estratégias face a priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.

8668

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
	G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais. G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.
G1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção. G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.
G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. G1.5.2. Proceda à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. G1.5.3. Proceda à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida. G1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Competência

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descritivo

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.	G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.
G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.	G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.
G2.3. Proceda a gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.	G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária. G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades. G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades. G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação. G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades. G2.3.10. Proceda à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.

Competência

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Descritivo

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das actividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	G3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. G3.1.2. Coopera na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. G3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. G3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. G3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Competência

G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Descritivo

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.	G4.1.1. Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. G4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. G4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. G4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. G4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. G4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. G4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Approvado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de 11 de Setembro de 2010.

Approvado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonaria, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320072

Regulamento n.º 129/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental****Preâmbulo**

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas

humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, esta especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

Turma _____ Data ____/____/____ Idade _____ Sexo _____ Questionário: _____

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 – Texto para os adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Aquela é a pessoa!

Vão juntos no autocarro, aproveitam todos os minutos para estarem sozinhos, inventando mil e um pretextos. Descobrem que estão apaixonados um pelo outro e até, com alguns receios, já conseguem falar disso...

O mundo lá fora pouco importa quando estão juntos.

Os amigos ficaram lá atrás... longe, mesmo que estejam sentados ao lado.

Estão suspensos num olhar que dura eternamente. Quando, com algum receio, se tocam, acariciam, explodem as emoções, as sensações, o desejo.

A voz dos pais está longe, flutuas...

A escola, o dia-a-dia, as complicações de ontem dissiparam-se. Passo-a-passo, a vergonha esfuma-se, as brincadeiras e os cochichos dos amigos são menos frequentes.

Já não é novidade, a Joana namora com o Pedro, o David anda com a Filipa. O Miguel gosta do Luís, a Patrícia sente-se atraída pela Catarina. Ou será o Pedro que ama o David e a Joana que se apaixonou pelo Luís e o Miguel que anda atrás da Patrícia?

Já não têm vergonha de dar as mãos em público. Trocar carícias, beijos e braços. Sozinhos descobrem o corpo um do outro. Descobrem o prazer do toque, das carícias, das bocas e dos beijos. Saboreiam as sensações e conversam sobre ir mais longe, sobre a primeira relação sexual. São cúmplices, completam-se, conhecem-se melhor do que ninguém.

Por vezes os amigos ainda causam mais ansiedade, as amigas querem novidades... "então já dormiste com ela...?" ou, "como foi?" Tens vontade dizer que não é assim, tudo tem o seu tempo e que esta fase não é uma passagem para a relação sexual.

Uma relação amorosa não é um preliminar do sexo. É uma descoberta a dois, do corpo, do desejo, da excitação sexual, do carinho, da ternura, dos afectos.

Um caminho, às vezes, sem direcção. É crescer, ser feliz, amar, ser amado... É prazer, desejo, excitação...

(Adaptado do Portal da Juventude)

Ao leres este texto podes ter-te recordado de dúvidas ou questões que gostarias de ver respondidas sobre a sexualidade.

Poderás coloca-las agora, de **forma anónima**, de modo a serem esclarecidas, proximamente em sessões de informação que se irão realizar na escola.

Colabora!

Apêndice II – Planificação da distribuição dos mestrandos pelas sessões

Horários

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

Grupo I – Alexandra e Nazaré

Grupo II – Ana e Valentyna

Grupo III – Carla e Leandro

Grupo IV – Francisco e Paula

Apêndice III – Projecção de fundo da Sessão, Apresentações em *Power-point*, Cartaz com linhas de Apoio, Panfletos sobre Métodos Contraceptivos e Violência no Namoro e Vídeo Alusivo

Ficheiro “Estágio” – PDF

Apêndice IV – 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

Apêndice V – Projecto de Estágio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



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

**PROJECTO PARA O ESTÁGIO DA ESPECIALIDADE
DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA A REALIZAR NAS
ESCOLAS EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E
SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA DE
PORTALEGRE**

Discente:
Maria da Nazaré C. Piçarra, n.º 14908

Fevereiro
2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

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

PROJECTO PARA O ESTÁGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
A REALIZAR NAS ESCOLAS EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO E SECUNDÁRIA MOUZINHO
DA SILVEIRA DE PORTALEGRE

Discente:
Maria da Nazaré C. Piçarra, n.º 14908

Fevereiro
2012

“ La educación para la salud se enfrenta hoy a un desafío sin igual en su historia. (...) Lo que se pretende es promover la autorresponsabilidad individual y comunitaria para el desarrollo de capacidades y competencias para que los individuos se transformen en miembros activos de la promoción de la salud.”

M. F. Martins (2007:17)

Abreviaturas e Símbolos

% - Frequência Relativa

1.^a - Primeira

1.^o - Primeiro

10.^o - Décimo

11.^o - Décimo-primeiro

12.^o - Décimo-segundo

13.^a - Décima-terceira

2.^a - Segunda

2.^o - Segundo

3.^o - Terceiro

4.^a - Quarta

4.^o - Quarto

5.^o - Quinto

7.^a - Sétima

7.^o - Sétimo

8.^o - Oitavo

9.^o - Nono

CEF - Curso de Educação e Formação

D.I.U - Dispositivo Intra-uterino

Dr. - Doutor

Dra.- Doutora

EB - Escola Básica

ESSP - Escola Superior de Saúde de Portalegre

f. - folha

h - horas

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

I - Primeiro

II - Segundo

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

Km² - Quilómetros-quadrados

min - minutos

n.º - número

OEP - Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS - Organização Mundial de Saúde

org. - organizador

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

pp. - páginas

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

S.A.S.E. - Serviço de Acção Social Escolar

s.d.- sem data

séc. - século

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Vol. - Volume

XIX - Dezanove

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	6
1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	9
2 – PROJECTO	22
2.1. – ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	23
2.2.1. – Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão	24
2.2.2. – Escola Secundária Mouzinho da Silveira	25
2.2. – CONCLUSÕES DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO REALIZADO NA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO	26
2.3. – LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO	29
2.4. – OBJECTIVOS	30
2.5. – CONTEÚDOS EDUCATIVOS	30
2.6. – METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	31
2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS.....	35
2.8. –AVALIAÇÃO	35
CONCLUSÃO	36
BIBLIOGRAFIA	38
APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma do Projecto de Estágio	45
Apêndice II - Plano das Sessões	47

INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do II Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi proposto pelos respectivos docentes, a Prof.^a Dra. Maria Filomena Martins e o Prof. Dr. Mário Martins, a realização de um projecto de estágio que permita reflectir as actividades que a mestranda pretende vir a desenvolver no decorrer do seu estágio do referido curso.

O estágio irá ser realizado durante o segundo ano do mestrado permitindo adquirir e desenvolver competências à mestranda na área de especialização de Enfermagem Comunitária. Neste contexto, o presente servirá de guia orientador para as futuras actividades a ser desenvolvidas até à entrega do relatório final de estágio, no término do curso.

A escolha da temática do presente projecto vai ao encontro da área da promoção da saúde e baseia-se num diagnóstico de situação realizado, previamente, pela mestranda e restantes colegas de curso, durante o final do segundo semestre do mestrado, mais concretamente nos meses de Dezembro de 2011, Janeiro e Fevereiro de 2012, na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão em Portalegre.

De igual forma, a escolha do projecto, tem por base o Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010, plano ainda vigente em 2012, assim como o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Assim, pretende-se realizar o estágio em duas escolas do 3.º ciclo de formação escolar na cidade de Portalegre (cidade onde os mestrandos frequentam o seu curso de mestrado), mais concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão (já referida) e na Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Apesar desta última não ser alvo do diagnóstico de situação supra citado, foi igualmente alvo de abordagem devido à solicitação feita pela direcção da mesma à ESSP, no sentido de dar continuidade a um trabalho realizado no mesmo âmbito por mestrandos do I Mestrado da ESSP no ano lectivo transacto.

Durante o decorrer da sua prática diária, os enfermeiros devem utilizar os conhecimentos que adquirem ao longo dos anos, com base na sua formação inicial e contínua, assim como pela prática profissional diária, não esquecendo as suas

características enquanto indivíduos e os doentes/utentes/clientes que são o seu objecto no contexto do Cuidar em Enfermagem.

Neste sentido, cabe aos enfermeiros dar continuidade através da procura pelo conhecimento em desenvolver e melhorar o saber fazer, saber estar e saber ser, baseando-se em estudos científicos e investigações já adquiridos e por descobrir e conquistar em Enfermagem.

Quando se fala em investigação científica, tal como refere Fortin, Côté, Vissandjée (1999:15) “é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação”.

Pode-se 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). Assim, é através da investigação que se consegue alcançar uma base científica para orientar a prática e assegurar o desenvolvimento duma profissão (Fortin, 1999).

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados, sendo essencial para a produção e renovação do seu corpo de conhecimentos, contribuindo assim para o seu crescimento como disciplina e funcionando como um pilar essencial para promover a “defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2006:2).

Neste contexto, uma das áreas importantes, quando se fala em investigação no campo da saúde, em geral, e da Enfermagem, em particular, é a promoção da saúde, não só no âmbito da prevenção da doença, mas também no controlo e melhoria da saúde das populações.

Dois dos conceitos-chave inerentes quando se aborda promoção da saúde é a capacitação e o empoderamento comunitário, considerados como processos de acção social que promovem a participação dos indivíduos, organizações e comunidades, com o objectivo de aumentar o controlo individual e comunitário, a eficácia política, melhorar a qualidade de vida e a justiça social nas comunidades. Este processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos pode traduzir-se num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes aumentar a eficácia e eficiência no exercício da sua cidadania.

Um dos grupos de eleição a quem os profissionais de saúde devem dirigir a sua atenção a fim de incutir comportamentos saudáveis são os jovens, os adolescentes, os futuros adultos de amanhã.

Neste sentido, através da realização do estágio, a mestranda e os seus colegas procuram contribuir para a capacitação e empoderamento de adolescentes no seu processo de crescimento e desenvolvimento, fornecendo as informações adequadas para que o seu processo de individualização, enquanto seres humanos, seja o mais saudável possível.

Neste contexto, foi definido como objectivo geral para o presente trabalho elaborar um documento orientador para o estágio a realizar junto dos adolescentes que frequentam o 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF nas Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira, no contexto de uma sexualidade saudável e responsável.

Como objectivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Adquirir competências, enquanto futura enfermeira especialista, no âmbito de uma futura especialização em Enfermagem Comunitária;
- Reflectir sobre a problemática da sexualidade na adolescência em contexto escolar;
- Planear intervenções de enfermagem com base nos resultados obtidos num diagnóstico de situação realizado anteriormente, através de um cronograma de actividades;
- Constituir um instrumento facilitador para a avaliação do estágio da mestranda.

O presente projecto dá início com a justificação e pertinência do tema escolhido pelos mestrandos para a realização do diagnóstico de situação em contexto do planeamento em saúde, assim como, da área de intervenção no estágio da especialidade de enfermagem comunitária, onde se contempla uma abordagem à Adolescência, enquanto etapa de desenvolvimento do ser humano, e à Sexualidade durante este período.

De igual forma, é feita uma breve caracterização ao local de estágio.

Posteriormente serão apresentados os resultados obtidos e conclusões inferidas do diagnóstico de situação realizado e seguidamente será apresentado o projecto de estágio a realizar pela mestrada, onde se procederá à caracterização da população-alvo, serão definidos os objectivos, irá ser feita a descrição dos conteúdos educativos, da metodologia e das estratégias de intervenção, assim como a previsão de recursos.

Por último, termina com uma conclusão e a bibliografia que serviu de base à elaboração do mesmo.

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante mudança.

Apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, tem-se tornado difícil de definir, pois uma depende da outra, uma vez que, ainda num passado recente, a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde" e a saúde definida como "ausência de doença".

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). Neste contexto, saúde é um estado que se considera como individual e pessoal.

Nas últimas décadas da história mundial, muitos têm sido os esforços feitos, pela comunidade internacional, no sentido da promoção da saúde da população. Assim, surgiram as conferências internacionais de promoção da saúde. Da primeira realizada, surgiu a Carta de Ottawa em 1986, 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. Nesta conferência pretendeu-se criar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial, de forma a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em que o indivíduo, grupo ou comunidade possam estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio. Os objectivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, tal como se pode constatar na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, no Quênia. Nesta é destacada a importância da promoção de saúde, numa altura em que, o mundo se confronta com numerosos desafios, nomeadamente a pobreza, as alterações climáticas, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil, entre outros. 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 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 e as comunidades a adquirirem estilos de vida saudáveis para atingir o seu bem-estar.

No contexto da promoção da saúde, torna-se importante abordar a educação para a saúde, pois tal como referem Carvalho & Carvalho (2006:25) citando Tones e Tilford (1994)

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

Segundo os autores, 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, conceitos importantes na promoção da saúde do indivíduo e comunidade.

Assim, os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, devem ser capazes de saber identificar e procurar resolver os problemas dos indivíduos/comunidade; tomar decisões, possuindo habilidades nas relações interpessoais, através de uma comunicação eficaz; e procurar estabelecer uma relação de ajuda, o mais eficaz possível.

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

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

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

Existem diferentes tipos de tipologia de planeamento 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)

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que deve ir ao encontro das necessidades da população a ser estudada. 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 de situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

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

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

Seguidamente são definidos os objectivos no contexto que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990:113) “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos”. O autor menciona 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.

Posteriormente surge a etapa da selecção de estratégias, considerada como uma das etapas fundamentais quando se faz planeamento em saúde, pois é nesta fase que se propõe as formas de actuação. Esta 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. 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. 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, nomeadamente o objectivo que se deve atingir; o que deve ser feito; quem, quando, onde e como o deve fazer; assim como os custos e a avaliação da actividade (Tavares, 1990).

A preparação da execução é a fase que mais se assemelha 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.

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. De uma forma geral, a avaliação permite fazer uma comparação entre os objectivos e as estratégias definidas no planeamento. Tavares (1990) 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.

O planeamento em saúde apresenta na sua hierarquização, os seguintes documentos: Plano – Programa – Projecto (do mais abrangente para o mais específico). Pode considera-se que os planos, programas ou projectos são pertinentes quando o diagnóstico e as necessidades estão em concordância.

Após análise do PNS para os anos 2004-2010, considerado como um planeamento normativo, pois “aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local.” (Tavares, 1990:31), os mestrandos decidiram direccionar a sua atenção para a Sexualidade na Adolescência.

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

Compete ao enfermeiro, assumir os adolescentes como um grupo de eleição da intervenção dos seus profissionais. O enfermeiro que trabalha junto destes jovens assume um papel de relevo, devendo demonstrar competências a vários níveis. Assim, cabe 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.

Um das melhores estratégias de intervenção dos enfermeiros desta área junto dos adolescentes passa pelo contacto com estes em ambiente escolar no âmbito da educação sexual. Assim, verificou-se que as escolas em parceria com o Ministério de Saúde devem adoptar estratégias de modo a promover a saúde, prevenir a doença através de acções que devem ocorrer durante o ano lectivo. A OMS preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

O Ministério da Saúde definiu como metas através do plano nacional de saúde (2004: 54) para “uma juventude à procura de um futuro saudável”, redução da taxa de mortalidade, redução da gravidez na adolescência, valorização da auto-apreciação do estado de saúde, 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.

Com a publicação da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, o estado português reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas, no artigo 1.º refere “o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação” (Lei n.º 3/84 (1984:981).

Em 1999, com a publicação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, reforçam-se as garantias do direito à saúde reprodutiva. É referido que deve existir uma:

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

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

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

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

O Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde tem publicado legislação que visa a promoção e a educação para a saúde. Da análise da legislação no despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro, o Ministério da Educação 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” (despacho n.º 25 995/2005, 2005:17 515).

Com a publicação da Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, estabelece-se o regime da aplicação da educação sexual nas escolas, definindo uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, 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 as várias entidades (escola, família e profissionais de saúde).

No preâmbulo da portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril (2010:1170), 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 são

definidos conjuntamente entre os Ministérios da Saúde e da Educação, os conteúdos curriculares desde o primeiro ciclo até ao ensino secundário, bem como, as parcerias.

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

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

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

Segundo a OMS, a adolescência 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)

Para a OMS, a adolescência corresponde á faixa etária entre os 10 e os 19 anos, onde ocorrem grandes mudanças a vários níveis (pessoal, emocional, familiar e social), esta fase do desenvolvimento humano corresponde ao período que sucede à infância desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas, onde ocorre muitas vezes a auto-afirmação do adolescente e inúmeros processos de conflito (Vilelas, 2009).

Ferreira & Nelas (2006) referem que a adolescência é um período onde os jovens constroem a sua identidade e traçam o seu caminho profissional e o projecto de vida. Esta fase da vida necessita de especial atenção porque podem surgir problemas no desenvolvimento do adolescente.

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. Esta construção de identidade varia de acordo com as transformações que o adolescente pode sentir durante o seu processo de desenvolvimento e crescimento, quer seja a nível físico, psicoafectivo, social, espiritual, entre outros. Neste sentido, fisicamente as transformações que podem sofrer estão intimamente ligadas à componente sexual.

A sexualidade faz parte da personalidade humana desde o seu nascimento até à morte, onde estão incluídos os sentimentos. Esta é um processo contínuo de aceitação e reconhecimento que se modifica ao longo da vida, deve-se considerar a sexualidade como multidimensional, pelo que cada um faz e o que é. Sendo que a identidade sexual é a percepção de cada um em relação a ser mulher ou homem, fazendo parte da identidade pessoal de cada um (Bolander, 1998).

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

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

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

Sabendo que a adolescência e mais concretamente o adolescente se caracteriza pela impulsividade; o pensamento mágico (“isto não me pode acontecer a mim”); a necessidade de agradar; a dificuldade em pensar a longo prazo e de ponderar as consequências de determinado comportamento; e a ambivalência em relação ao seu comportamento sexual, podem levar os jovens adolescentes, correctamente informados, a terem relações sexuais não protegidas (Coley e Chase-Lansdale, 1998; Franco *et al.*, 1998; Harris, 1998; Lourenço, 1996; Tobias & Rice, 1998 citados por Canavarro & Pereira, 2001).

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

(Stanhope & Lancaster, 1999). Segundo Perkins (1991) citado por Stanhope & Lancaster (1999) o grupo de amigos tem influência nas atitudes e comportamentos dos adolescentes, visto que se os adolescentes são sexualmente activos é porque muitas vezes os seus amigos já o foram.

Na opinião de 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 isso 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.

Assim, para muitos autores, a gravidez na adolescência deve ter uma abordagem multifactorial, havendo a considerar factores individuais, familiares e relacionais. Para Canavarro & Pereira (2001) como factor individual, há a considerar a pobreza que impossibilita um ambiente familiar de harmonia e recursos suficientes à sustentação de cuidados parentais adequados, a escola é desvalorizada, havendo pressão para o início precoce de uma carreira profissional. Como factores familiares, para Canavarro & Pereira (2001), as adolescentes grávidas pertencem, frequentemente, as famílias disfuncionais, numerosas e com problemas socioeconómicos. No que respeita a factores relacionais, os mesmos autores referem o relacionamento com o sexo oposto, particularmente a escolha do parceiro amoroso, como factores concorrentes para a ocorrência de gravidez na adolescência.

Duarte (1997) citado por Neto (2004) refere que se deve 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”.

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”.

Concorrendo com a gravidez na adolescência, está a abordagem às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Estas 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 prevalência e incidência das IST na adolescência estão a aumentar (Bekaert, 2005 citado por Ferreira, 2008). A OMS refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (Ferreira, 2008).

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

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

Neste âmbito emerge a abordagem aos métodos contraceptivos e formas de os usar. Este tipo de informação tem progressivamente aumentado, muito embora não seja totalmente eficaz na prevenção da gravidez. Para Canavarro & Pereira (2001), existem várias explicações possíveis para tal facto. Uma delas revela-se na falta de informação ou informação mal prestada sobre contracepção e fisiologia reprodutiva. É comum encontrar jovens com a crença de que não se pode engravidar na primeira relação sexual.

Os métodos contraceptivos visam evitar uma gravidez não desejada e o preservativo poderá prevenir algumas IST.

De acordo com as recomendações da OMS, a escolha do método contraceptivo deve obedecer a critérios clínicos, sociais, de comportamento e preferência individual de cada indivíduo. Neste sentido, destaca-se a contracepção hormonal oral; a contracepção hormonal injectável (não recomendada antes dos 18 anos pela diminuição da densidade óssea da jovem); o DIU e o preservativo.

A baixa utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes está relacionada com outros factores, como crenças erróneas relativas à concepção e à contracepção. Outro factor determinante refere-se ao papel da família na escolha de um método contraceptivo, área pouco privilegiada, tanto nos estudos realizados neste âmbito, como a nível de intervenções planeadas (Almeida, Aquino, Gaffinkin & Magnani, 2003).

Existem outros obstáculos à utilização consistente de um método contraceptivo por parte dos adolescentes, especialmente pelo género feminino mais jovem, relacionado com pressões sociais e papéis de género. Segundo Cabral (2003), existe a representação social

de que a protecção sexual é da responsabilidade da mulher. Por outro lado, existe ainda a ideia preconcebida que de, se esta utiliza mas algum método contraceptivo, significa que existem um planeamento de actividade sexual, o que não corresponde à imagem da mulher ingénua e inexperiente. A autora mencionada indaga que a própria literatura da saúde assinala a sexualidade masculina como “incontrolável”, reforçando a desresponsabilização do género masculino na contracepção.

O profissional de saúde tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha e incorporando a contracepção de emergência nas políticas publicas de saúde para os adolescentes. Esta incorporação não visa apenas facilitar o acesso e ajudar os profissionais a lidar com a questão, mas essencialmente contribui para a formação de opinião.

Para além do contexto das transformações fisiológicas da adolescência, existem outras como as psicológicas, as afectivas, as intelectuais e as sociais que não são uma tarefa fácil eles (Ferreira & Nelas, 2006), no entanto é também “un tiempo personal que marca el ingreso al mundo através de la conquista de un espacio próprio, en el espacio social e cultural” (M. Martins, 2007:20).

Relativamente às alterações afectivo-emocionais, tal como referem López & Fuertes (1999:177) a “espécie humana tem não só apetências sexuais instintivamente pré-programadas como também necessidades e capacidades afectivas que frequentemente se associam à actividade sexual”.

Para Andrade (1995:12) os afectos são

“uma espécie de gestão que nos faz penetrar no ventre maravilhoso da existência; um movimento que impele alunos e professores a seguir um caminho inundado de sensações e sentimentos, onde se encontram á mistura, valores como tolerância, aceitação, abandono, mas também confiança, estímulo, surpresa, admiração, descoberta. Para o percorrer, é necessário ultrapassar os medos, abandonar os preconceitos, defrontar-se com o inesperado ou, muito simplesmente, entrar no ciclo de vida”.

Contudo, o “universo dos afectos” é de difícil abordagem e avaliação, pois implica alterações nos indivíduos a vários níveis, como sejam as alterações fisiológicas (hormonais, circulatórias...); expressivas (postura, expressão facial, ...); subjectivas (percepção e interpretação dos sentimentos); e sociais (interpretação social das mudanças).

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) referem que os 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. Por seu lado, as emoções são “expressões afectivas acompanhadas de reacções intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado (fantasiado)” Bock *et al.* (1999:255).

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; enquanto, que no segundo grupo estão contemplados a empatia, o apego, a amizade, a hostilidade, a ira, entre outros.

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).

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”.

Contudo, são raros os casos em que os primeiros namoros terminam numa relação de casamento. Mas, ainda assim é importante no desenvolvimento afectivo do adolescente pelo reforço de identificação feminina ou masculina, pela maior segurança que o adolescente obtém pelo facto de se sentir amado, pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer.

Naturalmente, também a ruptura do namoro (sobretudo quando não é de comum acordo), pode trazer sofrimento ao adolescente, quer por sentimentos de perda da relação afectiva, quer por sentimentos de inferioridade em se sentir abandonado; quer por sentimentos de culpa por parte do adolescente que o abandona, quer ainda pela dificuldade no estabelecimento de futuras relações de namoro, por medo de desilusão e sofrimento.

Neste contexto, na abordagem à adolescência torna-se pertinente falar na violência no namoro. A violência, como refere Cordeiro (2009:472) “como forma de expressão, mal orientada e desajustada, (...) parte integrante da condição humana, espreita por todo o lado

e sob todas as formas”. Assim, a violência pode tomar várias proporções, desde os maus-tratos psicológicos, como físicos, na qual se destaca a violência sexual que é considerada crime à luz do 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.

Embora os abusos sejam muito mais frequentes no sexo feminino tem-se vindo a observar um crescente número de casos envolvendo vítimas do sexo masculino, contudo são sempre crianças em situação de vulnerabilidade por ausências prolongadas dos adultos, condições de isolamento e por imaturidade.

Neste contexto, o abuso sexual é um problema candente, grave e intolerável nas sociedades que se reclamam o humanismo e que juram defender os direitos do ser humano. 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.

Neste contexto, a educação sexual assume um papel muito importante e um dos agentes activos nesta é o profissional de saúde, no caso, o Enfermeiro.

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 como sexualidade, liberdade, afectividade, prazer, comunicação e responsabilidade, de maneira a promover a aquisição de comportamentos responsáveis (Vilelas, 2009).

É pela educação sexual que se promove o crescimento global do adolescente, se clarificam ideias numa fase caracterizada pela descoberta e consolidação de convicções. 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).

2 – PROJECTO

Já no séc. XIX, Florence Nightingale falava da Enfermagem como uma “nova arte” e “uma nova ciência”. Na tentativa de acompanhar o desenvolvimento, a Enfermagem foi construindo uma base de conhecimentos, tornando-se assim, visível como ciência.

É na forma como expressam o Cuidar/Cuidado que os enfermeiros devem actuar, pois apesar de constituir um atributo para todos os seres humanos, é entre esta classe que assume especial importância, cabendo a cada profissional saber “cultivar” o cuidado, pois é um acto genuíno e peculiar. Uma das formas que os enfermeiros têm de expressar o cuidado é através da promoção de estilos de vida saudáveis, para tal, o planeamento em saúde apresenta-se como uma das suas ferramentas de eleição e a especialização do profissional torna-se primordial.

Neste contexto, no preâmbulo do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro é definido que o 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 deve ter “competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648), em que os domínios das suas competências comuns incluem “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649).

Por sua vez, e mais concretamente na área dos cuidados de enfermagem comunitários, o Regulamento n.º 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, referindo que, este deve desenvolver a sua prática “centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários tem um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”, assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e

empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projectos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

A OEP define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, no artigo 4.º do referido documento, assim 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, no âmbito do planeamento em saúde está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem.

O presente projecto de estágio vai ao encontro dos problemas e necessidades identificadas aquando da elaboração do diagnóstico de situação já realizado pelos mestrandos, assim como dar resposta à solicitação feita pela direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

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

Para a elaboração do presente projecto irão ser seguidas as orientações de Osuna e Moral (2000) citadas por Carvalho & Carvalho (2006) que definem as seguintes etapas: análise da situação; justificação do programa; definição de objectivos; conteúdos educativos; estratégias de intervenção; actividades e metodologias educativas a utilizar; previsão dos recursos; e avaliação do programa.

2.1. – ÁREA DE INTERVENÇÃO

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. Tem uma área geográfica de cerca de 6065 km², englobando 15 municípios e 86 freguesias. A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, cidade onde se pretende realizar o presente projecto.

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

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

Segundo os Censos 2001, a cidade Portalegre tem uma população residente de 25 814 (INE, 2001). De referir que os Censos 2011 só estarão disponíveis no quarto trimestre de 2012.

2.1.1. – Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão: Breve Caracterização

Esta escola foi instituída a 09 de Setembro de 1968, pela Portaria nº. 23600. A primeira denominação foi Escola Preparatória de Cristóvão Falcão, hoje tem o nome de Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão.

Na actualidade, esta escola integra o agrupamento n.º 2 da cidade que pertence à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, que revelam uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000.

A escola possui um total de 593 alunos, divididos por várias turmas desde o 5.º ao 9.º 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 é constituída por 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais) e ainda uma Biblioteca uma sala de Informática; uma sala de Reuniões/Sala de Estudo; três gabinetes de Apoio Educativo; um gabinete do S.A.S.E. (Serviços de Acção Social e Escolar); um gabinete do Aluno e de Apoio à Associação de Pais. Possui ainda um Bar/Bufete; um Refeitório; uma Sala de convívio para os alunos; uma papelaria; uma Sala de Professores com um pequeno gabinete de trabalho anexo e um Pavilhão Gimnodesportivo.

2.1.2. – Escola Secundária Mouzinho da Silveira: Breve Caracterização

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira é descendente directa do antigo Liceu Nacional da cidade de Portalegre criado no ano de 1844. A destacar que ao longo dos anos, a denominação da escola sofreu várias alterações.

O edifício implantou-se na actual Avenida do Bonfim tendo aberto em Outubro de 1976. Desde esse ano, passou a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O edifício actual sofreu recentemente pequenas adaptações, nomeadamente no ano lectivo de 2008/2009 ao abrigo do projecto do Parque Escolar de modernização das escolas secundárias que tem vindo a ser implementado no país.

A escola funciona em diferentes Blocos de A a G. Possui salas de informática; uma sala multimédia; cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Tem uma sala de Teatro; uma sala de Educação Visual e Tecnológica; uma sala de trabalhos oficinais; uma sala polivalente; um gabinete de apoio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC); salas de trabalho para os professores; salas de reuniões; salas de trabalho para grupos; e uma 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 do Conselho Pedagógico, Sala da Associação de pais e encarregados de educação, Sala de directores de turma e Gabinete da Direcção). Neste bloco encontra-se a cozinha, o refeitório e o bar, assim como a sala de convívio dos alunos, a 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. Encontra-se anexado um campo de jogos.

Esta escola tem um total de 627 alunos distribuídos pelo 7.º, 8.º, 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade, uma turma de CEF e sete turmas de cursos profissionalizantes.

Os alunos encontram-se distribuídos pelos vários anos da seguinte forma:

- 3 turmas de 7.º ano – 79;
- 4 turmas de 8.º ano – 103;
- 4 turmas de 9.º ano – 89;
- 1 turma CEF – 10;
- 9 turmas do Curso Científico Humanísticos – 211 (4 turmas do 10.º ano com 92 alunos; 3 turmas do 11.º ano com 66 alunos; e 2 turmas do 12.º ano com 53 alunos);
- 2 turmas de Curso Tecnológico de Desporto – 26 (1 turma do 11.º ano com 10 alunos e 1 turma do 12.º ano com 16 alunos);
- 7 turmas de Cursos Profissionais – 109 (2 turmas do 1.º ano com 39 alunos; 2 turmas do 2.º ano com 24 alunos e 3 turmas do 3.º ano com 46 alunos).

2.2. – CONCLUSÕES DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO REALIZADO DA ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO

A população estudada pelo diagnóstico de situação reporta-se aos estudantes do 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. 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 15 de Dezembro de 2011 e 05 e 06 Janeiro de 2012.

Os resultados obtidos revelam 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 eles.

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, verificou-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.

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 abordar 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 IST 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.

Assim, foram identificados nos adolescentes estudados, os seguintes problemas relacionados com as atitudes face à sexualidade:

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade e apenas 2% do total dos inquiridos admitem falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar;
- 25% dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentirem à vontade ou por vergonha.;
- Os adolescentes não estão alheios à problemática do vírus da SIDA, apenas 16% dos inquiridos não estão preocupados com a patologia.
- 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.).

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

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

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

- A necessidade dos adolescentes inquiridos se informarem para esclarecer as suas inquietudes. Assim, os jovens estudados consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna, para esclarecerem as suas inquietudes relacionadas com a sexualidade, sendo considerada como uma fonte acessível.

2.3. – LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO

Após reunião com as respectivas directoras das escolas, nos dias 10 e 14 de Fevereiro de 2012, ficou acordado que as sessões de formação iriam decorrer entre os dias 10 e 16 de Abril, num total de 14.

Posteriormente, os mestrandos foram divididos em grupos de dois elementos cada, tendo ficado decidido que dois grupos realizavam quatro sessões e os outros dois grupos realizavam três.

As acções de formação decorrerão nas instalações das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira.

Coube à mestranda juntamente com a sua colega efectuar quatro das sessões a realizar nos dias:

- 11 de Abril de 2012 ao 9.º D da Escola Mouzinho da Silveira no período de aula das 10h15min às 11h45min (21 alunos);

- 12 de Abril de 2012 ao 8.º C da Escola Mouzinho da Silveira no período de aula das 10h15min às 11h45min (26 alunos);

- 16 de Abril de 2012 ao CEF no período das 08h30min às 10horas (15 alunos) e das 13h40 às 15h10 ao 9.º A da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão (20 alunos).

2.4. – OBJECTIVOS

Foi traçado como objectivo geral para o presente estágio da especialidade promover comportamentos saudáveis, no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável, em adolescentes que frequentam os 8.º, 9.º anos de escolaridade e CEF das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira da cidade de Portalegre.

Neste sentido, foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- Dar continuidade ao planeamento em saúde iniciado com a identificação de problemas e determinação de necessidades no diagnóstico de situação realizado a adolescentes que frequentam o 3.º ciclo de escolaridade, na área das atitudes face à sexualidade;
- Identificar dúvidas dos adolescentes relativamente à sexualidade, através da aplicação de um texto de apoio prévio à realização das sessões de informação;
- Realizar sessões de informação em Abril de 2012 aos adolescentes das escolas em temas relativos à prevenção de comportamentos de risco nas áreas da gravidez na adolescência, IST e violência no namoro; utilização de meios contraceptivos e afectividade na adolescência.

2.5. – CONTEÚDOS EDUCATIVOS

Os conteúdos educativos a abordar nas sessões de informação debruçam-se sobre a Sexualidade na Adolescência, a Gravidez na Adolescência, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Afectividade, os Métodos Contraceptivos e a Violência no Namoro.

Assim, com a elaboração do presente projecto pretende-se que os adolescentes no final das sessões sejam capazes de:

- Valorizar a adolescência, enquanto etapa de crescimento do ser humano;
- Identificar a sexualidade como expressão do desenvolvimento de cada indivíduo;
- Compreender o significado da afectividade e dos afectos;
- Conhecer os diferentes métodos contraceptivos;
- Compreender a contracepção como responsabilidade masculina e feminina;
- Compreender os riscos de uma gravidez na adolescência;
- Adoptar medidas de protecção e prevenção de IST;
- Prevenir a violência no namoro.

2.6. – METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Educar a sexualidade é uma área que se insere no contexto da educação para a saúde. Através desta pretende-se transmitir conhecimentos que visem promover atitudes e comportamentos saudáveis nos indivíduos para que estes possam ser capacitados para atingirem uma vida sexual, o mais saudável possível.

A educação sexual, sendo parte da educação para a saúde, permite uma preparação dos jovens para a vida em sociedade e uma melhor qualidade de vida, contribuindo também para o desenvolvimento da personalidade de cada um (Gonçalo, 2002). É pela educação sexual que se promove o crescimento global do adolescente, se clarificam ideias numa fase eminentemente caracterizada pela descoberta e consolidação de convicções.

Neste contexto, ao falar-se em educação para a saúde, fala-se em promoção da saúde. Assim, torna-se primordial quando se pretende desenvolver actividades no âmbito desta recorrer a teorias e modelos de promoção da saúde.

Uma teoria pretende compreender a natureza dos comportamentos, procurando identificar os procedimentos para posteriormente alterá-los e caracterizar os efeitos das influências externas nesses eventos. Pode ser vista como um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições apresentados que pretendem observar factos e/ou eventos, visando a explicação e a previsão destes. As teorias pretendem prever e explicar comportamentos, abstraindo-se da realidade, por seu lado os modelos sugerem a forma como se devem alterar os comportamentos. Assim, os modelos baseiam-se nas teorias, considerando-se como um conjunto de hipóteses genéricas, hipotéticas que pretendem analisar e/ou explicar um facto.

Segundo Stanhope & Lancaster (1999:266) a

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

Neste sentido, surgem algumas teorias pedagógicas que ajudam a compreender o que os indivíduos aprendem, projectando a forma como se poder educar estes. Da análise feita às diferentes teorias existentes considerou-se pertinente para a elaboração do presente projecto, a Teoria da Aprendizagem Social, cujo foco de acção é mudar as expectativas e as crenças através do método de fornecimento de informação.

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

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

Albert Bandura, psicólogo canadiano foi um dos seguidores das teorias da aprendizagem social. A teoria que desenvolveu foi a Teoria Cognitivo-Social. Os princípios básicos assentam na interacção recíproca, nos factores internos (intrínsecos ao indivíduo), nos factores externos (meio ambiente) e no comportamento do indivíduo, interagindo uns com os outros, influenciando-se mutuamente.

Há quatro elementos a ter em conta na aprendizagem por observação:

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

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

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

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

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

Quanto ao ensino, existem quatro aplicações a ter em conta:

- O ensino de novos comportamentos – Quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir, deve-se utilizar as mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo, de forma deliberada;

- Desenvolvimentos das emoções – Através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reacções emocionais a situações nunca experimentadas;

- Facilitar os comportamentos – Podem aprender-se comportamentos não por se estar especialmente motivado, mas por serem necessários em determinadas situações sociais, através da observação dos outros;

- Troca de Inibições – A inibição ocorre quando se vê um modelo obter consequências negativas com o seu comportamento, tornando indesejável a sua imitação.

Tal como referem Stanhope & Lancaster (1999:268) “Assim, os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim

desejado ou, ainda, ambos” citando Padille e Bulcavage, (1991), Blair (1993) e Dembo, (1994).

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

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

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

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

Educa-se o adolescente para a vida, dando-lhe conhecimentos, partilhando experiências, respondendo-lhe às necessidades de aprendizagem, promovendo a maturação dele, criando as condições para que decida de forma livre e conscienciosa sobre a sua saúde e estilos de vida. O enfermeiro nas suas funções de prestação de cuidados de saúde qualificados deve possuir competências e o dever de promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante acções de educação de forma a obter ganhos em saúde.

Particularmente, no caso dos jovens adolescentes, a intervenção por parte da enfermagem, tem importância acrescida.

Em termos de estratégia de estágio, a escolha 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, Pacheco & Teixeira, 2004:136).

As actividades podem decorrer em grupos pequenos ou grandes, usando-se como bom senso e convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas adequadas (Ferreira *et al.*, 2004).

Segundo 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 em educação sexual.

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).

As metodologias mais eficazes nesta área assentam nos conhecimentos individuais e de grupo (certos ou errados), na utilização desses conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor, a criatividade, o jogo ou trabalhar em pequenos grupos, (Frade *et al.*, 1992).

Seguidamente serão descritas as técnicas a que a mestranda e a colega de grupo pretende recorrer para as sessões de informação a realizar:

- Jogos de apresentação ou de “quebrar o gelo”: Joga-se com os participantes que não se conhecem previamente, promovendo-se a expressão de sentimentos e opiniões;
- Trabalho em grupos pequenos: Consiste na criação de grupos de três a cinco elementos, aos quais se pede a execução de uma tarefa, ou várias tarefas entre eles. Há a apresentação e discussão dos resultados de cada grupo, num grupo mais alargado;
- Utilização de questionários: Utilizados para recolher conhecimentos e opiniões existentes;
- Método expositivo: sendo um método muito utilizado devido a existir um controlo do tempo utilizado para as actividades pedagógicas (Marques, 2005).

A planificação das actividades a ser implementadas para a realização do presente projecto encontram-se no cronograma elaborado e apresentado no Apêndice I.

O cronograma constitui um instrumento gráfico que permite a visualização das actividades desenvolvidas e planeadas, tornando-se num importante instrumento de orientação quer, para o avaliado, quer para o avaliador, podendo sofrer modificações sempre que os responsáveis do projecto reconheçam a sua necessidade.

Neste sentido, destacam-se como actividades planificadas:

- A elaboração do projecto de estágio;
- A organização das sessões de informação para os adolescentes tendo em conta os planos elaborados para as mesmas (Apêndice II);
- A elaboração de um relatório final de actividades.

Tal como foi referido anteriormente, prevê-se a implementação deste projecto de estágio nos dias 11, 12 e 16 de Abril de 2012.

Proceder-se-á a avaliações ao projecto e realizadas novas estratégias de intervenção sempre que se considere necessário e pertinente.

2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS

Estima-se que todos recursos humanos, físicos e materiais sejam potencialmente gratuitos, para a realização destas sessões, sendo apenas necessário:

- Uma sala;
- Um computador portátil e um retroprojector para apresentação dos conteúdos temáticos;
- Folhetos e cartazes elaborados pelas mestrandas e distribuídos aos adolescentes.

2.8. – AVALIAÇÃO

A avaliação do presente projecto será feita através da elaboração de relatório de actividades, cuja apresentação terá lugar em data a acordar à posterior pela coordenação do II Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÃO

A procura pela saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção da saúde: políticas públicas de saúde, 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.

O planeamento em saúde torna-se evidente porque os recursos disponíveis cada vez mais no contexto actual, parecem ser escassos, sendo necessário intervir. As prioridades devem ser definidas, pois intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis e as infra-estruturas são caras. Torna-se imperioso, racionalizar recursos através do planeamento eficaz, a fim de evitar um contínuo tratamento e não promoção de estilos de vida saudáveis.

Em Enfermagem ser-se empreendedor e conseqüentemente, proactivo deve ser uma premissa na prática diária, pois a excelência na prestação de cuidados exige compromisso, dedicação, esforço e inovação. Neste enquadramento, ao enfermeiro cabe procurar alargar o seu campo de conhecimentos e competências, sendo para tal, necessário apostar numa especialização diferenciada.

Assim, o enfermeiro deve despertar e desenvolver o seu sentido da observação, para perceber o que merece ser investigado, registar com precisão os factos ou os fenómenos do seu trabalho, aguçar a curiosidade quanto à contribuição para a melhoria da assistência e/ou do ensino, procurar ampliar o conhecimento e o impacto social das acções desenvolvidas, ser ousado e corajoso para tentar novas formas de acção desafiantes na prestação de cuidados.

Enquanto profissional de saúde, o Enfermeiro deve saber motivar os adolescentes a adoptar comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis, quer a nível individual quer a nível colectivo, pois consciencializar os adolescentes constitui um grande desafio. O enfermeiro deve possuir competências e o dever de promover a saúde no indivíduo, grupo ou comunidade, mediante acções de educação de forma a obter ganhos em saúde.

Particularmente, no caso dos jovens adolescentes, a intervenção por parte da enfermagem dada a sensibilidade desta fase do ciclo de vida em que se encontram, tem

importância acrescida, enquadrando-se no conjunto de acções de educação para a saúde que devem respeitar as linhas orientadoras do planeamento em saúde.

Por último, há a referir que através da elaboração deste projecto de estágio foi de extrema importância, pois permitiu não só para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos que contribuem para um maior crescimento profissional e pessoal da mestranda, mas também para promover a reflexão no âmbito da enfermagem comunitária. Neste sentido, espera-se ter atingido os objectivos traçados no início do presente trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm.
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm.
- Aguilar, L. (2010). Aprendizagem Social In *Informática (Ensino)*. Acedido em 10 de Junho de 2011 em http://alunos.di.ubi.pt/~a14676/psicologia/aprendizagem_social.pdf.
- Almeida M., Aquino A., Gaffinkin L., Magnani R. (2003). *Uso de Contracepção por adolescentes de escolas públicas da Bahia*. In *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17470.pdf>.
- 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 familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.^a série, n.º 71, 981-983. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/1984/03/07100/09810983.pdf>.
- 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 Electrónico*, 1.^a série – A, n.º 186, 5232-5234. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/1999/08/186A00/52325234.pdf>.
- Assembleia de República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto: Assembleia da República. *Diário de República Electrónico*, 1.^a série, n.º 151, 5097-5098. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/15100/0509705098.pdf>.

- 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.
- Cabral C. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva dos jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. In *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>.
- Canavarro, M. & Pereira, A. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas. In Canavarro, M. (org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (1.ª edição – pp.323-357). Coimbra: Quarteto Editora.
- 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 18 anos* (1.ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- 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). Acedido em 12 de Março de 2012 em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?IDEscola=19>.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. In *Instituto Politécnico de Viseu*. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>.
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.

- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137.
- Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magrinho, R. (2005). Grávidas Adolescentes e Grávidas Adultas: Diferentes Circunstâncias de Risco? In *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105. Acedido em 20 de Junho de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/097-105.pdf>.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Científica. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C.& Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Gonçalo, M. (2002, Dezembro). A Mãe Menina. In *Revista Nursing*, 172 (14), pp.10-15.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. In *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_destaquas&DESTAQUESdest_bo ui=70631&DESTAQUESmodo=2.
- Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital – Escola Superior de Educação de Portalegre*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>.
- López, F. & Fuertes, A. (1999) *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF (Original publicado em 1989).
- Marques, M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. In *Revista Lusófona de*

Educação (5), pp. 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.

Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro: Reforça das garantias do direito à saúde reprodutiva, fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série – A, n.º 240, 5784-5786. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20EDS/DL%20259_2000.pdf.

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. Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://legislacao.min-edu.pt/np4/np3content/?newsId=1184&fileName=despacho_25995_2005.pdf.

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

Ministério da Saúde [MS] (1991). Decreto-Lei n.º 437/91 de 08 de Novembro: Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Acedido em 27 de Abril de 2012 em http://www.igf.min-financas.pt/inlegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm.

Ministério da Saúde [MS]. Direcção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 20 de Abril de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>.

Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 09 de Abril. *Diário da República Electrónico*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4). Acedido em 20 de Janeiro de 2012 em http://juventude.gov.pt/Legislacao/Documents/Portaria%20n.%C2%BA%20196-A_2010.pdf.

Município de Portalegre. Site oficial. (2012). Acedido em 02 de Janeiro de 2012 em <http://www.cm-portalegre.pt/page.php?topic=1>.

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República Electrónico*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653. Acedido em 01 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

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 electrónico*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Acedido em 01 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 28 de Maio de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

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

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde Pública*. 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Pratta, E.; Santos, M.; (2007, Maio-Agosto). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 2 (12), 247-256. Acedido em 10 de Dezembro de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>.
- Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência: Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, (4.^a edição). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau.

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma do Projecto de Estágio

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
	2011		2012							
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto – (a definir)
Revisão Bibliográfica										
Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados										
Tratamento e Análise de Dados										
Elaboração do Diagnóstico de situação										
Reunião na Escola Secundária Mouzinho da Silveira				Dia 10						
Reunião na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão				Dia 14						
Elaboração e entrega do Projecto de Estágio										
Estágio				14 de Fevereiro – 27 de Junho						
Elaboração dos diapositivos para a realização das sessões										
Sessões na Escola Secundária Mouzinho da Silveira						Dias 11 e 12				
Sessões na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão						Dia 16				
Elaboração do Relatório de Estágio										

Apêndice II - Plano das Sessões

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 e Sexualidade Responsável (Sexualidade na adolescência, Gravidez na adolescência, IST, Contraceção, Afectividade, Violência no Namoro)

Recursos: Humanos – Formadores

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

Metodologia: Expositiva, Jogos de apresentação, Trabalho em pequenos grupos, 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	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o grupo de enfermeiros aos adolescentes - Apresentar os objectivos da sessão - Resolver em grupo um questionário 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos intervenientes (alunos e enfermeiros) - Objectivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Jogos de apresentação Trabalho em pequenos grupos Utilização de questionário 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Projector Questionário 	15 min

Desenvolvimento	Exposição do tema a abordar	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a Sexualidade na Adolescência enquanto componente do desenvolvimento humano - Sensibilizar para os perigos da gravidez na adolescência - Alertar para as consequências das principais IST - Informar sobre os principais métodos contraceptivos - Reconhecer a importância da afectividade - Alertar para os perigos da violência no namoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de sexualidade - Afectos - Gravidez na adolescência - IST - Métodos contraceptivos - Violência no namoro 	Expositivo	<p>Computador</p> <p>Projector</p>	60 min
-----------------	-----------------------------	---	---	------------	------------------------------------	--------

<p>Conclusão</p>	<p>Final de sessão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer dúvidas - Sintetizar as principais ideias da sessão - Resolver em grupo um questionário 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo dos temas abordados - Visualização de filme - Preenchimento de questionário e correcção (3 a 5 grupos) 	<p>Expositivo</p> <p>Trabalho em pequenos grupos</p> <p>Utilização de questionários</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>Questionário</p> <p>Folhetos</p>	<p>15 min</p>
------------------	------------------------	--	---	---	--	---------------