



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Orientador: Prof. Doutora Filomena Martins

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Paula Grenho

**Março**

**2012**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Orientador :Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO  
DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Paula Grenho

Março

2012

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que directa ou indirectamente me ajudaram na elaboração deste trabalho e que contribuíram para que ele se realizasse.

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste trabalho, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases do trabalho, o incentivo, a sua disponibilidade e paciência.

À equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem.

Aos diretores e professores da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola de São Lourenço pela recepção e acreditar no nosso trabalho.

Aos alunos das turmas do 8º, 9º, 10ºanos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e alunos do 10ºano da Escola de São Lourenço, sem eles não seria possível concretizar este trabalho. Foi uma experiência muito gratificante, porque proporcionou conhecê-los melhor e reconstruir novos significados acerca da sexualidade, pois o conhecimento se efectiva na relação de trocas.

A todos os colegas que fizeram parte do grupo da sexualidade do 1º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi bom dividir com vocês os anseios, os medos, as experiências e as alegrias.

Aos meus pais por todo o apoio e carinho e inestimável orgulho, em especial à minha mãe pelo apoio, palavras acolhedoras e incentivo constante. Sem eles este percurso nunca teria sido possível.

Aos meus irmãos e familiares por terem acreditado em mim.

Um agradecimento muito especial aos meus filhos Inês e Vasco, pelo seu afecto e amor incondicional.

Finalmente, ao Quim meu marido pela sua disponibilidade, compreensão, carinho e encorajamento, que me ajudou a ultrapassar os momentos mais difíceis. Obrigado por nunca me teres deixado desistir.

## **RESUMO**

O presente relatório, reporta-se á descrição do estágio curricular por nós desenvolvido, servindo para reflectir sobre a prática e relatar a sua vivência e experiência adquirida.

Reunimos neste relatório duas áreas de intervenção distintas. A primeira na área da educação sexual na adolescência, a segunda na área da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, e na informação para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens.

Assim, neste relatório apresentam-se algumas considerações, gerais, sob o ponto de vista teórico, sobre a sexualidade na adolescência e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens.

Caracteriza-se o modelo de promoção de saúde, bem como a análise do contexto onde foi efectuado o estágio nas duas áreas de intervenção.

Descrevem-se, igualmente, as intervenções levadas a cabo pelo estagiário e a avaliação dos resultados. Por último, procura-se tecer algumas posições críticas relativas ao estágio.

**PALAVRAS.CHAVE:** Sexualidade, Educação Sexual, Papeis de Género, Métodos Contraceptivos, Fontes de Informação, Promoção da Saúde

## **ABSTRACT**

This work has the purpose to describe and reflect on the practice and to reveal the knowledge and experience acquired.

It is divided in two distinctive sections – The sexual education in adolescence and in the promotion of the image of Portalegre's High School of Health, affirms out the work developed in providing information and in promoting healthy behaviors in youth.

Under the theoretical model some general considerations are presented about adolescence sexuality and on the promotion of healthy living behaviors in youth.

The health promotion model is emphasized, as well as the context where the training in this two specific areas of intervention was taken.

The results of the interventions taken during the training are described lastly, we are looking for some constructive criticism related with the training.

**KEY WORDS:** Sexuality, Sexual Education, Gender Roles, Contraceptive Methods, Sources of Information, Health Promotion

## **ABREVIATURAS E SIMBOLOS**

CIPD – Conferência Internacional da População e Desenvolvimento

COC – Contraceptivos orais combinados

DGS - Direcção Geral de Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

EPS – Educação para a Saúde

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IMC – Índice de Massa Corporal

IPJ - Instituto Português da Juventude

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

Nº - Número

POC – Contraceptivos orais com progestagénio

RTP – Rádio Televisão Portuguesa

SIC – Sociedade Independente de Comunicação

ULSNA - Unidade de Saúde Local do Norte Alentejano,

## Índice

f.

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA</b> .....	15
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA ÁREA PROBLEMÁTICA</b> .....	16
1.1 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA .....	16
1.2 – EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA .....	22
1.3 – PAPÉIS DE GÉNERO.....	24
1.4 – METODOS CONTRACEPTIVOS.....	25
1.5 – FONTES DE INFORMAÇÃO .....	27
<b>1.5.1 – Família</b> .....	27
<b>1.5.2 – Escola</b> .....	29
<b>1.5.3 – Religião</b> .....	31
<b>1.5.4 – Pares</b> .....	32
1.6 – OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO.....	33
1.7– PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA EDUCAÇÃO SEXUAL .....	35
<b>2 – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE – TEORIA COGNITIVO SOCIAL</b> .....	37
<b>3 – CONTEXTO EM ESTUDO</b> .....	40
3.1 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA .....	40
3.2 – ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO.....	40
<b>4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</b> .....	42
4.1 – METODOLOGIA.....	42
4.2 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	44
4.3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	45
4.4 – IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES .....	47
4.5 – FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	48
4.6 – SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	49
4.7 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	50
4.8 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	51
4.9 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	52

4.10 – RECURSOS FINANCEIROS .....	52
4.11 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	52
4.12 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	56
4.13 – AVALIAÇÃO .....	57

**PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NOS JOVENS / PROMOÇÃO DA IMAGEM DA  
ESSP .....**

.....	60
<b>1– CONTEXTO EM ESTUDO .....</b>	61
<b>2 – POPULAÇÃO ALVO .....</b>	62
<b>3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	64
3.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	64
3.2 – IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES .....	64
3.3 – FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS .....	65
3.4 – SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACIONADAS .....	68
3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	69
3.6 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	69
3.7 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	70
3.8 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	70
3.9 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA .....	72
3.10 – AVALIAÇÃO .....	72
<b>4 – CONCLUSÃO .....</b>	77
<b>5 – BIBLIOGRAFIA CITADA.....</b>	80

**APÊNDICES**

**APÊNDICES DA PARTE I - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA  
SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....**

Apêndice I – Questionário de Avaliação da Satisfação dos jovens .....	88
Apêndice II – Mapa de intervenções da Escola Secundária Mouzinho da Silveira .....	90
Apêndice III – Plano da sessão de educação para a saúde .....	92
Apêndice VII – Cartão de contactos Úteis .....	94
Apêndice VIII – Cronograma de Actividades .....	96
Apêndice IX – Avaliação do projecto .....	98

**APÊNDICES DA PARTE II - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA  
PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NOS JOVENS / PROMOÇÃO  
DA IMAGEM DA ESSP .....**

.....	100
Apêndice I – Questionário de Avaliação de Satisfação dos Jovens .....	102
Apêndice II – Mapa de Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre.....	104

Apêndice VI – <b>Cronograma de Actividades</b> .....	106	
Apêndice VII – <b>Avaliação do Projecto</b> .....	108	
<b>APÊNDICES EM SUPORTE INFORMÁTICO</b>		
<b>APÊNDICES DA PARTE I – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA</b> .....		113
Apêndice IV – <b>Sessão de Educação para a Saúde</b>		
Apêndice V – <b>Filme “Géneros - Papeis Sociais”</b>		
Apêndice VI – <b>Filme “Sida”</b>		
<b>APÊNDICES DA PARTE II – PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP</b> .....		113
Apêndice III – <b>Reportagem TV Local Visão “Promoção da ESSP”</b>		
Apêndice IV – <b>Filme “Hábitos de Vida Saudável”</b>		
Apêndice V – <b>“Alimentação Saudável – Índice de Massa Corporal (IMC) ”</b>		

## Índice de Quadros

f.

### **QUADROS DA PARTE I – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

<b>Quadro 1</b> – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e sexo .....	45
<b>Quadro 2</b> – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e sexo .....	46
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação e o sexo .....	58

### **QUADROS PARTE II – PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NOS JOVENS / PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP**

<b>Quadro 1</b> – Distribuição dos inquiridos segundo idade e sexo .....	62
<b>Quadro 2</b> – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e sexo .....	62
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e sexo .....	63
<b>Quadro 4</b> – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação e o sexo .....	74
<b>Quadro 5</b> – Distribuição dos inquiridos segundo a intenção de concorrerem à ESSP e o Sexo.....	75
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos inquiridos segundo a intenção de recomendar a ESSP a colegas e o sexo .....	75

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório está contextualizado no plano curricular de estágio do 1º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, orientado pela Professora Dr<sup>a</sup> Filomena Martins, docente da ESSP.

O estágio decorreu entre 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, sendo realizado em duas áreas de intervenção comunitárias distintas: a primeira na área da educação sexual na adolescência que se realizou na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira esta intervenção surgiu como resposta a um projecto de colaboração entre esta escola e a Escola Superior de Saúde de Portalegre. A intervenção na Escola Secundária de São Lourenço surgiu com um pedido de colaboração de um professor desta escola à Escola Superior de Saúde Portalegre, para intervirmos em duas turmas do 10º ano, na área da sexualidade.

A segunda intervenção surge na área da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, sua oferta formativa, e na informação para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens.

O comportamento sexual dos jovens pode ter implicações consideráveis na sua saúde, como o demonstram as estatísticas da gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis. Em Portugal, a taxa de maternidade precoce (antes dos 20 anos) é ainda significativa, ocupando o segundo lugar nas estatísticas europeias.

Por outro lado, apesar do uso dos métodos contraceptivos terem aumentado, a sua utilização é inconsciente e incorrecta (Vicente, 2004), devido sobretudo à deficiente informação dos jovens, mas também porque continua a subsistir representações individuais e sociais relativas à sexualidade, contracepção e procriação que impedem a utilização dos contraceptivos (Almeida, 2004 cit. in Vicente, 2004).

As primeiras experiências sexuais em idades cada vez mais precoces associadas ao primeiro relacionamento longo e estável em idade cada vez mais tardia, alargou o período de relações sexuais instáveis e aumentou a proliferação das infecções sexualmente transmissíveis.

A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável requer uma intervenção urgente e eficaz.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Uma vez que

“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001: 8).

Assim sendo, ajudar os adolescentes e os jovens a evitar a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST), exige actividades educacionais especiais que promovam atitudes responsáveis e um comportamento sexual mais saudável, um maior acesso a serviços de saúde reprodutiva acolhedores para jovens, formação e preparação para a vida activa e acção destinada a promover os direitos reprodutivos dos adolescentes. Optámos pela temática sexualidade na adolescência porque esta,

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

Esta temática tem todo o interesse na nossa área de especialização, uma vez que a Educação Sexual é uma componente essencial na Educação e Promoção da Saúde. Nesta área, é prioritário promover a Saúde Sexual e Reprodutiva, fundamentalmente nos adolescentes e populações caracteristicamente vulneráveis, e proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da saúde sexual e reprodutiva que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade (Linhas Orientadoras em Educação Sexual, 2000).

A escola, enquanto espaço de grande importância na socialização tem um papel vasto na socialização sexual das crianças e dos jovens. Contudo, também as famílias, os media e os pares participam neste processo educativo e cada qual tem o seu papel, as suas potencialidades e as suas limitações.

Se a escola e o sistema educativo assumirem a integração das questões relativas à sexualidade humana, transmitir-se-ão diversas mensagens importantes e positivas para as crianças, para os jovens e para outros agentes de socialização, especificamente a ideia de que a sexualidade faz parte da vida e até da vida escolar, nomeadamente das preocupações educativas e não deve ser uma dimensão ocultada e obscura; a ideia de que a sexualidade em si é uma componente positiva da condição humana e que, tal como todas as outras esfera da condição humana, pode ser conhecida e abordada no contexto escolar (Zapiain, 2002 cit. in Vilar, 2005).

A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, veio estabelecer o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação, declarando “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação para a saúde”.

O estágio e o relatório seguem a metodologia do planeamento em saúde que norteia as funções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, efectuamos o Diagnóstico de Situação, junto da comunidade escolar de modo a conseguirmos alcançar quais as necessidades dos adolescentes no âmbito da Educação Sexual. Os alunos da Escola Secundária de São Lourenço, não fizeram parte do diagnóstico de situação, mas foram envolvidos no projecto.

Posteriormente ao diagnóstico de saúde, desenvolvemos o nosso projecto de estágio de grupo e na sequência deste emerge o nosso projecto de estágio individual.

Ao elaborarmos o projecto de estágio individual e como futuro enfermeiro especialista e de acordo com o preconizado pela ordem dos enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, pretendemos adquirir competências tendo por base: A metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde desta comunidade; e Contribuir para o processo de capacitação desta comunidade.

Assim, tendo como suporte o Projecto anteriormente elaborado, desta forma, o presente relatório, refere-se ao trabalho por nós desenvolvido, ao longo deste estágio, tendo como objectivo:

- Descrever e reflectir de forma pormenorizada e fundamentada sobre as actividades realizadas no âmbito do estágio, em desenvolvimento na Escola Mouzinho da Silveira no ano lectivo 2010-2011.

São objectivos do estágio:

**Objectivo Geral:**

- Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes (dos 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Relativamente á segunda área de intervenção, pretende-se promover alguns comportamentos saudáveis junto dos jovens das escolas do Concelho de Portalegre assim como a promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre e da sua oferta formativa.

São objectivos do estágio:

**Objectivo Geral:**

- Facilitar escolhas de vida profissional, através da promoção da imagem da escola e do conhecimento da oferta formativa nela existente, junto dos alunos do 9º e 12º ano das Escolas do Concelho de Portalegre.

- Promover estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura, junto dos alunos do 9º e 12º ano das Escolas do Concelho de Portalegre.

Considero a elaboração do Relatório essencial, pois permite-nos uma reflexão, análise crítica e auto-avaliação do nosso desempenho profissional e pessoal no decurso da sua implementação, para a qual, as competências adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nas diversas Unidades Curriculares, tiveram um papel primordial para a concretização dos objectivos anteriormente definidos. Consideramos ser o nosso objectivo pessoal na realização deste Relatório “encontrar respostas honestas e proceder a uma auto-avaliação construtiva e de aprendizagem pessoal” (Soares *et al* 1997: 36).

O presente Relatório encontra-se estruturado em duas partes essenciais. A primeira parte descreve a Intervenção Comunitária na área da sexualidade na Adolescência, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre e na Escola Secundária de São Lourenço de Portalegre. Esta primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico que pretendemos que seja pertinente, servindo de suporte científico ao problema em estudo, o modelo de promoção de saúde que se adequou ao nosso projecto, o contexto onde se efectuou o estágio, a análise reflexiva das intervenções, assim como a avaliação dos resultados.

Na segunda parte, abordamos a intervenção Comunitária na área da promoção da imagem da ESSP e na informação para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens. Em primeiro lugar abordamos o contexto em estudo onde se efectuou o estágio, a população alvo, a análise reflexiva das intervenções, assim como a avaliação dos resultados. Finalizamos este relatório com a conclusão.

Encerram este trabalho as referências bibliográficas e os apêndices, como estes tornavam o relatório muito extenso foram gravados em suporte informático os seguintes apêndices:

Parte I – Educação Sexual na Adolescência:

- Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde
- Apêndice V – Filme “Papeis de Género”
- Apêndice VI – Filme “Sida”

Parte II – Promoção da ESSP:

- Apêndice III – Reportagem efectuada pela TV Local Visão “Promoção da ESSP”
- Apêndice IV – Filme “Hábitos de Vida Saudável”
- Apêndice V – “Alimentação Saudável – Índice de Massa Corporal (IMC) “

Penso ser esta a forma mais estruturada e objectiva de organizar o Relatório de modo a permitir a sua fácil leitura e compreensão, pois de acordo com (Soares *et al.* 1997: 37) o

mesmo “deverá ter uma estrutura simples, que permitirá a quem o elabora e a quem o aprecia, a apresentação e o conhecimento sequencial e lógico dos dados referidos”.

**PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

## 1 – ENQUADRAMENTO TEORICO DA AREA PROBLEMÁTICA

### 1.1 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade inicia-se com a biologia e muito antes do aparecimento da puberdade, esta está presente em toda a trajectória da vida do ser humano, buscando a sua afirmação na adolescência. "O desenvolvimento da sexualidade se dá desde o nascimento, mas é na adolescência que o indivíduo define sua conduta na genital e emergem as funções sexuais do adulto". (Saito, 2001:137)

A sexualidade, se for bem orientada e acompanhada de afecto e compreensão, no futuro poderá alcançar a sua plenitude vivendo o prazer do encontro com o outro na ternura, na partilha e com a sensibilidade que só o tempo ensina. Saito (2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citado por Saito (2001)

"A sexualidade humana forma parte integrante da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. O Sexualidade não é sinónimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmos. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva a encontrar o amor, contacto e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e integrações e portanto a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico" (Saito 2001: 129).

A sexualidade na adolescência encontra-se inserida no conjunto de transformações que constituem a própria adolescência, transformações essas que são provocadas pelo desenvolvimento sexual e que preparam e tornam possível o exercício da sexualidade.

Esta expressa-se na adolescência, pela sedução, pela descoberta de novas emoções e da felicidade de poder trocá-las com alguém. É tempo de descobrir o corpo do outro, as suas reacções, o efeito do contacto, é o momento de ver no outro um ser diferente que suscita prazer. É importante, quando dois adolescentes se tocam, se atraem e se gostam, não impedir os gestos espontâneos pois eles fazem parte do processo de desenvolvimento da sexualidade. Segundo Saito (2001:137), Barthes apresenta uma metáfora,

"Vasculho o corpo do outro, como se quisesse ver o que tem dentro, como se a causa mecânica do meu desejo estivesse no corpo do outro. Pareço com esses garotos que desmontam um despertador para saber o que é o tempo". (Saito 2001:137)

Como já salientamos, a sexualidade pode ser, simultaneamente, fonte de satisfação e conflitos, e surge na confluência de necessidades, desejos, emoções, valores e expectativas sociais.

“As questões sobre a sexualidade e conflitos que a ela se ligam podem surgir antes da adolescência e permanecer depois desta etapa, mas não há dúvida que é neste período que o lidar com a sexualidade é crucial, porque o adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos nomeadamente o desejo sexual ou padrões sexuais e a sua satisfação, de forma a dar-lhes sentido e coerência em relação a si”. (Costa M.E. 1998:81)

Poder-se-á dizer que a tarefa básica da adolescência, é a aquisição da identidade pessoal, ou seja, a consciência por parte do indivíduo de ser uma criatura separada e distinta das demais. Esta individualidade durante a adolescência é a aquisição da identidade sexual.

A menarca na rapariga e a primeira ejaculação no rapaz, desencadeiam o processo de aquisição da identidade sexual. A masturbação, para além de ser propícia para as descargas das tensões genitais, também prepara o(a) adolescente para o intercurso sexual.

A masturbação continua a ser um dos grandes tabus no domínio da sexualidade. Nos rapazes e raparigas a masturbação é uma expressão habitual e perfeitamente normal. A sua frequência é variável de pessoa para pessoa, havendo mesmo quem não a pratique. Contudo é menos frequente nas raparigas do que nos rapazes, o que poderá estar relacionado com a diferença do desenvolvimento psicossocial nos dois sexos. (Aberastury Arminda e tal, 1990)

É uma forma de satisfazer os desejos sem riscos para o indivíduo e promove o auto conhecimento e o prazer, ajudando a conhecer melhor o seu corpo e os sentimentos associados. Segundo Almeida (1987) “...A masturbação vai compensar o adolescente de outras frustrações e carências, como problemas escolares ou com o grupo, sentimentos de inferioridade, falta de afecto, solidão, incompreensão, crise de identidade e dificuldades de integração no seu novo estágio psicossocial. Ela representa o corpo da fantasia, que compensa o adolescente das duras realidades da vida... o único prazer de que ninguém o pode privar”.

A masturbação foi considerada durante muito tempo como uma actividade sexual anormal e prejudicial à saúde física e mental do indivíduo, tendo sido dito que esta poderia levar à tuberculose, à loucura e mesmo à impotência sexual. Poderia desenvolver olheiras e emagrecimento e o aumento das mamas nos rapazes. Promovia o vício dos rapazes e raparigas a terem mais prazer durante a masturbação do que no acto sexual. Não obstante a tudo isto a masturbação contribuía para o aumento da delinquência e criminalidade. (Miguel, 1994)

Nos dias de hoje está comprovado cientificamente que a masturbação não causa danos físicos ou psicológicos, pese embora quem persista em reforçar alguma influência deste acto no âmbito desta ou daquela esfera social.

“É imperativo vincar claramente que a masturbação não causa nem física nem psicologicamente qualquer mocha no organismo: Não provoca qualquer tipo de alterações, não vicia, não afecta os futuros filhos, não contribui para a delinquência, independentemente da frequência ou idade dos jovens intervenientes” (Miguel Nuno, 1994:23)

As amizades entre os adolescentes do mesmo sexo fortificam as suas próprias imagens e obtêm experiências afectivas ao compartilharem dúvidas e procuram, actividades comuns, que geram um certo movimento e liberdade em áreas que estejam reprimidas, submetidas a inibições.

Na adolescência, por vezes ambos os sexos têm experiências homossexuais, estas geralmente são de experimentação temporária, sendo uma defesa contra a insegurança e o medo que o sexo oposto inspira. Estes episódios são vividos com sentimentos de vergonha, culpa e medo do que pode significar no futuro a sua vida sexual. Na maioria dos casos a fase homossexual desaparece e o adolescente passa à fase heterossexual. Numa minoria o adolescente não se consegue libertar dessa situação transitória e então passa a uma forma de homossexualidade compulsiva do adulto.

A homossexualidade está relacionada com a orientação sexual, e é definida como “Atracção sexual predominante ou exclusiva, activa ou passiva entre indivíduos do mesmo sexo. Pode expressar-se manifestamente com contacto físico ou através de sentimentos de atracção que não se manifestam explicitamente”. Saito (2001:116)

O conceito de homossexualidade foi sofrendo várias alterações ao longo dos séculos era definido em, termos psiquiátricos, como um desvio sexual caracterizado por uma inversão dos sexos, ou seja, era considerado como loucura, punida pela lei, uma vez que esta proibia a relação entre pessoas do mesmo sexo. Em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) confirmou e declarou que a homossexualidade não era considerada como uma doença, e nem constituía nenhum distúrbio ou perversão passível de ser tratada.

Hoje em dia a homossexualidade já não é considerada como um crime ou vício, no entanto, a sociedade continua a exercer atitudes de discriminação e a penalizar os homossexuais. Há quem ainda a considere uma doença, ofensa criminoso, ou um estilo de vida, enquanto outros, encaram-na apenas como uma variante do comportamento heterossexual.

Hoje a homossexualidade ainda é vista como um tabu na nossa sociedade apesar de existir uma maior tolerância e a aprovação do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo.

A grande maioria dos adolescentes, de hoje não aceitam a ideia de que a sexualidade só possa ser autorizada para procriar e acham normal ter relações sexuais antes de um eventual casamento. Tanto as raparigas como os rapazes começam a ter relações sexuais porque lhes apetece ou porque estão apaixonados. Também acontece simplesmente para deixarem de ser virgens. De facto estes são submetidos a uma forte pressão e continuar virgem não está certamente na moda. Tudo isto é influenciado por factores sociais e culturais e é vivido de forma diferente em ambos os sexos.

Os rapazes e as raparigas parecem entender de um modo diferente estas primeiras aventuras, os rapazes parecem estar mais interessados pelo “genital” e as raparigas pela sedução e pelo afectivo.

Esta diferença nas sexualidades dos rapazes e das raparigas é igualmente realçada por Pagés (1999:140) citando Françoise Dolto em que este sublinha que

“O funcionamento masculino e feminino são tão diferentes e complementares como os sexos. Para ela, isso deve-se, antes de mais, ao facto de que fazer amor remete sempre a rapariga para a possibilidade e para o risco de ficar grávida, o que ela recusa e deseja ao mesmo tempo, enquanto a ideia de uma gravidez (e da paternidade que ela implica) está bastante afastada do espírito masculino, que anda sobretudo à procura da experiência e do prazer!”.( Pagés 1999:140)

O sentimento é, sem dúvida, o factor que demarca claramente as raparigas dos rapazes. A primeira relação sexual se for vivida apenas no aspecto puramente físico, sem sentimentos, pode, por vezes, ser uma experiência traumatizante, sobretudo para as raparigas. Pode inclusivamente criar um certo tipo de frigidez (Spitz, 1996).

O comportamento sexual tem uma base biológica, mas toma forma através da aprendizagem familiar e social, “Os desejos e os comportamentos sexuais dependem, entre outros factores, das hormonas sexuais, da idade, do desenvolvimento físico e psíquico, da organização social e cultural em que o indivíduo está inserido”. (Brás 2008:55)

Hoje em dia a primeira relação sexual ocorre mais cedo do que nas gerações anteriores. A maioria dos adolescentes de ambos os sexos passara a aprovar as relações sexuais antes do casamento (e não associados a ele), sempre que ocorre num contexto de uma relação afectiva.

Os adolescentes de hoje vivem numa sociedade cada vez mais permissiva em relação à sexualidade. Contudo a maioria dos adolescentes têm sido preparados para uma vida sexual adulta, pela auto-formação através da leitura de revistas ou pela permuta de experiências no seu grupo de pares, igualmente (não) formados. Apesar dos meios disponíveis na sociedade actual permitirem um acesso facilitado à informação, num estudo realizado em parceria entre a APF e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, comprova que a nível da educação sexual, os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser

adquiridos os métodos contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte e a toma da pílula, o interesse dos adolescentes em actividades sexuais, e as IST (Vilar & Ferreira, 2008).

Não podemos esquecer que a vulnerabilidade é uma característica dos adolescentes e estes quando são pressionados pelo grupo em que integram aceitam facilmente as regras que o grupo lhes impõe, não tendo em conta os riscos a que podem estar sujeitos.

Um dos riscos com que o adolescente se vê confrontado, tem a ver com o início precoce da sua actividade sexual e é característico deste grupo etário ter relações sexuais esporádicas e na maioria das vezes acontecem em momentos não programados, levando ao acto sexual não protegido.

Em Portugal têm sido realizados vários estudos sobre a sexualidade os quais têm vindo a provar que os adolescentes iniciam a sua vida sexual activa cada vez mais cedo. No inquérito sobre Os Jovens Portugueses de Hoje realizado por Pedro Vasconcelos em 1997, 24% dos inquiridos iniciaram a sua vida sexual entre os 10 e os 15 anos. Os jovens, entre os 16-18 anos, que tiveram a primeira relação sexual situam-se nos 43%.

No estudo realizado em 2002 por Matos et al (2004), integrado na rede europeia HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*), com um universo de 6131 jovens portugueses de 135 escolas do 6º ao 10º ano de escolaridade refere que 14,6% dos alunos com 13 anos já tinham tido relações sexuais e 12,6% tiveram relações sexuais associadas ao álcool/drogas. Os dados apresentados apenas se referem a alunos do 8º ao 10º ano. Este estudo confirma os dados do estudo referido atrás relativamente ao facto de os jovens iniciarem a vida sexual precocemente.

Na opinião de Bastos (2003), muitos destes comportamentos estão associados à pressão exercida pelo grupo de colegas/amigos, sobretudo nos rapazes. O “conceito estereotipado de masculinidade leva muitos rapazes a serem sexualmente agressivos, muitas vezes pressionados pelos colegas.”

O Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, realizou um estudo junto da população juvenil universitária (Nodin, 2000). Neste estudo, 57,4% dos inquiridos nunca ou quase nunca se recusaram a ter relações sexuais casuais ou ocasionais por falta de preservativo. Nunca utilizaram preservativo 44,6% dos inquiridos. Na última relação sexual, 56,3% dos estudantes não utilizaram o preservativo. Este acto poderá ter possíveis consequências, tais como, gravidez não desejada, que por vezes terminam em abortos clandestinos e o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis.

Os adolescentes que têm relações sexuais, não estão em condições de construir uma família e por isso é fundamental o uso de contraceptivos. (Miguel) 1994).

O resultado é que os jovens constituem um grupo de alto risco no que se refere aos comportamentos sexuais mas “se o sexo trás consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio”. Foucault, (1994) citado por Roque (2001:27).

Os adolescentes e jovens ainda encaram estes comportamentos e experiências com muita dose de aventura e irresponsabilidade. O risco de gravidez não desejada é sem dúvida, um dos principais problemas na sexualidade juvenil. As repercussões gerais provocam no corpo da adolescente grávida alterações bem evidentes e que por isso têm consequências importantes a nível psicológico.

Estas alterações revestem-se dum importante significado durante a adolescência, porque no mesmo momento vão reunir dois tipos de alterações, ou seja, as próprias da adolescência e as próprias da gravidez.

Da mesma maneira o conflito emocional consigo própria, com o namorado ou marido, com a família e meio social envolvente pode afectar negativamente a adolescente. A tudo isto associam-se outras complicações, resultantes dos estilos de vida de muitos adolescentes como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis, e as consequências do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, com repercussões para os adolescentes.

A gravidez precoce acarreta situações de grande ansiedade, riscos para a saúde física tanto da mãe como do bebé, para além de retardar o desempenho nos domínios educacional e vocacional e restringe o crescimento social e pessoal. Reduz também o eventual desempenho escolar e reduz as possibilidades de conseguir emprego e casamento. Por outro lado se casar por se encontrar grávida aumentam as probabilidades de ser maltratada, abandonada, e de se divorciar.

Quando a gravidez não é planeada, não fazendo parte de um projecto de vida, trás consequências a nível individual, social e económico.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são outro tipo de risco a que os adolescentes estão expostos quando iniciam a sua vida sexual activa. Estas são contraídas através de comportamentos que podem ser evitados ou modificados. Segundo Tiernio (1994) recolher-se-á benefícios do comportamento sexual sempre que se veja no outro, não uma ocasião de prazer, mas compartilhar um momento de prazer a dois com responsabilidade.

A falta de confiança e de comunicação com os parceiros sexuais, estabelecem uma situação em que o preservativo não é utilizado, aumentando desta forma o risco de exposição.

Para os adolescentes sexualmente activos, o recurso ao preservativo em todas as relações sexuais é um ensino básico de cuidados de saúde.

Deverão ser dadas explicações claras e específicas para o preservativo, isto porque a maioria dos adolescentes não tem conhecimento de que a utilização errada resulta numa fraca eficácia contra a transmissão de doenças. No entanto deve-se de instruir os jovens de que a simples utilização do preservativo não assegura a prevenção das IST, mas sim a abstinência das relações sexuais, este é o único método absoluto da prevenção das IST.

No entanto, os riscos e métodos de prevenção devem de ser ensinados a todos os adolescentes, com oportunidades de discussão para desfazer mitos e conhecimentos incorrectos.

Para Rodrigues (2002), a (in)formação é necessária e urgente “a fim de que toda esta “nova” tolerância seja um caminho consciente de cada um de nós, que favoreça a reflexão sobre a forma como vivemos a sexualidade, respeitando diferentes formas de a viver e de integrar os afectos e os desejos sexuais, que estimule o desenvolvimento da nossa auto-estima e a assertividade dos nossos comportamentos, de forma a que cada um tenha a capacidade de escolher e decidir os seus comportamentos de acordo com planos de vida e valores pessoais e não com pressões sociais ou circunstâncias pontuais.”

Segundo Paiva e Paiva (2002), podemos afirmar que “o sexo é bom”. Isto é, “o facto de sermos sexuados é algo de bom, de muito bom, valendo a pena não usar a nossa sexualidade de qualquer maneira. As sensações e o prazer associáveis à nossa sexualidade podem ser de tal maneira bons que há que desfrutar deles da melhor forma.”

Desta forma, a sexualidade que apenas é encarada como prazer carnal ou genital, “não poder ser verdadeiramente uma sexualidade humana”. Galvão (2000). Na opinião deste mesmo autor, “a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos seres humanos. Importa viver estes valores do amor de uma forma responsável, consciente e humana.”

## 1.2 - EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes carecem de esclarecimentos acerca do seu papel na sociedade, para que se afirmem enquanto seres humanos. Como tal, é premente a criação de mecanismos que permitam educar, orientar sobre os aspectos biológicos e psicológicos, que envolvem a sexualidade afim de auxiliá-los perante as mudanças que estão a vivenciar. Sobre esse aspecto Charbonneau (1998, citado por Azevedo, 2008: 23) afirma que:

“(…) os adolescentes devem viver sua sexualidade não de modo compulsivo, sendo prisioneiros dos desejos incontroláveis, mas na riqueza de desejo livre, nascido do domínio que eles tiveram sobre si mesmos, controlando a sua libido, isto é, sua energia sexual, e os dinamismos que ela desencadeia.”

Conceptualizando a educação sexual como um processo que influencia a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, que está dependente da cultura em que este está inserido, limita a educação a uma realidade orgânica, esquecendo toda a sua dimensão afectiva e social. Para Galvão (2000, citado por Azevedo, 2008: 30) a Educação Sexual deve apresentar-se como “(...) uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano”.

No contexto de todas as transformações ocorridas, é natural que o adolescente se sinta invadido por dúvidas. Estas encontram-se relacionadas com as mudanças sofridas no seu corpo, que o deixam algo perplexo. É assim inteligível que este se preocupe em esclarecer as mesmas. Esta necessidade de esclarecimento das suas dúvidas e os recursos que ele utiliza para as ultrapassar, leva a que a sexualidade nesta fase da vida se transforme numa barganha inconstante em permuta com o mundo (Azevedo, 2008).

“A vivência familiar, a escolaridade, o convívio entre amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade” (Azevedo, 2008: 30).

A melhor preparação sobre sexo que o adolescente deverá receber inclui a educação sexual na escola, e o diálogo com os pais, na família. Como a educação sexual deve começar o mais cedo possível, deve ocorrer de maneira contínua e estar vinculada a formação de todas as crianças e adolescentes, sendo iniciada e assumida pelos pais, complementada pela escola e profissionais de saúde, para obviar às dificuldades, é fundamental que seja a equipe da Unidade de Saúde a trabalhar a sexualidade até pelo viés da auto-estima (Oliveira, et al, 2008).

A família e a escola não se devem de excluir de participarem do processo da educação sexual. A escola porque tem a função de educar de maneira mais ampla e não apenas de informar e os pais porque são os principais responsáveis pela transmissão de valores aos seus filhos. É imprescindível que a escola continue o trabalho da educação sexual, mas não tentar substituir a família, devendo sim, ajudá-los no cumprimento da sua missão educativa. A interacção família escola é fundamental pois existe a necessidade de criar um ambiente encorajador para que possa levantar dúvidas e questões.

A tarefa da educação dos filhos no que concerne, sobretudo, às questões da sexualidade deve exigir dos pais uma preparação adequada e continuada,

“de modo a capacitá-los para o diálogo, em clima de simplicidade e abertura à comunicação, que permita esclarecimento e orientação dos filhos. Mas, acima de tudo, espera-se dos pais o testemunho dos valores da sexualidade, o que implica o esforço permanente por a viverem com equilíbrio e sentido” (CEP, 2005).

Os adolescentes têm direito a uma informação completa e honesta isenta de tabus sobre assuntos relacionados com o sexo, têm direito a uma discussão justa e aberta e a exprimirem as suas opiniões, para posteriormente saberem fazer as suas próprias escolhas e tomarem as suas decisões pessoais. Se os adolescentes forem educados num ambiente que lhes negue a vida e o sexo, adquirem uma ansiedade frente ao prazer que torna doentia a sua forma de viver e de se expressar. (Saito, 2001).

A educação sexual é todo o processo pelo qual o indivíduo aprende sobre a sexualidade ao longo do tempo, que visa contribuir, para uma visão positiva da sexualidade, desenvolvendo uma comunicação clara nas relações interpessoais, elaborando seus próprios valores a partir de um pensamento crítico, compreendendo melhor o seu comportamento e o do outro, assim como tomando decisões responsáveis a respeito da sua vida sexual, agora e no futuro ( Saito, 2001).

### 1.3- PAPÉIS DE GÉNERO

Quando o ser humano nasce ou é homem ou mulher, estando sujeito a um tratamento social diferenciado segundo o nosso género. “Esse tratamento diferenciado tem um poderoso efeito na criança, pois é por meio dele que ela percebe tudo o que deve fazer para se conformar com o género masculino ou feminino.” (Angers 2003:83).

O ser humano desenvolve o seu papel de género no seio do seu ambiente familiar e da sua vivência cultural, onde as representações e significados vão-se reforçando e firmando.

A aprendizagem de papéis fundamenta-se num ensino continuado, que é feito de atitudes e procedimentos sociais em função do sexo biológico.

A identidade de género está relacionada à evolução biológica, que diz respeito ao conjunto de características físicas que diferenciam o homem da mulher , enquanto que o papel de género está relacionado com a evolução cultural, que é ligado ao “reforço social definido pela comunidade verbal como masculino e feminino” (Pedrosa, 2009: 59).

O papel de género é delimitado e reforçado pelas contingências sociais, que seriam as características das culturas em que determinadas acções são reforçadas e outras punidas, (Pedrosa, 2009).

Durante muitos séculos o uso de calças compridas era um acessório tipicamente masculino, devido a necessidade do homem montar cavalos, caçar, correr e cultivar, tal atributo masculino foi reforçado pela comunidade verbal, reforçando e modelando o comportamento dos homens. Consequentemente, por meio da imitação e do reforço, os meninos usavam calças compridas, e as meninas, por sua vez, eram punidas se usassem tal acessório.

Posteriormente, com a revolução industrial e com a entrada da mulher no mercado de trabalho, que antes era exclusivo dos homens, o uso de calças compridas passa a ser uma necessidade, reforçada pela praticabilidade, liberdade de movimentos para o trabalho e segurança. A partir desse momento da história, o uso de calças compridas pelas mulheres já não é mais punido, e sim reforçado pela comunidade verbal. As calças compridas, foram introduzidas culturalmente como um atributo também feminino. Segundo Pedrosa (2009) “a identidade de género é resultante da evolução genética, ao passo que o papel de género é fruto da evolução cultural”, (Pedrosa 2009:59).

Desta forma, o conceito de papel de género diz respeito a características que a própria pessoa não pode controlar mas que lhe são atribuídas porque se encontra imersa num contexto social construído em conformidade com os sexos biológicos.

Assim, ao identificarem-se social e culturalmente como masculinos ou femininos os indivíduos constroem a sua identidade de género. Esta é “ uma espécie de autoconstrução, simultaneamente singular e colectiva, [onde] a participação num determinado género (...) dá forma aos sentimentos e às cognições de cada indivíduo pelo facto se ser homem ou de ser mulher.” (Ferreira, 2002:80).

#### 1.4 – METODOS CONTRACETIVOS

A gravidez na adolescência e as IST são problemas graves a combater. Ajudar os adolescentes e os jovens a evitar a gravidez involuntária e as infecções sexualmente

Transmissíveis (IST), incluindo o HIV, exige actividades educacionais especiais que promovam atitudes responsáveis e um comportamento sexual mais saudável, um maior acesso a serviços de saúde reprodutiva acolhedores para jovens, formação e preparação para a vida activa e acção destinada a promover os direitos reprodutivos dos adolescentes.

A CIPD prestou uma atenção sem precedentes às diferentes necessidades dos Adolescentes em matéria de Saúde Reprodutiva, como uma prioridade de direitos humanos e também como uma necessidade prática,

“No domínio da saúde reprodutiva, as necessidades dos adolescentes, como grupo, têm sido largamente ignoradas pelos serviços de saúde competentes. A resposta das sociedades às necessidades dos adolescentes neste domínio deveria assentar em informação que os ajude a atingir o nível de maturidade necessário para tomarem decisões responsáveis. Os adolescentes deveriam, designadamente, poder aceder a informação e serviços que os ajudassem a compreender a sua sexualidade e a protegerem-se contra as gravidezes não desejadas, as infecções sexualmente transmissíveis e os riscos de esterilidade que delas resultam. Seria também necessário ensinar os jovens a respeitarem a autodeterminação das mulheres e a partilhar as responsabilidades com elas nas questões ligadas à sexualidade e à procriação” (Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), 1994 cit. in UNFPA, 2004).

A contracepção é a prevenção voluntária da gravidez, esta abrange os vários métodos anticoncepcionais usados de modo a prevenir ou reduzir a propensão de uma mulher engravidar ou dar à luz. Graça á contracepção a mulher pode ter uma maior liberdade da sua sexualidade, o que lhe permite ter o poder de decisão e o domínio da sua própria fecundidade.

A contracepção na adolescência deve de ser considerada como uma necessidade urgente no sentido da prevenção e ser integrada na educação para a vida, uma vez que a gravidez na adolescência é um problema relevante. Segundo Brás (2008) citando Guidicelli B. et al., (1996) referem que a contracepção na adolescência deverá ser idealmente a mais eficaz, isenta de riscos ou efeitos secundários, simples e acessível.

A contracepção hormonal oral designada por **pílula** é o método mais popular entre as adolescentes, que pretendem um método seguro. Esta apresenta uma serie de vantagens para esta faixa etária, "(...) para lá da função ovulatória, os estroprogestativos proporcionam duas vantagens adicionais: o controlo dos ciclos e o tratamento da dismenorreia, situações que não raras vezes perturbam significativamente o quotidiano da adolescente"(Oliveira Silva 1992:134).

Como inconvenientes não protegem contra as IST, necessitam de prescrição médica. É muito eficaz, segura e reversível, com efeitos colaterais ligeiros que surgem geralmente nos 3 primeiros meses de utilização, posteriormente têm tendência a desaparecer. Pode ser utilizada como contracepção de emergência. Exige o compromisso diário da mulher. Reduz a incidência da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Também não interfere com a relação sexual e não altera a fertilidade, após a suspensão do método.

A eficácia do **Contraceptivo oral com Progestagénio (POC)** depende da utilização correcta, regular e continuada. Não protege contra as IST, nomeadamente HIV e Hepatite B. Os erros na toma podem resultar em gravidez mais facilmente do que com o COC. Em caso de esquecimento, quando este ocorra na toma de 1 comprimido no horário habitual não ultrapassa as 12 horas, convém tomá-lo de imediato, mantendo a toma correspondente a esse dia; neste caso, não é necessária contracepção suplementar. Quando o esquecimento for além de 12 horas, deixar o comprimido que foi esquecido, continuar a tomar a pílula, utilizando, durante 7 dias outro método associado (preservativo e/ou espermicida).

O **Adesivo transdérmico** actua como uma pílula combinada, sendo as hormonas absorvidas através da pele. É de grande eficácia, segurança e reversibilidade. Requer a utilização contínua de um pequeno adesivo (sistema transdérmico) aplicado na pele, que deve ser regularmente substituído, a cada 7 dias. Não protege das IST. A mulher deve estar atenta para em caso de sudação mais abundante, após a sua higiene, banhos de piscina ou banhos de mar, ou no uso de banhos quentes – sauna - verificar a sua qualidade de adesividade à pele. A aplicação do adesivo deverá ser feita em zonas afastadas das

mamas, mas em locais de fácil visualização - braço, abdómen e nádega, o que o torna por vezes pouco discreto.

O **Anel vaginal**, oferece uma baixa dose hormonal em circulação com uma ótima eficácia, segurança e reversibilidade comuns aos COC. Requer a utilização continuada de um anel flexível que garante uma adequada adaptação aos contornos da vagina, este deve ser regularmente substituído na data correcta. Só é aplicado uma vez em cada ciclo, de modo fácil e simples, libertando a mulher da preocupação de uma toma diária regular. Não protege das IST. Não interfere com a relação sexual. A presença do anel no meio vaginal não promove o crescimento de microrganismos nocivos, nem induz desconforto. Após a suspensão do método, o retorno da fertilidade é imediato. Para uma maior liberdade da mulher, existe um sistema de SMS que avisa o dia em que deve de retirar o anel e depois colocar um novo.

O **preservativo masculino** deve de ser associado á contraceção hormonal, pois tem a vantagem em relação a todos os outros métodos de uma quase total protecção contra as IST, nomeadamente em relação á infeção por HIV, HPV, hepatite, sífilis, tricomonas, entre outras. É um protetor de látex fino que tem de ser desenrolado no pénis em ereção antes da penetração. Este evita a gravidez impedindo que os espermatozóides se depositem na vagina. A sua eficácia depende da utilização correcta e sistemática. Quanto mais frequente for a sua utilização, maior será a experiência no uso correto e maior será a eficácia. Como desvantagens pode ocorrer manifestações alérgicas ligadas ao látex ou ao lubrificante. Se não for usado correctamente, pode romper durante o coito ou ficar retido na vagina. Pode interferir negativamente com o acto sexual. A utilização simultânea de cremes vaginais contendo Miconazol ou Econazol pode danificar o preservativo.

O direito de acesso, ao planeamento familiar, maternidade segura e protecção contra infecções sexualmente transmissíveis, tais como o VIH/SIDA, deve ser proporcionado a todas as mulheres, homens e adolescentes em todo o mundo, permitindo-lhes viver a sua sexualidade de uma forma saudável, responsável, com maior prazer e segurança.

## 1.5 – FONTES DE INFORMAÇÃO

### 1.5.1 - Família

Na temática da sexualidade, a família detém um papel importantíssimo na procura de informação por parte dos adolescentes. É a família que confere ao adolescente o seu equilíbrio emocional, a sua personalidade, os seus valores, entre muitos outros aspectos, conferindo-lhe as bases que lhe vão valer para toda a vida. A abordagem da sexualidade no

seio familiar, assim como o próprio conceito e papel de família, tem evoluído ao longo dos anos. Actualmente devido a uma desmistificação da sexualidade, esta fala-se e discute-se em sociedade, proporcionando à família uma maior facilidade em abordá-la entre os seus membros.

A crescente autonomia do adolescente origina uma mudança na relação pais-filhos, onde há um alargamento de fronteiras e onde existem duas vertentes essenciais. De acordo com Stanhope & Lancaster (1999) estas vertentes constituem, por um lado, a função homeostática, que por sua vez é uma função favorecedora da permanência e da continuidade e, por outro lado, a função transformadora que consiste na capacidade que a família tem de viver e ultrapassar as crises adaptativas e assim reencontrar um novo estado de equilíbrio. Assim, pode-se afirmar que estas competências são essenciais para que a família desempenhe as funções que lhe são inerentes para manter a integridade da unidade familiar e, assim, dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade em que se encontra inserida.

Na família com filhos adolescentes, de acordo com a autora supracitada, as tarefas principais ou fundamentais do processo educativo a cumprir deverão ser: desenvolver a socialização dos filhos, promover o desempenho escolar, manter o equilíbrio da liberdade e responsabilidade do adolescente, promover a autonomia do adolescente, desenvolver e manter uma comunicação aberta pais-filhos, bem como manter uma relação conjugal estável e também construir os alicerces para os futuros estádios familiares.

Desta forma, para que a família possa corresponder ao papel acima mencionado, é necessário que crie canais de comunicação que permitam uma abordagem da sexualidade de uma forma o mais natural possível, de acordo com o estágio de desenvolvimento dos seus filhos. “As relações familiares têm como base a comunicação, sendo esta apontada como central para superar as dificuldades da adolescência” (Sampaio, 1994: 100).

Os limites necessários para estruturar o indivíduo, estruturam também uma sexualidade saudável, quando os pais demonstram segurança orientam, compreendem, acolhem e interditam determinadas condutas dos filhos. Ou seja, também em matéria de sexualidade, a informação básica ou essencial vai ser obtida no contexto social que melhor conhecem, ou seja, a família.

Segundo Saito (2001: 142), “poder dizer SIM e dizer NÃO com tranquilidade é a maior referência de equilíbrio que os filhos podem receber dos pais”.

Neste contexto, as respostas não verbais têm um peso particularmente importante. É mais por aquilo que se presencia e que se observa do comportamento e atitudes dos pais que as crianças e os adolescentes vão imitando e construindo o seu próprio conceito de sexualidade.

Por vezes a família sente-se incapaz de dar resposta às necessidades do adolescente, porque a educação deles foi muito diferente, pois a época, o estrato social e o nível de instrução dos progenitores, influenciam a comunicação entre os adolescentes e os pais. Para Vilar (1999) citado por Vitorino (2003: 27),

“a falta de apoio sentida no lar, é compensada pelos adolescentes, com conversas de café, amigos mais velhos que se gabam de feitos e histórias falsas ou não, mas que quase sempre são desprovidas de sabedoria, e veracidade, sabedoria essa indispensável para uma construção de normas, valores e conceitos adequados”.

Desta forma, é imprescindível valorizar o papel que a família assume como agente educador, como fonte de aprendizagens de comportamentos e atitudes, que gradualmente, permitem aos filhos a construção da sua própria concepção de vida e da sua sexualidade.

A possibilidade do adolescente partilhar com os pais todos os seus sentimentos de fragilidade, ambivalência, estranheza e ansiedade, terá a ver com as oportunidades de diálogo que foram sendo desenvolvidas desde a infância, e com a aceitação e entendimento das diferenças de valores e atitudes que os pais foram capazes de realizar. Os pais deverão ser capazes de manter uma comunicação aberta e isenta de tabus, tentando entender o ponto de vista do adolescente, não impondo os seus valores, contribuindo assim para que o adolescente construa os seus conceitos e valores acerca da sexualidade de uma forma livre.

### **1.5.2 - Escola**

A sexualidade das crianças, e particularmente dos adolescentes, é preocupação escolar desde o século XVIII, porém a forma de abordagem foi-se adaptando aos diferentes momentos históricos e culturais.

Outrora a responsabilidade da educação sexual era transmitida dos pais para a escola. Porém, muitos professores não tinham formação adequada, abordando a educação sexual apenas sobre o aspecto do carácter biológico e preventivo, levando muitas vezes a vulgaridades, segundo Werebe (1998) o controle de natalidade e a expansão do HIV foram alguns dos objectivos da implementação da educação sexual. Camargo (1999) refere também que as políticas sociais tinham como o ponto norteador a repressão à sexualidade, essa repressão acontecia porque ao controlar as relações sexuais realizava-se, ao mesmo tempo, o controle da população.

Actualmente, a escola tem um papel fundamental na formação dos adolescentes em articulação com as famílias e, segundo o quadro legal existente no nosso país, tem responsabilidade nesta área. Nomeadamente os temas ligados à sexualidade são abordados de forma pedagógica em contexto curricular desde a regulamentação da Lei 120/99 até à legislação actual com a promulgação do Despacho nº 25 995/2005, 2ª série

que reforça que uma educação sexual na escola positiva e eficaz ajuda o adolescente a crescer e a obter uma vivência sexual responsável e saudável. A escola com o seu preponderante papel socializador, apresenta-se como uma fonte privilegiada de informação, muito em prol do tempo que os adolescentes passam em contexto de sala de aula com os seus professores. É com os professores que uma grande quantidade de informação pode ser colhida e consolidada, no que diz respeito à sexualidade. Posteriormente surgiu uma nova lei, a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta lei não acrescenta muito em relação ao enquadramento legal já existente (Lei 120/1999, de 11 de Agosto e o Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro) no entanto, salienta algumas questões fundamentais, nomeadamente: “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projecto educativo a área da educação para a saúde (...)” e “(...) a obrigatoriedade de aplicação da educação sexual em meio escolar devendo ser desenvolvida pela escola e pela família em parceria” (Ministério da Educação, 2000: 24). Refere-se ainda à Formação (Artigo 8º), Parcerias (Artigo 9º) e Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno (Artigo 10º). A colaboração da família com a escola é de extrema importância, para não existir um choque de valores, garantindo-se a coerência na educação. Não é possível separar a influência dos vários agentes de socialização no desenvolvimento moral das crianças e dos adolescentes (Ministério da Educação, 2000).

A educação sexual na escola tem como objectivo principal promover o desenvolvimento de competências essenciais na formação dos indivíduos. A educação sexual na escola deve ter por base o desenvolvimento pessoal e sexual dos adolescentes. Comparativamente ao que acontece com os pais, esta transmissão de conhecimentos e valores não passa apenas por aquilo que se diz nas salas de aula, mas também por toda a linguagem não-verbal utilizada pelos professores, pois este conjunto todo pode ajudar o adolescente a tomar posição acerca da sexualidade bem como a desenvolver um conjunto de conceitos e preconceitos sobre questões tão básicas como os papéis de género, o ser-se conservador ou liberal na abordagem da sexualidade.

Desta forma, o modo como o professor lida com temas que envolvam a sexualidade, poderá ajudar o adolescente a sentir-se mais confortável para o procurar e pedir ajuda aquando de algum problema. Se os adolescentes sentirem por parte dos professores disponibilidade e à vontade para abordar as questões da sexualidade na sala de aula, mais facilmente os mesmos os irão procurar para esclarecer dúvidas nesta área.

O adolescente só poderá ser educado a nível sexual de forma eficaz se existir envolvimento tanto por parte da escola como por parte dos pais, família ou até mesmo se existir parcerias com outras instituições, pois só em acção conjunta alcançarão este

objectivo. A escola agindo de forma adequada, pode contribuir para que a sexualidade de uma criança ou de um adolescente seja um caminho, o mais positivo e gratificante possível. Segundo Lopes (1993) é importante e necessário que se desenvolva um trabalho básico de educação na comunidade escolar, de modo a facilitar a todos a aquisição de informações e orientações adequadas a respeito dos aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais da sexualidade.

Seguindo esta linha de pensamento, pode-se afirmar que a educação sexual como vertente do processo global da Educação, bem como uma das componentes da Promoção da Saúde, representa uma das áreas em que a colaboração entre os sectores da Educação e da Saúde se torna imprescindível, pois só assim se conseguirá atingir este objectivo fundamental para os nossos adolescentes e, desta forma, colaborar para que estes tenham uma sexualidade saudável e cresçam isentos de comportamentos de risco.

### **1.5.3 – Religião**

A sexualidade é um elemento integral da vida individual e social que inclui as relações entre pessoas, grupos, comunidades, sociedades, culturas e Deus.

Ser um ser sexual inclui questões de identidade individual e social que não são restritos aos processos físicos e psicossociais de respostas sexuais. A sexualidade inclui, mas não está limitada às dinâmicas de género, poder, identidade social, e auto-imagem.

Para a formação sexual dos jovens, a hierarquia da Igreja dá ênfase à família, evidenciando que o exercício desse direito/dever é anterior à intervenção de outras instituições como a escola.

"Esta tarefa exige dos pais preparação adequada e contínua, de modo a capacitá-los para o diálogo, em clima de simplicidade e abertura à comunicação, que permita esclarecimento e orientação dos filhos", defendem os bispos, elogiando o esforço dos pais, apesar da "indiferença ou hostilidade perante a instituição familiar" que existe na sociedade actual. "As outras instituições nunca podem substituir os pais" embora possam "ajudá-los no cumprimento da sua missão educativa" (CEP, 2005: 1).

Noutra óptica, a Igreja entende que o desenvolvimento da sexualidade apresenta notáveis diferenças de ritmo, mesmo em indivíduos da mesma idade ou grupo, e defende que os professores não devem antecipar informações, nem incentivar dúvidas ou dificuldades na sua maturação. Nesse sentido, o respeito pelos alunos não permite a utilização de jogos e de outras estratégias, como o desempenho de papéis, que excitam a imaginação e exploram sensações de forma manipuladora, ferindo a sensibilidade e a dignidade dos alunos e não respeitando a sua intimidade e pudor.

Sobre questões como a integração da educação da sexualidade nos programas, a Igreja não se pronuncia, defendendo principalmente a qualidade formativa dos docentes, a possibilidade de abertura da escola à colaboração de organizações exteriores (CEP, 2005).

#### 1.5.4 – Pares

Paralelamente à família, também os pares são um importante agente de educação sexual, pois é na interação com os outros que os adolescentes aprendem, testam e adquirem competências, integrando as normas dos grupos a que pertencem e desenvolvendo o seu próprio quadro de valores e estilos de vida, em oposição ou não ao mundo dos adultos e às mensagens parentais (Vilar, 2005).

O grupo de pares é outro contexto relevante no evoluir do adolescente, uma vez que representa “(...) para el adolescente, uno de los recursos más importantes en lo que se refiere a fuentes de información, a referencias, a estímulos, a terrenos de experimentación y seguridad” (Martins, M.F., 2007: 61).

Na adolescência, os amigos/pares assumem uma posição central nos processos de socialização, visto possuírem uma maior semelhança em termos emocionais e afectivos do que a família. Assim, o grupo de pares favorece o desenvolvimento de competências afectivas, sociais e cognitivas e intelectuais e, também, a aquisição de papéis, normas e valores sociais.

O adolescente tem necessidade de se afirmar, procurando fora da família novas formas de afecto, novos modelos, inserindo-se numa comunidade mais vasta (o grupo), que lhe dá, por algum tempo, a identidade social que carece (Cordeiro, 1997). Tal como nos diz Sampaio (1997: 65-66) “O grupo permite um jogo de identificações e a partilha de segredos e experiências que reputamos essencial para o desenvolvimento da personalidade”.

Assim, o grupo de pares é um importante elemento educador dos adolescentes, visto ter a capacidade para induzir formas de pensar e comportamentos, pois “o grupo de amigos oferece ao adolescente um suporte importante na contenção de muitas angústias, desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, num processo de organização recursiva entre o que o adolescente experimenta no passado, vive no presente e deseja para o futuro.” (Alarcão, 2000: 170).

Uma grande percentagem de adolescentes refere os amigos como a sua principal fonte de informação sobre as questões sexuais. A proximidade em termos de idade, experiências, interesses e preocupações favorece a identificação mútua e facilita a abordagem de assuntos considerados constrangedores ou difíceis. Como nos refere Martins (2007: 58-59) “(...) la socialización por el grupo es un paso importante por la maduración del adolescente”.

Porém, ainda que a “igualdade de circunstâncias” torne mais fácil abordar estas questões, os pares não são o mais eficaz dos agentes de educação sexual, contribuindo muitas vezes para a manutenção de crenças erróneas e para a disseminação de informação pouco fidedigna. Por isso, é necessário que os pais/família acompanhem e compreendam os relacionamentos/interacções que se estabelecem entre o adolescente e o seu grupo de pares, relativamente a todas as matérias e sobretudo em relação à sexualidade, no entanto sem criticar negativamente, uma vez que “a hostilização dos novos amigos, acompanhada por uma rigidificação das regras familiares, leva a uma progressiva ruptura do jovem face à família, porque nesta fase ele vai perigosamente idealizar o grupo, considerando-o substituto da família para todas as coisas” (Sampaio, 1993: 105). Família, adolescente e grupo devem perceber e respeitar o seu lugar, o seu papel e os seus limites.

## 1.6 – OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Para além das fontes de informação já referidas, os adolescentes recorrem actualmente a outras para se manterem informados sobre os mais variados assuntos, nomeadamente sobre sexualidade. Estas fontes de informação são os meios de comunicação social, a internet, as revistas e os livros científicos. Sendo que estas fontes de informação se constituem simultaneamente uma vantagem e uma desvantagem, visto permitirem ao adolescente confidencialidade. Porém, a grande desvantagem é a falta de credibilidade de algumas fontes consultadas bem como o facto de o adolescente não ter a noção do que é certo ou errado entre o universo de informação disponível.

Vivemos numa “aldeia global” em que a informação se difunde e circula a uma velocidade alucinante.

As mudanças sociais foram ao longo das últimas décadas alvo de uma difusão rápida por parte dos meios de comunicação social. O acesso à televisão, o aumento da oferta de canais televisivos, jornais, revistas, a expansão do acesso à Internet, foram alguns dos meios de propagação rápida e generalizada das ondas de mudança social, entre as quais, as referentes à sexualidade (Vilar, 2003).

“Actualmente, fruto de todo o desenvolvimento, bem como da notoriedade que foi conferida aos meios de comunicação, estes transformaram-se em instrumentos capazes de dissolver barreiras culturais, geográficas e mesmo linguísticas. Possibilitam, desta forma, a construção de uma rede de comunicação mundial que permite uma difusão acelerada da informação, bem como, um contacto com o desconhecido” (Monteiro, 2008: 8).

Os **meios de comunicação social** são uma das fontes mais utilizadas pelos adolescentes, uma vez que “entram” pela casa de cada um, todos os dias, levando aos mais

novas informações e conhecimentos sobre os mais variados temas, entre eles, o tão delicado e importante que é a sexualidade (Lopes, 1993). Desta forma, “ (...) los medios de comunicación social no son exclusivamente poderosas técnicas de difusión de la información, sino también formas globales de “ser” y “pensar”” (Martins, M. F., 2007: 64).

A **televisão** é um dos meios de comunicação social com mais o impacto na actualidade, uma vez que educa, cria padrões e dissemina informações.

Infelizmente, “(...) tem sido usada frequentemente de maneira inadequada, gerando deseducação, repetindo padrões irrealistas e omitindo e/ou deturpando informações” (Lopes, 1993: 63). A televisão é apontada como fonte de deseducação sexual, uma vez que faz poucas referências à contracepção e às IST.

Muitos estudos demonstram a capacidade da televisão para transmitir informações e moldar atitudes e, para além disso, é também do conhecimento actual que a televisão é para os adolescentes um importante meio de entretenimento e que “El adolescente tiene tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación” (Martins, 2007: 68).

“A informação clara, verdadeira, desmistificada e dentro de um contexto de afeição e compreensão é a nossa principal arma contra os danos que os meios de comunicação podem provocar”. (Lopes 1993: 64),

A **internet** é um “novo” espaço de socialização para todos nós, sobretudo para os adolescentes. Para além de permitir o estabelecimento de novas relações (nomeadamente através das sobejamente conhecidas redes sociais), permitem também o acesso a um vasto leque de informação sobre os mais variados temas com uma rapidez incrível. Daí ser um dos meios de eleição em termos de procura de informação.

Segundo Martins (2007: 70), a internet “(...) ha aportado un “poder” a los niños y adolescentes único en la historia contemporánea (...)”, ela permite aos adolescentes transmitir informação para outros adolescentes, trocar ideias, conceitos, crenças e valores.

As **revistas e os livros científicos** são outras das fontes de informação utilizadas pelos adolescentes. Possuem, tal como os anteriores, a grande vantagem da confidencialidade.

No que se refere às revistas, existem no mercado várias e muitas delas destinadas aos próprios adolescentes, mas que por vezes possuem conteúdos pouco científicos.

Em relação aos livros, estes possuem uma informação mais fidedigna e científica, mas os adolescentes consideram-nos “maçadores”, contribuindo para que não sejam uma fonte muito utilizada por eles.

Porém, como nos diz Martins (2007: 73), “ (...) no interesa prohibir sino controlar su utilización”.

## 1.7 – PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA EDUCAÇÃO SEXUAL

Nos dias de hoje O despertar para a sexualidade é cada vez mais precoce. As consequências de um início prematuro e irreflectido da vida sexual do adolescente, aliada à vulnerabilidade e aos riscos, podem ter efeitos indesejáveis, tais como gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Face a esta problemática é importante que os adolescentes estejam informados e conscientes acerca de todos os aspectos relacionados, nomeadamente os biológicos, as consequências da actividade sexual e as principais medidas de protecção.

É neste sentido que o enfermeiro tem um papel preponderante como elemento promotor de hábitos de vida saudáveis, assim como no ensino, acolhimento e intervenção perante os adolescentes, de modo a ajudá-los a vivenciarem a sua sexualidade de forma informada e agradável, assegurando que o adolescente seja atendido e orientado atempadamente.

Com a regulamentação da lei que fundamenta a implementação da Educação Sexual nas escolas, foram atribuídas responsabilidades acrescidas aos profissionais de Saúde, nomeadamente aos Enfermeiros, na colaboração com as escolas e no desenvolvimento de projectos de educação sexual (Lei 120/99 de 11 de Agosto, artigo 2º).

Também no parecer nº109/2009 da Ordem dos Enfermeiros em relação à Educação Sexual na Escolas é referido 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”.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, apresenta um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência, quer no seu local de trabalho, quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Uma vez que é essencial educar, esclarecer, motivar e ajudar o adolescente a descobrir os seus próprios valores, a conhecer-se melhor, para que tomem decisões responsáveis, através de um programa de educação sexual na escola adequado ao nível de desenvolvimento do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

No início da adolescência devem ser abordadas as questões interpessoais, incluindo a compreensão e as implicações das transformações físicas e psicológicas decorrentes da puberdade. Numa fase posterior da adolescência, na qual se constrói a identidade, a educação sexual deve ser orientada no sentido da discussão do desempenho dos papéis. No final da adolescência esta tarefa educativa deve incidir sobre o desenvolvimento pessoal e sexual dos mesmos, em que os adolescentes se devem concentrar na intimidade, nos compromissos e na reciprocidade.

Assim, Cortesão *et al* (2005, citado por Santos, 2008) considera que existem três grupos distintos de intervenção, com diferentes objectivos:

- 2º Ciclo do Ensino Básico: são jovens que, geralmente, têm idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos; o objectivo geral da educação sexual é que o adolescente compreenda e identifique as mudanças fisiológicas e emocionais.

- 3º Ciclo do Ensino Básico: geralmente as idades encontram-se entre os 13 e os 15 anos; os objectivos da educação sexual são: que o adolescente compreenda o que é a sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade; aumentar o seu poder de decisão e a sua tolerância para com as escolhas dos outros; que adopte comportamentos informados e responsáveis face à reprodução, nomeadamente à contracepção; que seja capaz de identificar comportamentos preventivos frente aos abusos sexuais e como pode conseguir apoio nesta situação.

- Ensino Secundário: o adolescente apresenta o seu corpo de adulto praticamente desenvolvido, psicologicamente ele é mais independente e afirma as suas atitudes e valores face à sexualidade e ao amor; os objectivos educativos nesta fase são: que o adolescente compreenda a sexualidade e as suas formas de expressão ao longo da vida; aprofundar conhecimentos acerca da gravidez, parto e puerpério; que adopte comportamentos sexuais informados e responsáveis, nomeadamente em relação às IST's.

O próprio processo educativo é um processo que conduz á saúde do ser humano, inserindo-se também no seu projecto de vida. A educação vê-se, assim, como uma das melhores formas para aumentar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas (González 1998). O papel do educador é criar condições para que o adolescente possa desenvolver as suas capacidades.

A educação e saúde exigem uma visão holística, englobando as pessoas nas suas várias dimensões em constante interacção com o meio envolvente. Como tal a educação para a saúde, deve ser um processo holístico, porque pretende aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam á pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Carcel 2000).

Perante tudo isto, educar não é simplesmente informar ou transmitir conhecimentos, mas implica a preparação do indivíduo para a vida, através de um processo de modificações de atitudes, capaz de despertar o seu potencial de humanização. Assim sendo, os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação (Oliveira, et al, 2008).

## 2- MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - TEORIA COGNITIVO-SOCIAL

Ter saúde não significa simplesmente ter ausência de doenças, pois o termo saúde engloba aspectos físicos, psíquicos e sociais (OMS, 2009). Assim,

“A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.” Carta de Ottawa, (1986).

A Promoção tem sido considerada como um dos pilares fundamentais da saúde, começando a ser equacionada com a Declaração da Alma-Ata (1978), tendo o seu desenvolvimento na Carta de Ottawa (1986) para a Promoção da Saúde (MARTINS: 2005). Esta tem sido considerada o documento mais importante para o tema da Promoção da Saúde, pois nela assentam as suas bases, bem como os caminhos para passar da teoria à acção”.

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” Carta de Ottawa (1986).

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

Neste contexto, têm sido várias as teorias/modelos que surgiram para explicar os diversos comportamentos dos indivíduos.

Os modelos baseiam-se em teorias, as quais por sua vez são baseadas em ideologias. Estas ajudam a assegurar a consciência da abordagem dando um enquadramento dentro do qual podemos analisar, planear, implementar e avaliar a promoção da saúde.

Os modelos podem ser utilizados como um enquadramento para a prática, adoptando-os a várias situações e a pessoas diferentes.

Segundo Nancy Russel,

“As teorias da mudança de comportamento, que podem ser aplicadas em Educação para a Saúde, foram elaboradas a partir de uma variedade de áreas, incluindo a psicologia, a sociologia, a antropologia, a comunicação e o marketing. Nenhuma teoria ou rede de conceitos domina por si só a investigação ou a prática da Educação para a Saúde. Provavelmente porque os comportamentos de saúde são demasiado complexos para serem explicados por uma única teoria” (1996:8).

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

O referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde que se adequou ao nosso projecto foi formulado por Bandura em 1977, que segue as linhas orientadoras da Teoria da Aprendizagem Social - Teoria Cognitivo - Social.

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

Com o aumento das IST, gravidez na adolescência, e a resistência do uso do preservativo pelos adolescentes sexualmente activos, é um assunto que não pode ser descurado. Ao que parece existem várias razões para não utilizarem protecção regularmente: Alguns não sabem usá-los correctamente, outros têm receio que os parceiros os rejeitem se insistirem em utilizar preservativo, e alguns que acreditam que o preservativo é importante, acham difícil serem assertivos em situações íntimas.

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

O conceito de capacidade comportamental é a necessidade que uma pessoa tem de saber o que fazer e como fazê-lo. Para os adolescentes sexualmente activos utilizarem sempre o preservativo, com a finalidade de se protegerem contra as IST, precisam de saber como utiliza-lo correctamente.

As expectativas são os resultados que a pessoa pensa que irão ocorrer como resultado da acção. Os adolescentes precisam de acreditar que os parceiros sexuais não os irão rejeitar devido a quererem usar o preservativo.

Outro aspecto que influencia o comportamento é a auto-eficácia, que determina o esforço do indivíduo para mudar o comportamento, é a auto confiança nas suas próprias capacidades, para realizar, com sucesso um tipo de acção específica. A auto eficácia afecta o começo e a perseverança do comportamento dirigido, já que, os indivíduos tendem a desviar-se de situações quando julgam não serem capazes de resolvê-las, entretanto actuam com mais garantia em circunstâncias que possam dominar. Os adolescentes necessitam de ter confiança neles próprios para estabelecer os seus desejos antes e durante os seus encontros amorosos.

Um outro principio básico é a **aprendizagem observacional** as pessoas aprendem através da experiência dos outros. A aprendizagem observacional é constituída por quatro etapas: atenção, retenção, produção e a motivação. A atenção é o processo que irá permitir a aprendizagem. A informação observada é codificada, traduzida e armazenada no sistema cognitivo (retenção). Quando a informação é armazenada o indivíduo passa a poder agir, ou seja coloca o conhecimento em prática (produção), no entanto, para que um determinado comportamento aprendido seja executado, deve se estar motivado para fazê-lo e encaminha para um objectivo (motivação).

O **reforço** é uma resposta ao comportamento do indivíduo que determina se o comportamento irá ser ou não repetido. Funciona como uma operação informativa e motivacional.

O comportamento não necessita ser directamente reforçado para ser adquirido, o homem aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas à sua volta, considerando que pensamentos, convivência, crenças e expectativas fazem parte de um processo de reforçamento.

Bandura descreve a teoria do **auto-reforço**, que pode gerar emoções tanto negativas como positivas, pois acontece por comparação onde o individuo compara o seu comportamento com padrões internos, se julgar que o comportamento está á altura dos seus conceitos, pode haver um sentimento de satisfação, mas se não corresponde aos seus padrões, pode causar culpa, insatisfação ou frustração. Este tipo de reforço fornece uma noção de auto direcção, proporcionando alternativas relacionadas ao comportamento que podem evitar a auto punição posteriormente.

### **3 – CONTEXTO EM ESTUDO**

#### **3.1 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA**

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre, sede de concelho e distrito, e tem a sua raiz no Antigo Liceu de Portalegre, criado em 1844, que começou por ficar instalado no Seminário de Portalegre, hoje Museu Municipal.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira trabalham 87 professores, sendo 67 do quadro da Escola e 20 são contratados.

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira tem celebrado algumas parcerias, com várias instituições da região, na área social, cultural, desportiva, económica e com instituições ligadas à saúde.

Mais recentemente estabeleceu um projecto de colaboração com a Escola superior de Saúde de Portalegre, no âmbito da Educação Sexual na adolescência, com o objectivo de contribuir nas respostas às necessidades educativas do programa de educação sexual vigente.

A Escola Mouzinho da Silveira recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes e freguesias rurais do concelho, mas apesar da sua história e do prestígio que granjeou, tem visto a sua população escolar diminuir, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito. Com uma população residente de 25980 (2001), o concelho de Portalegre, assistiu a um decréscimo populacional, entre 1991 e 2001, em cerca de menos 5% da população.

No ano lectivo de 2010/2011 matricularam-se na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, um total de 670 alunos, distribuídos pelos vários anos de escolaridade.

#### **3.2 – ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO**

A Escola Secundária de S. Lourenço encontra-se no centro histórico da cidade de Portalegre.

Esta escola tem um corpo docente estável, onde trabalham 80 professores, sendo 69 do quadro da Escola, 10 contratados e 1 do quadro de zona pedagógica.

No ano lectivo de 2010/2011 foram matriculados na Escola Secundária São Lourenço um total de 728 alunos no ensino diurno, frequentando o ensino noturno, 22 alunos do Curso de Educação e Formação de Adultos de nível secundário.

Foram abrangidas duas turmas de 10º ano, por solicitação informal de um professor desta escola, tendo sido o diagnóstico efectuado pelo próprio.

## 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

### 4.1– METODOLOGIA

Sendo este um relatório que pretende retratar o projecto de educação sexual desenvolvido, não sendo um trabalho de investigação, importa, no entanto, mencionar a metodologia que norteou o desenvolvimento do projecto.

A metodologia utilizada foi a do planeamento em saúde sendo este um processo que inclui várias etapas e inicia-se com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de situação e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objectivos, e identificar actividades de intervenção que permitirão atingir os objectivos”. Stanhope & Lancaster (1999:324)

O planeamento em saúde, permite-nos escolher a melhor solução para alcançar os objectivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

As razões que levam à necessidade de planeamento, apontadas por Imperatori & Giraldes (1992) são as seguintes:

- Fazer uma gestão correcta dos recursos tendo em conta a sua escassez;
- Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;
- Ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros sectores de intervenção na problemática, as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;
- Fazer uma correcta gestão dos equipamentos e das infra-estruturas, de forma a rentabilizar.

As etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área e segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), o planeamento em saúde deve seguir determinadas fases: “Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; fixação de objectivos; Selecção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”.

Este é um processo contínuo e dinâmico, uma vez que após qualquer uma das fases pode ser necessário e possível voltar a recolher mais informações que levem à sua reestruturação. (Imperatori & Giraldes 1993).

A primeira fase do planeamento em saúde é o **diagnóstico de situação**, este deverá corresponder às necessidades da população, e funciona como uma justificação das actividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

A **definição de prioridades** é a segunda etapa do planeamento em saúde. É nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

Esta fase do planeamento consiste em “hierarquizar as necessidades de saúde identificadas pelo diagnóstico de situação, em termos da importância da sua satisfação” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a definição de prioridades segue-se a fase de **fixação de objectivos**, altura em que se definem quais os objectivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

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

Os critérios para a selecção de estratégias provêm essencialmente da política em vigor e dos objectivos delineados na etapa anterior.

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

Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das actividades a desenvolver no projecto, incluindo o cronograma para a sua efectivação”.

A **avaliação** é a última etapa do planeamento em saúde, esta é contínua e permite uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho *et al*, 2001). De acordo com estes autores, a avaliação deve de fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).

Imperatori & Giraldes (1982: 127) referem que “a avaliação ou controlo constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo”.

O processo de planeamento em saúde abrange estas seis etapas contínuas e interligadas, podendo a sua actualização efectuar-se em qualquer etapa.

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

Como referido na introdução deste relatório, foi efectuado pelo grupo constituído por 13 alunos do 1º curso de mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, o diagnóstico de situação, junto da comunidade escolar, para avaliação do estado de saúde desta, nomeadamente, as necessidades dos adolescentes em educação sexual do 8º, 9º, 10º ano e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

#### 4.2 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O projecto foi implementado em quatro fases. O quadro abaixo indica, em síntese essas fases.

Fases do Projecto/Planeamento

<b>Fases do Projecto</b>	<b>Descrição</b>
<i>1ª Fase – Fase de diagnóstico</i>	Esta fase permitiu realizar o diagnóstico das necessidades em educação sexual...
<i>2ª Fase – Fase de preparação</i>	Esta fase possibilitou, com base no diagnóstico das necessidades em educação sexual dos estudantes identificar as prioridades, definir os objectivos, delinear as estratégias de intervenção e preparar as acções a desenvolver com os estudantes.
<i>3ª Fase – Fase de intervenção</i>	Nesta fase foram realizadas as intervenções, as quais foram sendo permanentemente avaliadas.
<i>4ª Fase – Fase de avaliação</i>	Nesta fase procedeu-se à avaliação dos resultados da intervenção.

#### 4.3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A população alvo do diagnóstico é constituída pelos estudantes do 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O CEF foi incluído juntamente com as outras turmas do 10º ano, pela faixa etária e número reduzido de alunos.

Relativamente á Escola Secundária de São Lourenço as duas turmas do 10º ano não foram abrangidas no diagnóstico, uma vez que foi feita a solicitação pelo professor .

Os adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira foram distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Foram envolvidos no projecto um total de 276 alunos, dos quais 145 eram do sexo feminino e 131 eram do sexo masculino, cujas idades variavam ente os 13 e os 22 anos. A idade de 15 anos é a mais frequente entre os alunos sendo 16,3% do sexo Feminino e 13,8% do sexo Masculino. Apenas um jovem tem 22 anos (0,3%).

A distribuição dos jovens pelo estabelecimento de ensino é de 86,2% na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 13,8% na Escola Secundária de São Lourenço. (Quadro 1).

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	122	44,2	116	42,0	238	86,2
Escola Sec. S. Lourenço	23	8,3	15	5,4	38	13,8
Total	145	52,5	131	47,5	276	100

Quadro 1 – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e o sexo

O Ano de escolaridade mais frequentado é o 10ºano 53,3% sendo 26,4% do sexo Feminino e 26,8% do sexo Masculino. (Quadro 2).

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
8.º Ano	39	14,1	26	9,4	65	23,6
9.º Ano	33	12,0	31	11,2	64	23,2
10.º Ano	73	26,4	74	26,8	147	53,3
Total	145	52,5	131	47,5	276	100

Quadro 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e o sexo

Após a análise dos questionários recuperamos as conclusões do diagnóstico de situação, procurando destacar a informação mais relevante.

A análise das atitudes dos adolescentes perante a sexualidade revelou a predominância de atitudes liberais, face ao controlo político-legal da sexualidade, direitos individuais e diversidade de expressões sexuais, comportamentos sexuais dos adolescentes, direitos sexuais das mulheres, educação sexual na escola. No entanto, é de realçar um elevado número de jovens que responde não ter opinião definida relativamente aos seguintes temas: as praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas; o governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos; está provado que a masturbação faz mal à saúde; a masturbação é um comportamento admissível na adolescência; a virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar; a educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais precoces; é à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos

É importante salientarmos que se verificaram atitudes conservadoras que diferiram consoante o género, isto é, as raparigas mostraram-se mais conservadoras em relação à distribuição de materiais pornográficos e os rapazes são muito conservadores em relação à homossexualidade.

Relativamente à intencionalidade de atitudes face ao comportamento sexual, mais de metade dos adolescentes já decidiu iniciar relações sexuais, sendo a percentagem mais elevada nos rapazes. O método contraceptivo de eleição é o preservativo, no entanto verificamos que existe uma percentagem significativa de jovens que não decidiu relativamente ao método contraceptivo a utilizar.

O grupo de pares é extremamente valorizado pelos jovens, sendo-lhe atribuído um papel muito importante na sua educação sexual, visto referirem terem mais afinidade com os amigos, estes estarem mais disponíveis para esclarecerem dúvidas, poderem partilhar experiências/opiniões e se sentirem mais à vontade com eles para falar sobre esta temática. Por outro lado, os adolescentes reconhecem que o papel dos pais também é muito

importante no que se refere à educação sexual. Embora conversem sobre esta temática mais com a mãe do que com o pai, por considerarem que têm mais confiança com a mãe, sentem mais proximidade na relação com ela e por ela se mostrar mais disponível para esclarecer dúvidas e mostrar mais conhecimentos sobre estes assuntos.

Relativamente às fontes de informação, os adolescentes atribuem grande importância aos amigos, aos pais, à escola, à televisão e à internet. Aos livros e à imprensa escrita atribuem menos importância, e a igreja é completamente desvalorizada como agente socializador em termos da educação sexual dos jovens, talvez devido ao facto de a maioria dos inquiridos afirmar que existem normas com as quais não se identificam. De salientar que existe uma opinião divergente relativamente aos livros consoante o género, sendo que as raparigas os valorizam enquanto os rapazes lhes atribuem pouco valor.

Em relação à escola, os adolescentes consideram que esta tem um importante papel como agente socializador em termos de educação sexual, ainda que os amigos e os pais possuam um papel mais importante.

Com a realização deste estudo concretizamos o nosso objectivo geral e outras fases se seguiram, tais como: o estabelecimento de prioridades, fixação dos objectivos, selecção das estratégias, preparação da execução e avaliação.

#### 4.4 - IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

Face a estas conclusões, tornou-se necessário e prioritário intervirmos, sobre o conceito de sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, orientação sexual, papéis de género, gravidez na adolescência e fontes de informação, para capacitar os adolescentes a desenvolverem as competências necessárias para a tomada de decisões responsáveis, na área da sexualidade de forma a contribuir para uma vivência mais informada, gratificante, autónoma e responsável da sexualidade e, conseqüentemente conseguir uma melhoria, nos jovens, dos seus relacionamentos afectivo-sexuais e simultaneamente reduzir os riscos associados aos comportamentos sexuais.

Após encontradas as necessidades, tornou-se importante estabelecer as prioridades. Neste sentido importa percebermos as prioridades que dominamos e que temos controlo absoluto, e as prioridades que estão fora do nosso domínio.

Neste particular, tendo por base as necessidades da população, não foi feita a definição de prioridades, porque nos sentimos com capacidade de intervir em todas as necessidades identificadas.

#### 4.5 - FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS

Após a identificação das necessidades da população alvo, formulou-se o objectivo geral. Foi com base na definição do nosso objectivo geral que traçamos os objectivos específicos a atingir, para chegar á concretização do mesmo, considerando-o como o ponto de referência para o desenvolvimento de todo o nosso projecto.

Assim delineamos os seguintes objectivos:

**Objectivo geral:**

- Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes (dos 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

**Objectivos específicos:**

- Desenvolver intervenções de acordo com as necessidades de saúde no âmbito da educação sexual dos adolescentes do 8º, 9º, 10º ano e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, até ao final de Maio de 2011.
- Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual, até ao final de Junho de 2011.

Tendo em conta os objectivos delineados, construímos um conjunto de indicadores com o intuito de assegurar a avaliação do projecto, de forma mais rigorosa possível. Segundo Tavares (1990:120) ” um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” .Como tal, determinaram-se os indicadores de avaliação de processo e de sucesso. Entenda-se por processo o modo como as medidas/estratégias foram implementadas, sendo o sucesso o que permite verificar se os objectivos delineados foram ou não atingidos.

Os indicadores abaixo definidos nos quadros, pretendem avaliar as intervenções realizadas.

<b>Objectivo Específico:</b> Desenvolver intervenções de acordo com as necessidades de saúde no âmbito da educação sexual dos adolescentes.		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Realizar sessões de educação para a saúde - Distribuição de panfletos - Questões orais efectuadas no decurso da sessão		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		02/05/2011	06/05/2011
<b>Indicadores de Processo</b>	<b>Dados a Monitorizar</b>		
• N° de sessões de EPS	N° de sessões de EPS ----- X100 N° total de sessões previstas realizar		

• Nº de panfletos distribuídos		Nº de panfletos distribuídos ----- X100 Nº total de alunos que compareceram à sessão
<b>Indicadores de Resultado de actividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a Monitorizar</b>
• Nº de alunos que participaram nas questões efectuadas	50%	Nº de alunos que participaram nas questões efectuadas ----- X100 Nº total de alunos que compareceram à sessão

<b>Objectivo Específico:</b> Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual.		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Aplicação do questionário no final das actividades		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		02/05/2011	06/05/2011
<b>Indicador de Processo</b>		<b>Dados a monitorizar</b>	
• Nº de questionários respondidos		Nº de questionários respondidos ----- X100 Nº total de alunos que acederam ao questionário	
<b>Indicador de Resultado de actividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a monitorizar</b>	
• Nº de questionários preenchidos com satisfeito ou mais	80 %	Nº de questionários preenchidos com satisfeito ou mais ----- X100 Nº total de questionários aplicados	

#### 4.6 - SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Como primeira estratégia para a elaboração deste projecto de intervenção comunitária, foi o estabelecimento de parceria entre a ESSP e a Escola Mouzinho da Silveira de Portalegre.

Recorrendo á nossa criatividade e com base na pesquisa bibliográfica efectuada, conceptualizamos e seleccionamos estratégias, com a finalidade de traçar um plano operacional, para dar respostas aos objectivos delineados na etapa anterior.

Delineámos assim, como estratégias para promover a sexualidade saudável na adolescência na nossa população alvo, a organização e implementação de sessões de educação para a saúde, uma vez que Segundo Lobato (2004) “a Educação para a Saúde ajuda os formandos no aumento dos seus conhecimentos, reduz o conflito decisional, estimulando-os a serem mais activos na tomada de decisão sem aumentar a sua ansiedade e a cuidarem melhor de si.”

Como o grupo era formado por treze mestrando, tornou-se necessário a divisão em subgrupos para a apresentação das sessões.

Para melhor compreensão das temáticas recorreremos à utilização de filmes.

Como estratégia final destas intervenções de educação para a saúde, foi criado um modelo de avaliação, que consistiu na elaboração de um questionário a responder pelos presentes no final de cada sessão, para avaliação da mesma (Apêndice I).

#### 4.7 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Para a realização das intervenções foi necessário contactarmos com a Escola Mouzinho da Silveira para marcação de uma reunião que se realizou no dia 30-03-2011, com a presença da equipa coordenadora do 1º mestrado em Enfermagem. Esta reunião teve como finalidade discutir as necessidades dos alunos relativamente a esta temática, uma vez que já tinham sido abordados alguns temas em contexto de sala de aula, e sugerirem a melhor forma de apresentação das sessões de educação para a saúde, assim como a marcação dos horários das mesmas. A selecção das turmas foi efectuada pelos professores, sendo efectuado um mapa de intervenções, (Apêndice II).

Posteriormente realizamos reuniões de orientação com a Coordenação do 1.º Mestrado em Enfermagem e com todos os mestrandos, no sentido de uniformizarmos os procedimentos em relação às sessões de educação para a saúde e a escolha das metodologias e técnicas pedagógicas que mais se adequavam ao contexto em que a sessão iria decorrer.

Todas as actividades foram planeadas, neste sentido traçamos um plano de sessão com os conteúdos a abordar para os diferentes anos de escolaridade (Apêndice III). Todas as intervenções realizadas com os alunos foram efectuadas na própria Escola Secundária e envolveram a participação activa dos adolescentes, num ambiente de diálogo construtivo.

Tornou-se necessário fazer uma abordagem aos métodos e técnicas a utilizar, não é mais do que explicar que métodos e técnicas se irão aplicar na execução das actividades. Optámos por uma combinação de técnicas como forma de otimizar o trabalho, utilizando aquelas que melhor se adaptaram á participação das pessoas no desenvolvimento do projecto.

Os métodos pedagógicos que melhor se adaptaram foram os seguintes:

- Expositivo;
- Debate;
- Interrogativo.

As técnicas pedagógicas utilizadas foram as seguintes:

- Visionamento de filmes temáticos;

Pensamos que esta combinação de técnicas se adequou à acção de formação. Tivemos em conta Bandura utilizando filmes temáticos, pois é através da observação dos outros, que os indivíduos podem aprender e formular regras de comportamento através da observação de pessoas e modelos simbólicos, ou através de conjuntos de instruções.

#### 4.8 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

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

- Sala de aulas da Escola Secundária Mourinho da Silveira
- Quadro;
- Computador;
- Projector de video;
- Meios audio visuais (filmes);
- Suportes didácticos (panfletos).

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

Como recursos humanos envolvidos especificamos:

- Equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem;

- Alunos do 1º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- Alunos das turmas do 8ºB e 8ºC da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, directores de turma e restantes professores.

#### 4.9 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

É também de referir as entidades às quais foi solicitado apoio.

- Instituto Português da Juventude de Castelo Branco
- Bayer e shering-Plough,
- Johnson & Johnson

#### 4.10 - RECURSOS FINANCEIROS

À partida qualquer projecto desde a sua concepção até à sua implementação acarreta custos e este não é excepção. O nosso grupo de trabalho apenas contribuiu com uma parte irrisória para o pagamento de fotocópias sendo os custos divididos por todos os elementos do grupo.

Em relação aos panfletos estes foram fornecidos gratuitamente pelo IPJ- Instituto Português da Juventude de Castelo Branco, e pelo laboratório Bayer e shering-Plough.

#### 4.11- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Utilizamos a teoria Social Cognitiva de Albert Bandura como referência para as nossas intervenções. Esta teoria aplicada à promoção da saúde, atende as necessidades deste trabalho, uma vez que pretendemos alterar as atitudes e comportamentos dos adolescentes de forma a encorajar um “estilo de vida saudável”, possibilitando-lhes a tomada de decisões informadas, aplicando para isso métodos capazes de promover mudanças comportamentais, afectivas, cognitivas. Desta forma intervimos junto dos adolescentes transmitindo-lhes conhecimentos de forma a capacitá-los para a tomada de decisões conscientes e responsáveis, adoptando comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Podemos afirmar que a aprendizagem observacional é muito importante para a alteração do comportamento.

Existe um entrelaçado entre o meio, os factores pessoais e o comportamento, isto devido á troca de experiências, onde cada um observa o outro se identifica ou não e aprende o que acha relevante, logo o grupo age sobre o individuo e vice-versa. No entanto as respostas podem ser diferentes dentro do próprio grupo, devido às características pessoais de cada um.

A aprendizagem ocorre não pelo reforço directo mas por meio de “modelos” observando o comportamento das outras pessoas e nele fundamentando os próprios padrões. A tendência do individuo é modelar o próprio comportamento com base nas pessoas da mesma idade e sexo, ou seja, naqueles que conseguiram resolver os problemas similares aos deles.

O que influencia o comportamento é a auto eficácia, ou seja a capacidade que o individuo tem em acreditar que consegue alterar determinado comportamento.

Como pretendemos a alteração do comportamento, foi necessário reforçar esta auto eficácia para que o individuo compreenda e acredite que é capaz e tem competências para o alterar efectivamente.

Realizamos sessões de educação para a saúde em conjunto com outro colega do mestrado, aos alunos do 8º B e 8º C da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em que participaram 44 alunos. Cada sessão teve a duração de 90 minutos e decorreram no dia 6 de Maio de 2011. (Apêndice IV em suporte informático).

Para apresentação das sessões resolvemo-nos guiar pelos passos que se devem seguir na preparação de apresentações, os quais são: “1 – determine os objectivos da apresentação; 2 – Avalie a audiência; 3 – prepare um plano preliminar; 4 – Seleccione e prepare audiovisuais; 5 – Elabore o esquema definitivo de apresentação; 6 – Pratique” (Hart, 1991:69).

As temáticas abordadas no decurso das sessões de educação para a saúde foram as seguintes:

- Sexualidade;
- Papeis de género;
- Métodos contraceptivo;
- Fontes de informação.

A nossa intervenção iniciou-se com a apresentação dos formadores, fazendo referência ao tema de debate e aos objectivos da sessão. Posteriormente foi efectuada a apresentação individual de cada aluno presente, o seu nome, a idade, e quais as suas expectativas em

relação á sessão, de forma a quebrar o gelo, com o objectivo de promover o conhecimento mutuo, e facilitar a comunicação entre todos.

## 1 – Sexualidade

A sexualidade é parte integrante da nossa personalidade que se desenvolve ao longo de toda a nossa vida, é uma fonte de comunicação e de prazer, e uma forma de expressar a afectividade e a maneira de cada pessoa se descobrir a si mesmo e à outra.

A temática “**A sexualidade é ...**” teve como objetivo:

- Promover a consciencialização de que a sexualidade é uma energia que anima a relação que cada pessoa tem consigo própria e com as outras, energia esta que se exprime nos nossos sentimentos e emoções, na intimidade e na partilha, na procura de afecto e de prazer.

Esta temática iniciou-se, com a exposição de várias imagens projectadas no quadro (por exemplo: mãe a amamentar um bebé; um casal de idoso a olharem-se sem se tocarem; uma mão a acariciar a cabeça de uma senhora; um casal de namorados a passearem de mãos dadas; duas crianças a beijarem-se, duas crianças a andarem de baloiço, entre outras). À medida que as imagens iam sendo projectadas uma a uma desafiamos os presentes, a referirem uma palavra, que exprima a relação que a sexualidade tem com essa imagem (por exemplo: amor; ternura; prazer; partilha, etc), os termos por eles referidos foram escritos no quadro de parede.

No final procuramos fazer uma síntese das relações encontradas e integramos essas ideias num conceito de sexualidade feito pela turma com as suas vertentes biológica, psico-afectiva e sociocultural.

Esta técnica de reflexão e debate possibilitou aos adolescentes a comparação entre os seus conceitos e a definição atribuída pela OMS, reconhecendo assim de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.

Após termos terminado esta actividade, iniciámos a actividade do jogo “**concordo/não concordo**”

Esta actividade é composta por várias frases afirmativas, que correspondem a vários assuntos polémicos. As frases polémicas foram expressas verbalmente a uma e uma, e os presentes manifestavam a sua opinião se concordavam ou não

Esta actividade teve como objectivos:

- Promover o debate em torno de vários assuntos polémicos, proporcionando ampla participação de todo o grupo;
- Promover a capacidade de ouvir, de se expressar e de respeitar ideias diferentes;

- Promover a capacidade de mudar de opinião a partir do diálogo e da reflexão conjunta;
- Procurar consensos.

Após a discussão de cada frase sintetizámos os pontos mais importantes de divergência e convergência de modo a reflectirmos sobre o assunto exposto.

No final tentamos promover, com a ajuda de todos os presentes o consenso possível sobre o assunto em debate.

## **2- Papéis de género**

Com a evolução social, os papéis e os comportamentos masculinos e femininos tendem a esbater-se. É importante que os adolescentes reflectam sobre os papéis de género e percebam que não é o sexo que define as nossas capacidades de realização

Ao abordar esta temática estabeleceu-se como objectivo geral:

- Promover em ambos os sexos a igualdade de direitos, responsabilidades e oportunidades para se desenvolverem enquanto pessoas.

Tornou-se pertinente traçar alguns objectivos específicos:

- Favorecer a reflexão crítica sobre os papeis e estereótipos atribuídos socialmente a homens e mulheres;
- Reconhecer a dimensão do género na construção das relações pessoais.

A metodologia utilizada consistiu na visualização de um filme, que se intitulava “Géneros - Papeis Sociais” ( Apêndice V em suporte informático), no final foi efectuado um debate sobre a temática.

Como educadores temos o desafio de educar os nossos adolescentes para uma sociedade futura, o que implica estarmos atentos e abertos para não basearmos a nossa acção educativa, nas formas e valores tradicionais, nos papéis sociais do masculino e feminino. Temos que possibilitar que ambos os sexos tenham os mesmos direitos, responsabilidades e oportunidades.

## **3 – Métodos contraceptivos**

A gravidez na adolescência deixou de ser uma ocorrência casual, para ser um facto preocupante, exigindo intervenção e prevenção na população jovem.

É necessário que os adolescentes percebam que a contracepção deverá ser uma responsabilidade partilhada por ambos os parceiros, independentemente do método que se utiliza. Juntos poderão decidir qual a melhor forma de contracepção para eles, e ambos terão a responsabilidade de se certificarem que é usada correctamente.

Ao abordarmos esta temática delineamos como objectivos:

- Compreender o conceito de contracepção;
- Aumentar o nível de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, suas vantagens e inconvenientes de cada um.
- Compreender a contracepção como responsabilidade masculina e feminina;

Os métodos contraceptivos abordados foram: a pílula; anel vaginal; adesivo transdérmico e o preservativo. Apesar dos métodos contraceptivos já terem sido abordados em contexto de sala de aula, estes foram os métodos em que os adolescentes se mostraram mais interessados em abordar. O anel vaginal e o adesivo transdérmico foram os métodos contraceptivos em que os adolescentes referiram ter mais dúvidas. Todas as dúvidas apresentadas foram esclarecidas verbalmente.

Após a exposição deste tema, foi visionado um filme que se intitulava “Sida” ( Apêndice VI em suporte informático), o qual tinha como objectivo:

- Promover comportamentos responsáveis e saudáveis face á sexualidade.

O filme expunha a importância do uso do preservativo em todos os relacionamentos sexuais, sendo eles esporádicos ou não, de forma a prevenir comportamentos de risco para uma vivência de uma sexualidade mais informada, saudável e responsável conducente á prevenção. No final prosseguiu-se a uma breve discussão do filme.

#### **4 – Fontes de Informação**

A abordagem desta temática teve como objectivos:

- Sensibilizar os jovens para a procura de fontes de informação disponíveis fidedignas, relacionadas com a temática sexualidade
- Compreender quais as vantagens e desvantagens das várias fontes de informação consultadas;

Esta temática teve inicio com uma questão aberta “Quais as fontes de informação que mais utilizam para se documentarem sobre a sexualidade?“, prosseguindo-se com um pequeno debate acerca do assunto, nomeadamente sobre as vantagens e desvantagem das fontes de informação que os adolescentes mais consultavam, incentivando-os para a escolha de fontes de informação fidedignas.

No final do debate foi distribuído a cada um dos presentes um cartão com os contactos úteis, para o caso dos adolescentes necessitarem de apoio, saberem onde se dirigir (Apêndice VII).

#### **4.12 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA**

Um dos aspectos essenciais na elaboração de um projecto é a sua calendarização, deste modo, todas as actividades foram cumpridas de acordo com as datas estipuladas, (Apêndice VIII).

#### 4.13 – AVALIAÇÃO

Como qualquer outro método de ensino, a fase de avaliação também deverá estar presente, esta deve conter, um referencial que lhe permita estabelecer relações entre o alcançado e o que se pretende alcançar. A avaliação da intervenção só é possível se houver uma escolha criteriosa de indicadores, bem construídos e apropriados que devem ser adequados à realidade da população alvo e que implicam um importante trabalho de recolha e análise dos dados, só assim se consegue avaliar o impacto e os resultados de um projecto.

A partir da análise dos resultados obtidos através dos indicadores previamente definidos efectuamos a avaliação do projecto (Apêndice IX). Tendo em perspectiva os quadros de avaliação em apêndice, podemos constatar que o total de sessões previstas inicialmente foram realizadas, pois, pretendíamos efectuar na totalidade quinze sessões de EPS, uma em cada turma seleccionada. Atingiram-se os 100%.

O mesmo se aplica quanto á distribuição dos panfletos. Pretendíamos distribuir um panfleto por aluno no final de cada sessão, correspondendo ao número total da nossa população alvo, deste modo todos os alunos que se encontravam na sessão de EPS receberam um panfleto. Atingiram-se os 100%

No que diz respeito às questões orais efectuadas, todos os jovens participaram de forma activa, o que lhes permitiu uma maior motivação, facilitadora da aprendizagem. A aquisição dos conhecimentos foi sendo avaliada no decurso de todas as sessões, através da colocação de questões e discussão das temáticas em causa, as quais foram respondidas com êxito por parte dos adolescentes, demonstrando estes compreender as informações transmitidas. A meta a que nos propusemos era de pelo menos 50% dos alunos respondessem correctamente às questões colocadas. Atingiram-se os 100%.

Quanto ao nº de questionários, pretendíamos aplicá-los ao nº total da nossa população alvo, todos os alunos presentes efectuaram o preenchimento dos mesmos. Atingiram-se os 100%.

Destes questionários preenchidos, pretendia-se que pelo menos 80% fossem preenchidos com “satisfeito ou mais”. Conseguimos ultrapassar a meta a que nos propusemos, atingiram-se os 99,6%.

Da análise geral dos resultados obtidos dos questionários de avaliação da satisfação dos alunos face às sessões, constante no quadro da página seguinte podemos verificar que, 42,8% dos jovens sentiram-se muito satisfeitos durante a sessão e 29,7% extremamente satisfeitos.

A maioria dos jovens 60,9% ficaram extremamente satisfeitos e 32,2% ficaram muito satisfeitos com a nossa simpatia e disponibilidade.

Relativamente à nossa Competência e profissionalismo a maioria dos jovens 57,2% ficaram extremamente satisfeitos e 34,8% referiram ficar muito satisfeitos.

Quanto á utilidade dos temas abordados podemos verificar que 44,6% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 41,7% muito satisfeitos.

46% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos quanto à forma como os temas foram abordados e 43,8% ficaram muito satisfeitos.

Quanto ao esclarecimento de dúvidas 51,8% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 33% muito satisfeitos.

Em relação á questão “ A sessão correspondeu às tuas expectativas?” 43,8% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 39,5% ficaram muito satisfeitos.

Quanto ao nível de satisfação em geral verifica-se que 55,4% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 34,1% dos jovens ficaram muito satisfeitos. (Quadro 3).

Relativamente á questão referente aos comentários e sugestões não obtivemos resposta alguma por parte dos adolescente, o que nos foi impossível fazer a sua análise.

Itens		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,4	2	0,7	3	1,1
	Satisfeito	32	11,6	41	14,9	73	26,4
	Muito Satisfeito	64	23,2	54	19,6	118	42,8
	Extremamente Satisfeito	48	17,4	34	12,3	82	29,7
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,4	1	0,4
	Satisfeito	6	2,2	12	4,3	18	6,5
	Muito Satisfeito	38	13,8	51	18,5	89	32,2
	Extremamente Satisfeito	101	36,6	67	24,3	168	60,9
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,4	0	0	1	0,4
	Satisfeito	8	2,9	13	4,7	21	7,6
	Muito Satisfeito	39	14,1	57	20,7	96	34,8
	Extremamente Satisfeito	97	35,1	61	22,1	158	57,2
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	0,7	2	0,7	4	1,4
	Satisfeito	10	3,6	24	8,7	34	12,3
	Muito Satisfeito	53	19,2	62	22,5	115	41,7
	Extremamente Satisfeito	80	29,0	43	15,6	123	44,6
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100

Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,4	1	0,4
	Satisfeito	11	4,0	16	5,8	27	9,8
	Muito Satisfeito	58	21,0	63	22,8	121	43,8
	Extremamente Satisfeito	76	27,5	51	18,5	127	46
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,4	2	0,7	3	1,1
	Satisfeito	17	6,2	22	8,0	39	14,1
	Muito Satisfeito	37	13,4	54	19,6	91	33
	Extremamente Satisfeito	90	32,6	53	19,2	143	51,8
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,4	3	1,1	4	1,4
	Satisfeito	17	6,2	25	9,1	42	15,2
	Muito Satisfeito	50	18,1	59	21,4	109	39,5
	Extremamente Satisfeito	77	27,9	44	15,9	121	43,8
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,4	1	0,4
	Satisfeito	12	4,3	16	5,8	28	10,1
	Muito Satisfeito	44	15,9	50	18,1	94	34,1
	Extremamente Satisfeito	89	32,2	64	23,2	153	55,4
	Total	145	52,5	131	47,5	276	100

Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação e o sexo

O resultado desta intervenção foi bastante positivo, as sessões foram realizadas com sucesso e todos os adolescentes participaram de uma forma activa e desinibida.

Este trabalho foi gerador de competências e conhecimento para nós, pois conseguimos intervir junto dos adolescentes, com informações adequadas e atitudes preventivas específicas, contribuindo para um leque mais vasto de conhecimentos e pré-requisitos para um comportamento seguro, contribuindo para o processo de capacitação destes jovens, assim como facilitar-lhe a aquisição de competências que os preparem para escolhas informadas, conscientes e responsáveis.

É necessário encorajar os estudantes a experimentar novos comportamentos e a procurar informação, e ajudá-los a compreender a inter-relação entre os múltiplos papéis que desempenha e os objectivos de vida (Osipow e Walsh, 1995).

Podemos afirmar que neste momento não é possível observar ganhos em saúde imediatos, mas esperamos obter a médio e a longo prazo ganhos significativos.

**PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS SAUĐAVEIS NOS JOVENS/ PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP**

## 1 – CONTEXTO EM ESTUDO

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior, cuja finalidade principal é conferir formação científica, humana técnica e cultural, para o exercício de actividades profissionais, altamente qualificados, no âmbito da saúde, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida. Para a prossecução dos seus objectivos compete-lhe:

- Formar profissionais altamente qualificados, no âmbito da Enfermagem e Saúde Oral, com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico e técnico;
- Incentivar a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- Fomentar a realização de actividades de pesquisa e investigação;
- Possibilitar uma estreita ligação entre a Escola e a comunidade, mormente no que respeita à prestação de serviços e ao intercâmbio entre a Escola, Instituições de Saúde, de Ensino e outras;
- Estimular o desenvolvimento de projectos de formação e de actualização dos profissionais de enfermagem e de higiene oral;
- Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras Instituições, quer públicas quer privadas, nacionais ou estrangeiras, que visem objectivos semelhantes, com vista a um mútuo enriquecimento.
- A sua conversão a Escola Superior de Saúde, vem no sentido de alargar a oferta aos novos alunos na área da saúde.

## 2 – POPULAÇÃO ALVO

A intervenção na área da Promoção da imagem da ESSP e na informação para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens, abrangia uma população de 317 alunos do 9º e 12º ano da Área de Ciências e Tecnologia, das Escolas do Concelho de Portalegre, dos quais 171 eram do sexo feminino e 146 do sexo masculino cujas idades variavam entre os 14 anos e os 22 anos de idade. A idade de 15 anos é a mais frequente entre os alunos sendo 13,6% do sexo Feminino e 13,2% do sexo Masculino. Apenas um rapaz (0,3%) tem 22 anos e uma Rapariga 21 anos (0,3%), (Quadro 1).

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
14	47	14,8	34	10,7	81	25,6
15	43	13,6	42	13,2	85	26,8
16	14	4,4	7	2,2	21	6,6
17	37	11,7	33	10,4	70	22,1
18	26	8,2	20	6,3	46	14,5
19	2	0,6	5	1,6	7	2,2
20	1	0,3	4	1,3	5	1,6
21	1	0,3	0	0	1	0,3
22	0	0	1	0,3	1	0,3
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade e o sexo

O Ano de escolaridade mais frequentado é o 9ºano 62,1% sendo 33,8% do sexo Feminino e 28,4% do sexo Masculino, (Quadro2).

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
9.º Ano	107	33,8	90	28,4	197	62,1
12.º Ano	64	20,2	56	17,7	120	37,9
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o ano de escolaridade e o sexo

O Estabelecimento de ensino mais frequentado pelos jovens que compõem a amostra é a Escola Secundária. Mouzinho da Silveira com 34,4%, (Quadro 3).

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	60	18,9	49	15,5	109	34,4
Escola Sec. S. Lourenço	43	13,6	35	11,0	78	24,6
Escola 2+3 Cristóvão Falcão	29	9,1	31	9,8	60	18,9
Escola 2+3 José Régio	39	12,3	31	9,8	70	22,1
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o estabelecimento de ensino e o sexo

Foram alvo desta nossa intervenção, 148 alunos, do 9º e 12ºanos da Área de Ciências e Tecnologia, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e da Escola Secundária de São Lourenço do Concelho de Portalegre.

### **3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES**

#### **3.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES**

Esta intervenção surgiu como resposta para o desenvolvimento e promoção de alguns comportamentos saudáveis nos jovens, assim como também promover a oferta formativa da ESSP facilitando escolhas profissionais, através dos cursos ministrados, nomeadamente saúde oral e enfermagem, dando visibilidade a esta, através da demonstração de algumas praticas que envolvem a profissão.

Esta intervenção permitiu-nos o desenvolvimento das competências do Enfermeiro na área da Especialização em Enfermagem Comunitária, intervindo em grupos da comunidade.

#### **3.2 - IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES**

A saúde e o bem estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos chaves do desenvolvimento humano. Muitos dos comportamentos nocivos para a saúde são adquiridos na adolescência, como o consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inactividade física, e o consumo de drogas, estão hoje claramente identificados como sendo os principais factores de risco para a saúde dos adolescentes. Sendo o grupo dos adolescentes considerados “grupos sujeitos a maiores riscos”, então estes são merecedores de actuação prioritária no campo da protecção e da promoção da saúde.

Neste sentido, foi nossa intenção promover estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura dos adolescentes.

Segundo a DGS” Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (DGS,2006:15).

Um estilo de vida saudável inclui a saúde preventiva, boa nutrição e controle do peso, exercício físico regular, e evitar substâncias nocivas ao organismo.

Um bom estilo de vida deve de ser desenvolvido o mais precoce possível, estes hábitos devem de ser mantidos durante a vida adulta e na idade madura.

Nos dias de hoje a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas, sendo os objectivos a promoção da autonomia e a responsabilização dos jovens.

Relativamente á escolha da vida profissional e ao conhecimento da oferta formativa da ESSP, tornou-se prioritário intervir junto dos alunos do 9º e 12º anos de escolaridade, devido ao facto de ser no 9º ano de escolaridade que os alunos se vêem confrontados com a área de ensino a seguir no secundário, e o 12º ano por ser o ano que antecede á candidatura ao ensino superior.

A maioria destes adolescentes desconhecia a ESSP e as suas ofertas formativas. Sendo a desertificação um dos problemas que afectam esta região, pretendemos assim, Incentivar os jovens estudantes interessados na área da saúde, particularmente nestes cursos a permanecerem na região, evitando o deslocamento para outros centros populacionais, onde as ofertas formativas são idênticas.

As prioridades não foram definidas, estando estas dentro do nosso domínio, sentindo-nos com capacidade de intervir.

### 3.3 - FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS

Chegou o momento de definir os objectivos e as metas a atingir, ou seja definimos as nossas intenções perante o plano de intervenção que traçamos e aquilo que pretendemos alcançar.

#### **Objectivo Geral:**

- Facilitar escolhas de vida profissional, através da promoção da imagem da escola e do conhecimento da oferta formativa nela existente, junto dos alunos do 9º e 12º ano das Escolas do Concelho de Portalegre.
- Promover estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura, junto dos alunos do 9º e 12º ano das Escolas do Concelho de Portalegre.

#### **Objectivos específicos:**

- Informar os alunos sobre a missão da ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Realizar actividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP junto dos alunos, até ao final de Abril de 2011;
- Realizar actividades de promoção e de demonstração de actividades inerentes aos cursos ministrados na ESSP, junto dos alunos, até final de Abril de 2011;

- Avaliar a satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas, até ao final de Junho de 2011.

Tendo em conta os objectivos delineados, construímos um conjunto de indicadores com o intuito de assegurar a avaliação do projecto. Os indicadores estão representados nos quadros abaixo.

<b>Objectivo:</b> Informar os alunos sobre a missão da ESSP		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> Sessões de Abertura com palestra sobre a ESSP		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicador de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>		
• Nº de sessões de abertura efectuadas	Nº de sessões de abertura efectuadas ----- X100 Nº sessões de abertura previstas efectuar		

<b>Objectivo:</b> Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> Apresentação de um filme dos cursos ministrados		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicador de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>		
• Nº de filmes apresentados dos cursos ministrados na ESSP	Nº de filmes apresentados dos cursos ministrados na ESSP ----- X100 Nº de filmes previstos apresentar dos cursos ministrados da ESSP		

<b>Objectivo:</b> Realizar actividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividades:</b> - Realização de workshops temáticos - Visita às instalações da ESSP - Distribuição de folhetos informativos		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicadores de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de Workshops realizados</li>   <li>• Nº de visitas realizadas às instalações da ESSP</li>   <li>▪ Nº de folhetos informativos distribuídos</li> </ul>	<p>Nº de Workshops realizados ----- X100 Nº total de workshops previstos realizar</p> <p>Nº de visitas realizadas às instalações da ESSP ----- X100 Nº total de visitas previstas realizar às instalações da ESSP</p> <p>Nº de folhetos informativos distribuídos ----- X100 Nº total de alunos presentes</p>		

<b>Objectivo:</b> Realizar actividades de promoção e de demonstração de actividades inerentes aos cursos ministrados na ESSP, junto dos alunos		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> Avaliação do IMC Avaliação da HTA Suporte Básico de Vida		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicadores de Resultado de actividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “avaliação do IMC”</li>   <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “avaliação da HTA”</li>   <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “suporte básico de vida”</li> </ul>	<p>80%</p> <p>80%</p> <p>80%</p>	<p>Nº de alunos que participaram na actividade “Avaliação do IMC” ----- X100 Nº total de alunos</p> <p>Nº de alunos que participaram na actividade “Avaliação da HTA” ----- X100 Nº total de alunos</p> <p>Nº de alunos que participaram na actividade “Suporte Básico de Vida” ----- X100 Nº total de alunos</p>	

<b>Objectivo:</b> Avaliar a satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> Aplicar o questionário no fim das actividades		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicador de Processo</b>		<b>Dados a Monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de questionários respondidos</li> </ul>		Nº de questionários respondidos ----- X100 Nº total de alunos que acederam ao questionário	
<b>Indicador de Resultado de actividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a Monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de questionários preenchidos com satisfeito ou mais</li> </ul>	80%	Nº de questionários preenchidos com Satisfeito ou mais ----- X100 Nº total de questionários aplicados	

### 3.4 - SELECÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Delineamos como estratégias o pedido de colaboração com as Escolas do Concelho de Portalegre, nomeadamente com: Escola Secundária Mouzinho da Silveira, Escola Básica Cristóvão Falcão, Escola 2+3 São Lourenço e Escola 2+3 José Régio. Neste projecto foram convidados a participarem os alunos do 9º e 12º ano da área de Ciências e Tecnologia das Escolas supra citadas.

Para a promoção de comportamentos saudáveis nos jovens e a oferta formativa da ESSP planeamos e realizamos Workshops temáticos, demonstrando as técnicas práticas nomeadamente, avaliação do IMC, avaliação da HTA e Ressuscitação Cárdio Respiratória.

Efectuamos a revisão bibliográfica de acordo com a temática dos workshops a realizar.

Para uma melhor organização dos Workshops o grupo de mestrando decidiu dividir-se pelas diferentes actividades a realizar.

Sendo o número de alunos elevado, tornou-se necessário estes serem divididos em três grupos e cada grupo foi distribuído pelas diferentes actividades, trocando entre eles após cada actividade realizada.

Para nos identificarmos, vestimos camisolas brancas com o símbolo da ESSP e com a denominação de Enfermeiro/a.

Como estratégia final foi aplicado o questionário aos alunos para avaliação das sessões (Anexo I) e foi efectuada a distribuição de um panfleto informativo da ESSP aos alunos para melhor visualização dos cursos ministrados nesta escola.

### 3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Efectuamos alguns contactos nomeadamente com a direcção das escolas já supra citadas, para apresentação da proposta das actividades a desenvolver na semana de 26/04/2011 a 29/04/2011.

As datas para a calendarização do evento foram marcadas de acordo com as suas disponibilidades. (Anexo II)

Todas as actividades desenvolvidas foram planeadas com a equipa coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem e o Director da ESSP.

Foram discutidas quais as salas que melhor se adaptavam ao desenvolvimento das actividades e qual a forma que permitisse aos alunos circularem sem grande turbulência e de forma acolhedora.

Para darmos mais visibilidade á Profissão de Enfermagem foram expostos na parede da sala da ESSP, uns cartazes efectuados pelos alunos do 1º Mestrado, cuja temática era “ O Enfermeiro a Cuidar de Si”.

Contactamos telefonicamente alguns órgãos da comunicação social para a realização da reportagem da Promoção da imagem e da oferta formativa da ESSP, nomeadamente a RTP de Évora a TV Local Visão e a SIC sendo impossível esta comparecer.

Compareceram ao local a TV Local Visão que realizou a reportagem no dia 26/04/2011 (Anexo III em suporte informático), e a RTP de Évora que realizou a reportagem no dia 28/04/2011

Os temas a apresentar foram discutidos entre todos os elementos do grupo de trabalho, assim como os recursos, métodos e técnicas que iriam ser utilizados e que melhor se adaptassem às actividades a desenvolver.

Os métodos pedagógicos que melhor se adaptaram foram os seguintes:

- Expositivo;
- Demonstrativo;
- Explicativo.

As técnicas pedagógicas utilizadas foram as seguintes:

- Visionamento de Filmes temáticos;
- Demonstração de Técnicas práticas (IMC, HTA, Ressuscitação Cárdio Respiratória)

### 3.6 - RECURSO MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para a realização das actividades foi necessário como recursos materiais:

- Sala de aulas da Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Sala de Conferências da Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Quadro Branco;
- Computador;
- projector de Vídeo;
- Balança com Craveira;
- Meios áudio visuais (filme);
- Suportes didácticos (panfletos).

Como recursos humanos envolvidos passamos a especificar:

- Director da Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Equipa coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem;
- Alunos do 1º Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- Alunos do 9º e 12º anos da área de Ciências e Tecnologia das Escolas do Concelho de Portalegre, nomeadamente Escola Secundária Mouzinho da Silveira, Escola Básica Cristóvão Falcão, Escola 2+3 São Lourenço e Escola 2+3 José Régio;
- Direcção das Escolas do Concelho de Portalegre supra citadas, e restantes professores;

### 3.7- CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Tendo em conta o nosso projecto, solicitamos parcerias e apoios a diversas entidades.

- RTP
- SIC
- TV Local Visão

### 3.8 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A intervenção comunitária decorreu na Escola Superior da Saúde de Portalegre entre os dias 26 a 29 de Abril de 2011.

Esta intervenção iniciou-se com uma sessão de abertura solene que contou com a presença do Exmo. Sr. Professor Dr. Francisco Vidinha, Director da ESSP, e com os Srs. Professores Dr. Filomena Martins e Dr. Mário Martins, e ainda com os alunos do Primeiro

Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Realizámos com mais cinco colegas do mestrado os workshops, estivemos presentes nos dias 26 e 27 de Abril de 2011.

As temáticas dos workshops foram as seguintes:

- Suporte básico de vida
- Hábitos de vida saudáveis
- Laboratório de Saúde Oral

Desenvolvemos durante os dias supra citados, a actividade promoção de “hábitos de vida saudável”, nomeadamente o índice de massa corporal (IMC), este é o indicador mais usual para determinarmos se o peso de um indivíduo se encontra a baixo ou acima dos valores normais (através de uma relação com a altura).

Peso saudável é sinónimo de não ter peso a mais ou a menos. Este conceito depende de vários factores como a idade, os hábitos alimentares, a actividade física e factores genéticos. Manter um peso saudável é prevenir doenças crónicas, especialmente doenças cardiovasculares, mas também a hipertensão arterial, diabetes tipo 2, problemas osteoarticulares e cancro.

A intervenção iniciou-se com a apresentação do formador, fazendo referência á actividade que iria ser realizada. Esta actividade teve como objetivos:

- Promover o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis.
- Promover a compreensão da relação entre os hábitos de vida saudáveis e a saúde.
- Avaliar o Índice de Massa Corporal – (IMC)

No inicio da actividade projectamos um filme alusivo ao tema “Hábitos de Vida Saudável” que foi efectuado pelo grupo do 1º Mestrado em Enfermagem. Posteriormente efectuamos uma breve discussão do filme, foram feitos alguns ensinios de acordo com as necessidades detectadas e esclarecidas algumas dúvidas (Apêndice IV em suporte informático).

Efectuamos a avaliação do peso e da estatura de todos os participantes para verificação do seu índice de massa corporal.

Os adolescentes verificaram no programa informático o seu IMC, o seu peso saudável e as suas necessidades energéticas, de acordo com o sexo, idade, peso, altura, e tipo de actividade física e por fim foram efectuados os registos, no impresso próprio para o efeito (Apêndice V em suporte informático).

Após terminadas as actividades houve uma sessão de encerramento em que foi distribuído um panfleto informativo da ESSP aos alunos, para melhor visualização dos cursos ministrados nesta escola. No final destas actividades, foi utilizado um modelo de

avaliação, que consistiu no preenchimento de um questionário de avaliação de satisfação das actividades por parte dos adolescentes.

### 3.9 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Todas as actividades foram cumpridas de acordo com as datas estipuladas (Apêndice VI).

### 3.10 - AVALIAÇÃO

Para ser possível avaliar o projecto é necessário proceder-se à avaliação dos resultados, que está centrada nos efeitos posteriores e a longo prazo, ou seja, se o projecto alcançar a sua meta; e dos processos, que diz respeito às actividades e à forma como se desenvolveram.

Tendo em perspectiva os quadros da avaliação em apêndice (Apêndice VII) constata-se que, o total de sessões de abertura previstas em cada um dos dias de actividades fora alcançado em 100%. Pois pretendíamos efectuar na totalidade quatro sessões de abertura.

Quanto á apresentação do filme dos cursos ministrados na ESSP no decorrer de todos os dias de actividades, pretendíamos apresentar um filme por cada grupo, podemos constatar que o número de filmes previstos fora alcançado em 100%.

Relativamente aos workshops, pretendíamos realizar três workshops por cada grupo, podemos constatar que o número de workshops previstos fora alcançado em 100%.

Quanto à visita das instalações da ESSP, pretendíamos realizar uma visita por grupo, podemos verificar que as visitas previstas foram alcançadas em 100%.

O mesmo se aplica quanto á distribuição de panfletos, pretendíamos distribuir um panfleto por aluno , deste modo todos os alunos que se encontravam presentes, receberam um panfleto. Atingiram-se os 100%.

Relativamente à participação dos alunos na actividade da “Avaliação de IMC”, pretendíamos que pelo menos 80% do total dos alunos participasse na actividade, conseguimos alcançar os 100%.

O mesmo se aplica quanto à participação dos alunos na actividade da “Avaliação da HTA” pretendíamos que pelo menos 80% do total dos alunos participasse na actividade, conseguimos alcançar os 100%.

Relativamente à participação dos alunos na actividade “Suporte Básico de Vida” pretendíamos que pelo menos 80% do total dos alunos participasse na actividade, atingiram-se os 100%.

Quanto á aplicação dos questionários, pretendíamos aplicá-los ao número total da nossa população alvo, todos os alunos presentes efectuaram o preenchimento do mesmo, atingiram-se os 100%.

Destes questionários preenchidos pretendia-se pelo menos que 80% fossem preenchidos com “satisfeito ou mais”, conseguimos ultrapassar a meta a que nos propusemos, atingiram-se os 100%.

Da análise dos resultados obtidos dos questionários constantes no quadro da página seguinte, podemos verificar que 47,9% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 46,1% muito satisfeitos com a forma como foram recebidos neste espaço.

Em relação à forma como se sentiram dentro deste espaço, 57,1% referiu sentir-se muito satisfeitos e 31,5% extremamente satisfeitos.

A maioria dos jovens 64% ficaram extremamente satisfeitos e 29,7% muito satisfeitos quanto à nossa simpatia e disponibilidade.

Relativamente à nossa competência e profissionalismo 56,8% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 39,1% muito satisfeitos.

Quanto à utilidade dos temas abordados 46,4% dos jovens ficaram muito satisfeitos e 45,1% extremamente satisfeitos.

Em relação à forma como os temas foram abordados, 47% dos jovens ficaram extremamente satisfeitos e 46,7% muito satisfeitos.

Quanto ao esclarecimento de dúvidas, 53,3% dos jovens referiu ficaram extremamente satisfeitos e 37,9% muito satisfeitos.

Na questão “A sessão correspondeu às tuas expectativas?”, 48,6% dos jovens ficaram muito satisfeitos e 41,6% extremamente satisfeitos.

Quanto ao nível de satisfação em geral podemos concluir que, 48,9% dos jovens sentiram-se extremamente satisfeitos e 45,7% sentiram-se muito satisfeitos . (Quadro 4).

Itens		Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te receberam neste espaço	Insatisfeito	0	0	1	0,3	1	0,3
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	5	1,6	13	4,1	18	5,7
	Muito Satisfeito	76	24,0	70	22,1	146	46,1
	Extremamente Satisfeito	90	28,4	62	19,6	152	47,9
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Forma como te sentiste neste espaço	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	19	6,0	17	5,4	36	11,4
	Muito Satisfeito	94	29,7	87	27,4	181	57,1
	Extremamente Satisfeito	58	18,3	42	13,2	100	31,5
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,3	1	0,3
	Satisfeito	8	2,5	11	3,5	19	6,0
	Muito Satisfeito	47	14,8	47	14,8	94	29,7
	Extremamente Satisfeito	116	36,6	87	27,4	203	64,0
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	8	2,5	5	1,6	13	4,1
	Muito Satisfeito	58	18,3	66	20,8	124	39,1
	Extremamente Satisfeito	105	33,1	75	23,7	180	56,8
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,3	1	0,3
	Satisfeito	13	4,1	13	4,1	26	8,2
	Muito Satisfeito	73	23,0	74	23,3	147	46,4
	Extremamente Satisfeito	85	26,8	58	18,3	143	45,1
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,3	1	0,3
	Satisfeito	11	3,5	8	2,5	19	6,0
	Muito Satisfeito	66	20,8	82	25,9	148	46,7
	Extremamente Satisfeito	94	29,7	55	17,4	149	47,0
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,3	1	0,3
	Satisfeito	12	3,8	15	4,7	27	8,5
	Muito Satisfeito	57	18,0	63	19,9	120	37,9
	Extremamente Satisfeito	102	32,2	67	21,1	169	53,3
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	0,6	0	0	2	0,6
	Satisfeito	14	4,4	15	4,7	29	9,1
	Muito Satisfeito	74	23,3	80	25,2	154	48,6
	Extremamente Satisfeito	81	25,6	51	16,1	132	41,6
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	7	2,2	10	3,2	17	5,4
	Muito Satisfeito	67	21,1	78	24,6	145	45,7
	Extremamente Satisfeito	97	30,6	58	18,3	155	48,9
	Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 4 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação e o sexo

Quando colocada a questão “Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º Ano?” 42,9% das Raparigas e 39,4% dos Rapazes responderam que Não.

A maioria dos jovens 82,3% não pretendem concorrer à ESSP quando terminarem o 12º ano (Quadro 5).

Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º Ano?	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Sim	35	11,0	21	6,6	56	17,7
Não	136	42,9	125	39,4	261	82,3
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a intenção de concorrer à Escola Superior e o sexo

Mas relativamente à questão “Recomendarias esta Escola Superior aos teus colegas?” 96,2% dos adolescentes responderam que sim, 51,4% do sexo Feminino e 44,8% do sexo Masculino .

Para estes adolescentes, a ESSP não faz parte dos seus planos, mas recomendariam a escola a outros colegas, sendo esta uma boa opção de escolha (Quadro 6).

Recomendarias esta Escola Superior aos teus colegas?	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Sim	163	51,4	142	44,8	305	96,2
Não	8	2,5	4	1,3	12	3,8
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 6 – Distribuição dos inquiridos segundo a intenção de recomendar a Escola Superior a colegas e o sexo

Relativamente á questão referente aos comentários e sugestões não obtivemos resposta alguma por parte dos adolescente, o que nos foi impossível fazer a sua análise.

Como resultado destas intervenções consideramos que foram bastante positivas e como enfermeiros temos o papel preponderante na prevenção e na adopção de hábitos não maléficis à saúde e na persuasão dos indivíduos para a adopção de estilos de vida saudáveis, sendo fundamental a realização de acções de educação para a saúde, para a obtenção de mudanças positivas nos estilos de vida dos jovens, intervindo junto destes de uma forma activa, no sentido de os responsabilizar pelos comportamentos e na implementação de hábitos de vida saudável.

Consideramos que deste modo tenhamos conseguido motivá-los para que estes desenvolvam as capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos, assente nas atitudes individuais face aos estilos de vida saudáveis.

A adolescência é uma etapa de vida em que o jovem tem que fazer escolhas de áreas académicas e profissionais que vão condicionar o seu futuro e para o qual se deve dar particular atenção. Porém, existe a necessidade de realizar escolhas relativas à educação/formação e à profissão que, num futuro próximo, levarão o indivíduo a desempenhar o papel de trabalhador. O facto de os jovens terem pouco (ou nenhum) contacto e experiência com o mundo do trabalho e das oportunidades de formação, faz com que esta seja uma época difícil. Por isso, é importante que o jovem conheça as várias profissões, a si mesmo e as influências que actuam sobre ele para poder fazer uma escolha satisfatória. Deste modo, quisemos proporcionar aos alunos oportunidades de exploração e confronto com o mundo das formações e profissões, divulgando a oferta formativa da ESSP.

De momento não conseguimos observar ganhos em saúde, mas esperamos obtê-los a médio e a longo prazo.

## 7 - CONCLUSÃO

A realização deste estágio e a elaboração do relatório foi um desafio permanente, o qual se traduziu numa experiência única. Este permitiu-nos através duma análise retrospectiva do nosso desempenho, uma reflexão profunda e análise crítica do mesmo, conducentes a uma auto-avaliação que irá promover um aperfeiçoamento do desempenho profissional e conseqüentemente permitir a melhoria da qualidade de vida.

Consideramos positivo o facto de nos ser permitido uma auto-formação e actualização numa área que está de acordo com a nossa motivação, e desde já sabemos que esta é determinante na forma como nos iremos envolver no projecto, sentindo-nos também mais responsáveis ao longo de todo este percurso relativamente á nossa aprendizagem.

Destaco o vivenciar de uma nova experiência, o facto de ter trabalhado em parceria com um colega do mestrado, na apresentação das sessões de educação para a saúde aos alunos da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Foi uma boa experiência pela aprendizagem que nos proporcionou, pelo trabalho em equipa, a entre ajuda, a partilha de conhecimentos e de responsabilidade.

As experiências que tive ao longo do estágio, bem como os momentos de reflexão e aprendizagem que o Curso de Mestrado em Enfermagem-Especialização em Enfermagem Comunitária me proporcionou foram também determinantes para a realização deste estágio.

As modificações ocorridas na sociedade, nomeadamente os comportamentos de risco e hábitos de vida e conseqüentes repercussões na saúde da população, levam a uma crescente complexidade de actuação profissional na área da saúde. O desenvolvimento profissional dos enfermeiros é muito importante para melhorar a sua capacidade e habilidade na identificação das necessidades de saúde das populações e respectivas respostas que pretendem ser dirigidas e eficazes com vista á obtenção de ganhos em saúde.

Durante o nosso percurso de formação especializada adquirimos competências que nos permitiram participar no desenvolvimento de um projecto de intervenção com vista á capacitação e “empowerment” da comunidade escolar.

Consideramos que o estágio possibilitou-nos a aquisição de competências específicas inerentes ao perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde

Pública. (Regulamento n.º 128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública – publicado no DR, 2ª série, nº 35 de 18/02/2011).

Como futuro enfermeiro especialista, adquirimos competências tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

É, imprescindível que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no âmbito das suas competências na área da educação para a saúde tenha um papel activo como agente de formação/informação, quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar.

O nosso projecto foi direccionado para a área da sexualidade na adolescência, promoção de estilos de vida saudáveis e facilitar escolhas profissionais, através da implementação de estratégias de intervenção - sessões de educação para a saúde – sendo a promoção da saúde o pilar das intervenções. As sessões de educação para a saúde foram realizadas de forma participada e direccionada às necessidades sentidas e expressas pelo grupo, estas foram uma mais valia para os adolescentes que compareceram, permitindo a consolidação e/ou a aquisição de conhecimentos, permitindo desenvolver em cada indivíduo a tomada de consciência acerca da sua saúde, bem como facilitar-lhe a aquisição de competências que o preparem para uma progressiva auto responsabilização. Consideramos que as sessões tiveram um grande impacto nos adolescentes, sendo positivo a dinâmica evidenciada e estimulada pelos alunos, e pela relação estabelecida durante todas as sessões.

O facto de intervirmos junto desta comunidade escolar com sessões de educação para a saúde, Contribuiu para adquirirmos competências no processo de capacitação desta comunidade.

Igualmente importantes foram as competências que desenvolvemos ao longo da nossa formação, nomeadamente o trabalho em equipa, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, a comunicação e o aprender a aprender com novas situações.

Identificamos algumas limitações e considerações para trabalhos futuros, nomeadamente, o facto de não ter sido aplicado um questionário antes da intervenção e a aplicação do mesmo após a intervenção, para avaliação dos conhecimentos dos adolescentes face a esta temática, para permitir avaliar comparativamente os conhecimentos antes e após a intervenção. Pensamos que desta forma a avaliação teria sido mais correcta.

A inexperiência na concretização de projectos de intervenção comunitária e a utilização da metodologia do planeamento em saúde também foi uma limitação, que no entanto,

considero ter resultado numa experiência enriquecedora e que em muito irá contribuir para o futuro da prática profissional.

O factor tempo condicionou a realização das sessões de educação para a saúde sendo muito limitado, para um tema tão vasto como a educação sexual.

Devido ao facto de só termos estabelecido contacto com os alunos uma vez, não foi possível criarmos uma base sólida de confiança e empatia com o grupo, de modo a que todas as suas dúvidas, opiniões, sentimentos e indecisões, que os alunos pudessem sentir naquele momento não fossem expressas, apesar da interacção com os alunos ter sido bastante positiva.

Como é óbvio, o estágio compreendeu muita pesquisa, quer bibliográfica quer legislativa, contribuindo para o suporte teórico e científico do presente relatório. Contudo, estas pesquisas ficaram a uma longa distância da satisfação que as anteriores etapas aqui focadas proporcionaram.

Muito se encontra ainda por fazer, neste longo caminho para a organização e implementação de programas de educação para a saúde nas escolas, apesar de todas as incursões sociais, educacionais e académicas é preciso admitir que o tema da sexualidade na adolescência ainda não está totalmente explorado. Aliás, considerá-lo como um problema já esclarecido seria descontextualizar e minimizar toda a complexidade da adolescência e da sua sexualidade.

Esperamos ter dado um contributo com o nosso trabalho, que alerta para o facto da necessidade de intervenção nesta área, incluindo um questionamento mais amplo sobre sexualidade, seus valores e aspectos preventivos como forma de exercício de cidadania, e na adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis

Em face do que aqui referimos, deste caminho que foi possível percorrermos, sentimos com um leque mais vasto de conhecimentos para dialogar com os adolescentes, uma vez que cimentámos e aprofundámos os conhecimentos que já possuíamos e adquirimos outros através de informações precisas e de fontes seguras, não deixando de reflectir.

Como vivemos num mundo em permanente evolução e transformação existe a necessidade de uma actualização constante, de uma experiência crescente e de um conhecimento mais aprofundado da condição humana.

Desta forma, consideramos ter atingido os objectivos a que nos propusemos no início deste trabalho, tendo-o realizado numa forma muito consciente e pessoal, pois em relação ao relatório “se o encarar-mos de um modo pessoal e que diz directamente respeito ao nosso desempenho, faremos o Relatório o melhor que pudermos, e aprenderemos um pouco mais de cada vez que vivermos essa experiência” (Soares et al, 1997:38).

## 8 – BIBLIOGRAFIA CITADA

- Aberastury Arminda e tal. (1990). *Adolescência*. 6ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora
- Albuquerque, A.; Gomes, F.; Nunes, S.; Santos, J. (1987) *Sexologia em Portugal – A Sexologia Clínica*. I volume. Lisboa: Texto Editora.
- Almeida, Filomena Augusta. (1996). *Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes*. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Angers, M. (2003). *A sociologia e o conhecimento de si*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Azevedo, M. (2008). *Educação Sexual e atitudes face a sexualidade em adolescentes a saída do ensino secundário*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação da Universidade da Beira Interior
- Baio, M; Melo, E; Rodrigues, M. (1997). *Como elaborar um relatório Crítico de Actividades e um Curriculum Vitae*. 1ª edição. Coimbra: Edição Formasau
- Bastos, Ana Paula. ( 2003). *Afectividade na Adolescência – Sexualidade e Educação para os Valores*. Lisboa. Edições Paulinas.
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente - a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. In Repositório Universidade do Porto. Acedido em 28 Junho de 2011 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7196/2/1A%20SEXUALIDADE%20DO%20ADOLESCENTE%20A%20PERSPECTIVA%20DO%20PROFISSIONAL.pdf>
- Camargo, A. (1999). *Sexualidade(s) e Infância(s) – A sexualidade como um tema transversal*. Brasil : Moderna e Unicamp. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carcel, C. (2000). *Paradigma Holístico – Revista trajectos e Projectos*. Nº 2 , 25-30
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação, Lusociência*. Universidade do Minho. Acedido em 6 de Agosto de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>
- Carvalho, A.; Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

- Conferência Episcopal Portuguesa [CEP] (2005). Sobre a Educação da Sexualidade. (nota episcopal). *Portugal Diário*. Acedido a 27 de Junho em <http://www.apfn.com.pt/Noticias/Jun2005/270605c.htm>
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M. (1997). *Adolescentes e adolescência dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Costa, M. E. (1998). *Novos encontros de Amor: Amizade, Amor, e Sexualidade na adolescência*. Porto. Edinter
- Decreto-Lei 120/99, DR I, Série A, 186 (1999-08-11) 5232-5233
- Decreto-Lei 60/2009, DR I, Série 1ª, 151 (2009-08-06) 5097-5098
- Direcção Geral de Saúde [GDS] (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*, despacho nº12.045/2006, 2ª série. Publicado no D.R nº 110 de 7 de Junho. Acedido em 20 de Outubro em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). *História*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/hitoria.htm>
- Ferreira, A. (2002). *Desigualdades de Género no Actual Sistema Educativo Português*.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, Joaquim José C. L.(2000). *Um Olhar Sobre a Sexualidade Humana – Para uma Paternidade Responsável*. Lisboa. Edições Paulinas.
- González, M.I.S. (1998). *La Educacion para la salud del siglo XXI – Comunicacion y salud*. Madrid. Diaz de Santos
- Guidicelli, B; G. Amerre; M. Oliveira; S. Noizet, A. *Contracepcion des Cas Particulers et Difficiles*. Encycl.Med.Chir.
- Hart, Lois B. (1991). *Métodos de Formação que funcionam: Métodos e Estratégias Inovadoras de Formação*. Lisboa. Editora Monitor.
- [http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/legislacao/legislacao/educacao/Lei\\_educacao\\_sexual.pdf](http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/legislacao/legislacao/educacao/Lei_educacao_sexual.pdf) acedido em 20/06/2011
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- Lobato, C. (2004). *Perspectivar as necessidades dos adolescentes em Educação Sexual*. Monografia desenvolvida no âmbito do Curso Superior de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
- Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Ed. Medsi.
- Martins, M.(2005). *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Acedido a 11 de Julho em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>
- 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*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.
- Martins, M.F. (2007). *Familia y educación 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*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.
- Matos, Margarida G.( 2004). *Risco e Protecção: Adolescentes, Pais, Amigos e Escola*. Acedido a 20 de Julho de 201104 em [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/risco\\_e\\_proteccao\\_adolescentes.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/risco_e_proteccao_adolescentes.pdf).
- Miguel, N. Silva. (1994). *Os Jovens e a Sexualidade*. 6ª Edição. Lisboa. Ministério de Emprego e Segurança Social. Comissão para a Igualdade dos Direitos das Mulheres.
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Monteiro, D. (2008). *O serviço Público de Radiodifusão – O caso da Antena 3*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido a 6 de Junho de 2010 em <http://www.scribd.com/doc/24221844/Servico-Publico-Radiodifusao-em-Portugal-o-caso-da-Antena-3.html>
- Nodin, Nuno.( 2000). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa,

- Oliveira, Silva. (1992). *Gravidez na Adolescência*. Lisboa. Universidade Clássica de Lisboa.
- Oliveira, T.; Carvalho, L.; Silva, M. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev. Bras. enferm.* vol.61no.3, Brasília.
- Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Março de 2011 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Osipow, S. H.; Walsh, W.B. (1995). *Handbook of vocational psychology – theory, research, and practice*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- Paiva, João e PAIVA, Jacinta.(2002) *Sexualidade e Afectos*. Lisboa. Plátano Editora.
- Pedrosa, João Batista (2009). *Característica Comportamental e Género*. In,Vieira, Tereza Rodrigues; Paiva, Luiz Airton Saavedra de. (Orgs.).*Identidade Sexual e Transexualidade*. São Paulo. Roca.
- Rodrigues, João. (2002). *Os Jovens e a Sexualidade*. Centro de Atendimento a Jovens. Coimbra.
- Roque, Otilia. (2001, Outubro). *Semiótica da Cegonha - Jovens, Sexualidade e risco de gravidez não desejada*. APF – Associação para o Planeamento da Família. Évora
- Russel, N. (1996). *Teoria da Educação para a Saúde In Manual de Educação para a Saúde, pp 8-19, DGS*. Lisboa
- Saito, M.; Silva, L. (2001). *A adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos – Diálogo com Adolescentes* (5.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1994) - *Inventem-se Novos Pais*.7<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, M. (2008). *Educação Sexual na escola e a sexualidade no adolescente*. Universidade técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Spitz, Christian . (1996). *Tudo o Que os Adolescentes Querem Saber*. Publicações Dom Quixote.Lisboa.
- Sprinthall, N.; Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª edição). Lusociência. Loures.
- Strasburguer, V. (1999). *Os Adolescentes e os Mídia*. Porto Alegre: Artmed.
- Tierno, Bernabé. (1994). *Educar hoy- De los Seis a los Vinte Anos*. 3ª Edição. Madrid. Editora San Pablo.
- UNFPA. (2004.) “*A situação da população mundial 2004 – O consenso do Cairo Dez Anos Depois: População, Saúde Reprodutiva e Esforços Mundiais para Acabar com a Pobreza*”.
- Vaz, Júlio Machado et al. (1996), *Educação Sexual na Escola*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Vicente, L. F. (2004). Portugal e o Consensos do Cairo – *Panorama da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal na Actualidade*. in *Sexualidade & Planeamento Familiar*, n.º 38/39
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a Educação Sexual num contexto de mudança. In Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. (org.), *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar II* (pp. 155-191). Coimbra. Quarteto Editora.
- Vilar, D. (2005). *A Educação Sexual faz sentido no actual contexto de mudança? Educação Sexual em Rede, n.º1*. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em [http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista\\_esr\\_1.pdf.htm](http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista_esr_1.pdf.htm)
- Vilar, D.; Ferreira, P. (2008). Associação para o Planeamento da Família – *A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes*. APF, Lisboa.
- Vitorino (2003). *Perspectivar o Contributo dos Pais na Educação Sexual*. Portalegre. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
- Werebe, M. (1998). *Sexualidade, Política e Educação*. Brasil. Campinas.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICES DA PARTE I - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA  
SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

**Apêndice I - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Jovens**

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

#### Dados de caracterização:

Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_

Estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Questionário:

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Excelente
1	Forma como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
3	Competência e profissionalismo					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
8	Grau de satisfação em geral					

#### Comentários / Sugestões:

---

---

Obrigada pela tua colaboração

**Apêndice II – Mapa das Intervenções da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e  
Escola Secundária de São Lourenço**

## Mapas das Intervenções na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola Secundária São Lourenço

Dias	2 Maio	3 Maio	4 Maio	5 Maio	6 Maio
<b>1º Tempo Manhã</b>	Hora: 8.30 às 10 Horas Turma: 10ºD Sala: B4 Prof.: Sandra Gomes Grupo: Portalegre		Hora: 8.30 às 10 Horas Turma: 9ºA Sala: A6 Prof.: Francisco Baião Grupo: Almada		Hora: 8.30 às 10.00 Horas <b>Escola São Lourenço</b> Turma: 10ºE Sala: 14 Prof.: Lourenço Grupo: Portalegre
<b>2º Tempo Manhã</b>		Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 10ºE Sala: B9 Prof.: Acácio Garcia Grupo: Castelo Branco	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 8ºA Sala: A5 Prof.: Luís Pinto Grupo: Almada	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 10ºF Sala: A7 Prof.: Carla Sério Grupo: Almada	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 8ºB Sala: A5 Prof.: Luís Pinto Grupo: Portalegre
<b>3º Tempo Manhã</b>	Hora: 11.55 às 13.25 Horas Turma: 10ºB Sala: C6 Prof.: Graça Galvão Grupo: Portalegre	Hora: 11.55 às 13.25 Horas Turma: 10ºC Sala: C2 Prof.: Maria Luís Cebolais Grupo: Castelo Branco	Hora: 11.55 às 13.25 Horas Turma: 1ºE Sala: A16 Prof.: Carla Sério Grupo: Almada	Hora: 11.55 às 13.25 Horas <b>Escola São Lourenço</b> Turma: 10ºF Sala: 28 Prof.: Lourenço Grupo: Almada	
<b>1º Tempo Tarde</b>	Hora: 14.25 às 15.55 Horas Turma: 9ºB Sala: A16 Prof.: Carla Sério Grupo: Portalegre	Hora: 14.25 às 15.55 Horas Turma: 10ºA Sala: C5 Prof.: Sofia Cid Grupo: Castelo Branco			Hora: 14.25 às 15.55 Horas Turma: 8ºC Sala: A5 Prof.: Francisco Baião Grupo: Portalegre
<b>2º Tempo Tarde</b>	Hora: 16.05 às 17.35 Horas Turma: 9ºC Sala: ??? Prof.: Carla Sério Grupo: Portalegre				

**Apêndice III – Plano de Sessão de Educação para a Saúde**

## Plano de educação para a Saúde

**Tema:** Sexualidade na Adolescência

**Estágio:** 1º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

**Grupo:** 43 Alunos do 8º B e 8ºC -23 do sexo feminino e 20 do sexo masculino

**Local:** Escola Secundária Mouzinho da Silveira **Data:** 06/05/2011 **Hora:** 10:15 / 14:25

**Objectivos:**

1. Compreender o conceito de sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade;
2. Analisar criticamente os papéis de género vigentes;
3. Compreender as vantagens e inconvenientes dos métodos contraceptivos;
4. Identificar as fontes de informação credíveis.

Fase da sessão	Sequência Didáctica	Conteúdos (8ºano)	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema. - Objectivos da sessão  APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade - Expectativas em relação sessão	Expositivo  Brainstorming		10 Minutos
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SEXUALIDADE - Compor a definição de sexualidade com o grupo de alunos  - Definição da OMS	Brainstorming  Expositivo Debate	Quadro  Projector Computador	20 Minutos
		- PAPÉIS DE GENERO	Filme: género_papeis sociais  Debate	Projector Computador	20 Minutos
		- METODOS CONTRACEPTIVOS  - O que são métodos contraceptivos? - Métodos contraceptivos que conhecem? - Para que servem?	Debate  Filme: Sida	Projector Computador	20 Minutos
		- FONTES DE INFORMAÇÃO  - Fontes de informação que mais utilizam? - Vantagens e desvantagens.	Expositivo  Debate	Projector Computador  Distribuição de cartão com contactos uteis	10 Minutos
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS  PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			10 Minutos

**Apêndice VII – Cartão dos Contactos Úteis**

## FACE ANTERIOR DO CARTÃO

### Contactos úteis

CRI Portalegre 24533089

<http://www.amorverdadeiro.com.pt/>

Serviços de Informação a Vítimas de Violência Doméstica 800 202 148

APAV 707200077

Sexualidade em linha 808222003

[sexualidade@ipj.pt](mailto:sexualidade@ipj.pt)

APF Lisboa 213853993

[www.sexualidade.pt](http://www.sexualidade.pt)

[www.sexualidadejuvenil.pt](http://www.sexualidadejuvenil.pt)

## FACE POSTERIOR DO CARTÃO

APARECE Tel: 213932477

Portal da Juventude

Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) Tel:217983000

[cidm@mail.telepac.pt](mailto:cidm@mail.telepac.pt)

APF Alentejo Tel: 266785018

[apfalemejo@sapo.pt](mailto:apfalemejo@sapo.pt)

IPJ Portalegre (gabinete “cuida-te”) 3ª feira das 14h às 16h.

[ipi.portalegre@ipi.pt](mailto:ipi.portalegre@ipi.pt)

Polícia 112

**I Mestrado Enfermagem em S. Comunitária  
ESSP**



**Apêndice VIII– Cronograma das Actividades**

### Cronograma de Actividades

<b>Mês</b> <b>Actividades</b>	<b>Jan.</b> <b>2011</b>	<b>Fev.</b> <b>2011</b>	<b>Mar.</b> <b>2011</b>	<b>Abril</b> <b>2011</b>	<b>Mai</b> <b>2011</b>	<b>Jun.</b> <b>2011</b>
Pesquisa bibliográfica						
Reunião com a Direcção da Escola para planeamento das sessões						
Reuniões de orientação com a Coordenação do 1º Mestrado para uniformização dos procedimentos em relação às sessões						
Elaboração do plano da sessão						
Preparação das temáticas a abordar						
Contactos desenvolvidos com a Johnson & Johnson; IPJ de Castelo Branco e Bayer Shering-Plough						
Elaboração dos questionários de satisfação dos alunos						
Realização das sessões						
Aplicação dos questionários de satisfação dos alunos						
Elaboração da base de dados no SPSS						
Introdução dos questionários na base de dados						
Análise dos dados						

**Apêndice IX – Avaliação do Projecto**

<b>Objectivo Específico:</b> Desenvolver intervenções de acordo com as necessidades de saúde no âmbito da educação sexual dos adolescentes.		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Realizar sessões de educação para a saúde - Distribuição de panfletos - Questões orais efectuadas no decurso da sessão		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		02/05/2011	06/05/2011
<b>Indicadores de Processo</b>		<b>Dados a Monitorizar</b>	
• Nº de sessões de EPS		Nº de sessões de EPS ----- X100 = Nº total de sessões previstas realizar  15 ----- X100 = 100% 15	
• Nº de panfletos distribuídos		Nº de panfletos distribuídos ----- X100 = Nº total de alunos que compareceram à sessão  276 ----- X100 = 100% 276	
<b>Indicador de Resultado de actividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a Monitorizar</b>	
• Nº de alunos que participaram nas questões efectuadas	50%	Nº de alunos que participaram nas questões Efectuadas ----- X100 = Nº total de alunos que compareceram à sessão  276 ----- X100 = 100% 276	

<b>Objectivo Específico:</b> Avaliar a satisfação dos adolescentes face á pertinência das actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual.		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Aplicação do questionário no final das actividades		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		02/05/2011	06/05/2011
<b>Indicador de Processo</b>		<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de questionários respondidos</li> </ul>		$\frac{\text{Nº de questionários respondidos}}{\text{Nº total de alunos que acederam ao questionário}} \times 100 =$ $\frac{276}{276} \times 100 = 100\%$	
<b>Indicador de Resultado de actividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de questionários preenchidos com satisfeito ou mais</li> </ul>	80 %	$\frac{\text{Nº de questionários preenchidos com satisfeito Ou mais}}{\text{Nº total de questionário aplicados}} \times 100 =$ $\frac{275}{276} \times 100 = 99,6\%$	

**Apêndices Parte II – Intervenção Comunitária na Área da Promoção de  
Comportamentos Saudáveis nos jovens/ Promoção da imagem da ESSP**

**Apêndice I – Questionário de Avaliação de Satisfação dos Jovens**

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

#### Dados de caracterização:

Idade: \_\_\_\_\_ anos                      Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_                      Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Estabelecimento de ensino: \_\_\_\_\_                      Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Questionário:

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Excelente
1	Forma como te receberam neste espaço					
2	Forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço					
3	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
4	Competência e profissionalismo					
5	Utilidade dos temas abordados					
6	Forma como os temas foram abordados					
7	Esclarecimento de dúvidas					
8	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
9	Grau de satisfação em geral					
10	Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º ano?	Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>	
11	Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>	

#### Comentários / Sugestões:

\_\_\_\_\_ Obrigada pela tua colaboração

**Apêndice II – Mapa de Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre**

## Mapas das Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre

<b>Dia</b>	<b>26 Abril</b>	<b>27 Abril</b>	<b>28 Abril</b>	<b>29 Abril</b>
<b>Manhã</b>	Escola Secundária Mouzinho da Silveira 12º Ano Horas – 9.30 H +/- 53 Alunos	Escola Secundária Mouzinho da Silveira 9º Ano Hora – 9.30 +/- 68 Alunos	Escola Básica 2,3 José Régio 9º Ano Hora - +/- 50 Alunos	Escola Básica 2,3 José Régio 9º Ano Hora - +/- 40 Alunos
<b>Tarde</b>	Escola Secundária Mouzinho da Silveira 12º Ano Horas – 15 H +/- 32 Alunos	Escola Secundária São Lourenço 9º Ano Hora – +/- 64 Alunos	Escola Básica 2,3 José Régio 9º Ano Hora - +/- 50 Alunos	Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão 9º Ano Hora – 14 H +/- 64 Alunos
<b>Grupo</b>	Crastes Rabaça Joana Lúcia Nuno Paula	Crastes Rabaça Joana Lúcia Nuno Paula	Susana Luís Pereira Luís Sónia Marília Ana Andres Milena	Susana Luís Pereira Luís Sónia Marília Ana Andres Milena

**Apêndice VI – Cronograma das Actividades**

### Cronograma de Actividades

Mês / Actividades	Jan. 2011	Fev. 2011	Mar. 2011	Abril 2011	Mai 2011	Jun. 2011
Escolha dos Temas para os Workshops						
Pesquisa Bibliográfica						
Contacto com as Escolas do Concelho de Portalegre						
Planeamento das Actividades com a Equipa Coordenadora do 1º Mestrado						
Elaboração dos Workshops						
Elaboração dos Questionários de Satisfação						
Contacto desenvolvido com a SIC						
Contacto desenvolvido com a RTP e TV Local Visão						
Sessão de Abertura e Realização dos Workshops						
Aplicação dos questionários aos alunos						
Elaboração da base de dados no SPSS						
Introdução dos questionários na base de dados						
Análise dos dados						

## **Apêndice VII - Avaliação do Projecto**

<b>Objectivo:</b> Informar os alunos sobre a missão da ESSP		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> -Sessões de Abertura com palestra sobre a ESSP		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicador de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de sessões de abertura efectuadas</li> </ul>	<p>Nº de sessões de abertura efectuadas ----- X100 = Nº sessões de abertura previstas efectuar</p> <p style="text-align: center;">4 ----- X100 = 100% 4</p>		

<b>Objectivo:</b> Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Apresentação de um filme dos cursos ministrados		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicador de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de filmes apresentados no decorrer de todos os dias das actividades dos cursos ministrados na ESSP</li> </ul>	<p>Nº de filmes apresentados no decorrer de todos os dias das actividades dos cursos ministrados na ESSP ----- X100 = Nº de filmes previstos apresentar no decorrer de todos os dias de actividades dos cursos ministrados da ESSP</p> <p style="text-align: center;">7 ----- X100 = 100% 7</p>		

<b>Objectivo:</b> Realizar actividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP	<b>Cronograma</b>	
<b>Actividades:</b> - Realização de workshops temáticos - Visita às instalações da ESSP - Distribuição de folhetos informativos	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
	26/04/2011	29/04/2011
<b>Indicadores de Processo</b>	<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de Workshops realizados</li> </ul>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Workshops realizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de workshops previstos realizar}} \times 100 =$ $\frac{21}{21} \times 100 = 100\%$	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de visitas realizadas às instalações da ESSP</li> </ul>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas realizadas às instalações da ESSP}}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas previstas realizar às instalações da ESSP}} \times 100 =$ $\frac{7}{7} \times 100 = 100\%$	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº de folhetos informativos distribuídos</li> </ul>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos informativos distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos presentes}} \times 100 =$ $\frac{317}{317} \times 100 = 100\%$	

<b>Objectivo:</b> Realizar actividades de promoção de comportamentos saudáveis, junto dos alunos		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> Avaliação do IMC Avaliação da HTA Suporte Básico de Vida		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		26/04/2011	29/04/2011
Indicadores de Resultado de actividades	Meta	Dados a monitorizar	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “avaliação do IMC”</li> </ul>	80%	Nº de alunos que participaram na actividade “Avaliação do IMC” ----- X100 = Nº total de alunos 317 ----- X100 = 100% 317	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “avaliação da HTA”</li> </ul>	80%	Nº de alunos que participaram na actividade “Avaliação da HTA” ----- X100 = Nº total de alunos 317 ----- X100 = 100% 317	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de alunos que participaram na actividade “Suporte Básico de Vida”</li> </ul>	80%	Nº de alunos que participaram na actividade “Suporte Básico de Vida” ----- X100 = Nº total de alunos 317 ----- X100 = 100% 317	

<b>Objectivo Específico:</b> Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas no âmbito da educação sexual.		<b>Cronograma</b>	
<b>Actividade:</b> - Aplicação do questionário no final das actividades		<b>Início</b>	<b>Fim</b>
		02/05/2011	06/05/2011
<b>Indicador de Processo</b>		<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de questionários respondidos</li> </ul>		<p>Nº de questionários respondidos ----- X100 = Nº total de alunos que acederam ao questionário</p> <p style="text-align: center;">317 ----- X100 = 100% 317</p>	
<b>Indicador de Resultado de actividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Dados a monitorizar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de questionários preenchidos com satisfeito ou mais</li> </ul>	80 %	<p>Nº de questionários preenchidos com satisfeito Ou mais ----- X100 = Nº total de alunos que responderam ao questionário</p> <p style="text-align: center;">317 ----- X100 = 100% 317</p>	

**APÊNDICES EM SUPORTE INFORMÁTICO**