



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



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

**A sexualidade na adolescência: Intervenção na
Escola Básica EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola
Secundária Mouzinho da Silveira**

Autor: Francisco José Marques São Pedro

Fevereiro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

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

A sexualidade na adolescência: Intervenção na Escola Básica EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Autor: Francisco José Marques São Pedro

Fevereiro
2013

“Alcançar a virtude é por questões, não dar respostas”

(Kohlberg, 1980)

AGRADECIMENTOS

Ao companheirismo e disponibilidade dos colegas

À Prof.^a Dr.^a Maria Filomena Martins pelo acompanhamento e atenção disponibilizada

RESUMO

Relatório referente ao estágio desenvolvido nas Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mouzinho da Silveira no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, que pretende descrever e analisar as actividades de educação para a saúde desenvolvidas.

Área temática: Sexualidade na adolescência.

O estágio desenvolveu-se segundo a metodologia do planeamento em saúde e dirigido à população adolescente.

Objectivo geral: Promover comportamentos saudáveis na área da sexualidade à totalidade dos adolescentes dos 8º e 9º anos e CEF, entre os 12 e os 19 anos, que frequentem as escolas, após Abril de 2012.

O projecto de estágio teve por base um diagnóstico da situação onde foram identificadas necessidades na população em falar sobre sexualidade, IST, contracepção e gravidez.

Prioridades definidas: prevenção das IST, vivência da afectividade e contracepção.

Estratégias definidas: Educação para a saúde.

Avaliação: Questionário à população após sessões.

Alcançaram-se todas as metas estabelecidas, mediante avaliação dos indicadores de actividade e resultado da actividade formulados. As taxas de informação dos adolescentes nas áreas prioritárias cifraram-se acima dos 90% para os indicadores de actividade. As taxas de conhecimento, identificação, reconhecimento, satisfação, esclarecimento e interesse dos adolescentes, cifraram-se entre os 70% e os 100% para os indicadores de resultado das actividades.

O projecto possibilitou o desenvolvimento de competências para intervir na comunidade, respondendo às suas necessidades.

Palavras-chave: Projecto, adolescência, metodologia do planeamento em saúde, promoção da saúde, enfermagem.

ABSTRACT

Report developed for the internship in school EB 2,3 Cristóvão Falcão and Secundária Mouzinho da Silveira within the II masters course in nursing from Escola Superior de Saúde de Portalegre which aims to describe and analyze the activities of health education developed.

Thematic area: Sexuality in adolescence.

The internship it was developed according to the methodology of health planning and directed to the adolescent population.

Overall goal: Promote healthy behaviors in the area of the sexuality for all the teenagers from 8th and 9th grade and CEF between 12 and 19 years old, attending schools after April 2012-

The internship project was based on a diagnosis of the situation where the needs of talking about sexuality, sexually transmitted infections, contraception and pregnancy were identified in the population.

Defined priorities: prevention of sexually transmitted infections, affectivity experience and contraception.

Defined strategies: Health education.

Evaluation: Questionnaire to the population after sessions

All the established goals were achieved by evaluating the activity indicators and the outcome of activity. The information rates of adolescents in priority areas amounted to over 90% for activity indicators. The knowledge, identification, recognition, fulfillment, enlightenment and teenage interest rates, amounted between 70% and 100% for the outcome indicators of activities.

The project allowed the development of skills to intervene in the community, responding to their needs.

Key-words: Project, adolescence, methodology of health planning, health promotion, nursing.

Abreviaturas e Símbolos

% - Frequência Relativa

1.^a - Primeira

1.^o - Primeiro

13.^a - Décima-terceira

2.^a - Segunda

2.^o - Segundo

3.^o - Terceiro

4.^a – Quarta

4.^o - Quarto

5.^o - Quinto

7.^o - Sétimo

8.^o - Oitavo

9.^o - Nono

ANA – American Nursing association (Associação Americana de Enfermagem)

APF - Associação para o Planeamento da Família

CEF - Curso de Educação e Formação

DIU - Dispositivo Intra-uterino

Dr. - Doutor

Dr.^a - Doutora

EB – Escola Básica

ed/eds. - editor/editores

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

f. - folha

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

I - Um

ICN - *Internacional Council of Nurses*

II - Dois

III - Três

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IV – Quatro

N - Frequência Absoluta

n.º - número

N.º - número

OEP - Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

org. - organizador

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

pp. - páginas

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

s.d. - sem data

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UNFPA - *United Nations Population Fund*

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

V - Quinto

VI - Sexto

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VII - Sétimo

VIII - Oitavo

Vol. - Volume

XX - Vinte

XXI – Vinte e um

X - Multiplicação

/ - Divisão

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 – QUADRO LEGAL E NORMATIVO	17
2 – O PLANEAMENTO EM SAÚDE	19
3 – ADOLESCÊNCIA	25
3.1 – ALTERAÇÕES/TRANSFORMAÇÕES SENTIDAS NA ADOLESCÊNCIA	26
4 – SEXUALIDADE	28
4.1 – SEXUALIDADE: O CONCEITO	28
4.1.1 – A sexualidade na adolescência	29
4.1.2 – Orientação sexual	30
4.1.3 – Violência sexual	31
5 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	33
6 – AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	36
7 – CONTRACEPÇÃO	37
8 – A EDUCAÇÃO SEXUAL	40
8.1 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL	43
8.2 – FONTES DE INFORMAÇÃO	46
8.2.1 – O Grupo	46
8.2.2 – Os pares	46
8.2.3 – A família	47
8.2.4 – A escola	49
8.2.5 – A religião	50
8.2.6 – Os meios de comunicação social	50
8.2.7 – A internet	51
9 – TEORIA/MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	52
CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	56
1 – POPULAÇÃO-ALVO DO PROJECTO DE ESTÁGIO	58
2 – CAMPO DE ESTÁGIO	59
2.1 – ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO	59
2.2 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	59
CAPÍTULO III – ETAPAS DO PLANEAMENTO	60

1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	60
1.2 – IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E NECESSIDADES	62
2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	64
3 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS	67
4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	77
5 – ELABORAÇÃO DO PROJECTO	79
6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	81
6.1 – EXECUÇÃO	83
7 – AVALIAÇÃO	87
7.1 – ANÁLISE DE DADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	88
7.1.1 – Análise dos dados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão	89
7.1.2 – Análise dos dados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	93
7.2 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES E ACTIVIDADES REALIZADAS	98
7.2.1 – Indicador de actividade das secções de intervenção planeadas	99
7.3 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA PREVENÇÃO DAS IST	99
7.3.1 – Indicadores de actividade	99
7.3.2 – Indicadores de resultado das actividades	100
7.4 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA VIVÊNCIA DA AFECTIVIDADE	101
7.4.1 – Indicadores de actividade	101
7.4.2 – Indicadores de resultado das actividades	102
7.5 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA CONTRACEPÇÃO	104
7.5.1 – Indicadores de actividade	104
7.5.2 – Indicadores de resultado das actividades	104
7.6 – AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS	105
CONCLUSÕES	108
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	126
ANEXO I – ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	127
ANEXO II – EXEMPLAR DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	129
APÊNDICES	136
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO PROJECTO DE ESTÁGIO	137
APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO TIPO	140
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS ALUNOS	143
APÊNDICE IV – SUPORTE INFORMÁTICO	146

Índice de Tabelas

	f.
Tabela n.º1 – Objectivo, meta e indicador de actividade relativos às sessões de informação previstas para ambas as escolas	68
Tabela n.º2 – Objectivos, metas e indicadores de actividade na área prevenção das IST	68
Tabela n.º3 – Objectivos, metas e indicadores de resultado das actividades na área prevenção das IST	69
Tabela n.º 4 – Objectivos, metas e indicadores de actividade na área vivência da afectividade	70
Tabela n.º 5 – Objectivos, metas e indicadores de resultado das actividades na área vivência da afectividade	71
Tabela n.º 6 – Objectivos, metas e indicadores de actividade na área contracepção	74
Tabela n.º 7 – Objectivos, metas e indicadores de resultado das actividades na área contracepção	75
Tabela n.º 8 – Distribuição Dos inquiridos na EBCF segundo a importância da formação	89
Tabela n.º 9 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência na EBCF	89
Tabela n.º 10 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação com os temas apresentados	90
Tabela n.º 11 – Distribuição dos inquiridos na EBCF de acordo com adequação dos meios utilizados	90
Tabela n.º 12 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação com a informação fornecida	90
Tabela n.º 13 – Distribuição dos inquiridos na EBCF de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados	91
Tabela n.º 14 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	91
Tabela n.º 15 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião sobre a fase da adolescência	92

Tabela n.º 16 – Identificação de pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade da EBCF	92
Tabela n.º 17 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião acerca de “O preservativo só evita a gravidez”	92
Tabela n.º 18 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião sobre “O uso da pílula previne IST”	93
Tabela n.º 19 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a importância da formação	93
Tabela n.º 20 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência na ESMS	94
Tabela n.º 21 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação com os temas apresentados	94
Tabela n.º 22 – Distribuição dos inquiridos na ESMS de acordo com a adequação dos meios utilizados	95
Tabela n.º 23 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação com a informação fornecida	95
Tabela n.º 24 – Distribuição dos inquiridos na ESMS de acordo com o domínio dos formados em relação aos temas apresentados	96
Tabela n.º 25 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	96
Tabela n.º 26 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a opinião sobre a fase da adolescência	97
Tabela n.º 27 - Identificação de pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade na ESMS	97
Tabela n.º 28 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a opinião acerca de “O preservativo só evita a gravidez”	97
Tabela n.º 29 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo opinião sobre “O uso da pílula previne IST”	98

INTRODUÇÃO

Este trabalho final do II curso de Mestrado em Enfermagem consistiu na elaboração de um relatório de estágio subordinado ao tema da sexualidade na adolescência, visando a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem e do título de Especialista em Enfermagem Comunitária.

A elaboração do presente relatório pretende demonstrar, por intermédio da reflexão e aplicação de conhecimentos, o desenvolvimento de competências profissionais, adquiridas ao nível do curso de mestrado em geral e no campo de estágio em particular, necessárias a uma prática diferenciada de cuidados no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Importa referir que o relatório configura um trabalho de análise, monitorização e avaliação das actividades desenvolvidas num determinado contexto.

No projecto de estágio desenvolvido, a escolha da temática, bem como o local a analisar, foram opção do mestrando, tendo em conta opções prévias, dadas pela professora coordenadora do mestrado. A ESSP desempenha um papel muito importante, não só, em termos de formação de profissionais de enfermagem, mas também, no contributo dado para a responsabilidade social. Deste modo, o projecto de estágio que este relatório versa foi desenvolvido em duas escolas do concelho de Portalegre.

O estágio foi realizado concretamente na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira (ESMS), ambas escolas do concelho de Portalegre.

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

A prática profissional do enfermeiro de saúde comunitária deverá assim inserir-se num contexto de actuação em que se “preserva e melhora a saúde de uma comunidade”, American Nursing Association (ANA) (1980) citada por Stanhope & Lancaster (1999), na qual o planeamento de saúde é um dos seus pilares.

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

“o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem” (2008:8).

Para o projecto de estágio foi delineado como objectivo geral:

- Promover comportamentos saudáveis na área da sexualidade à totalidade dos adolescentes dos 8º e 9º anos e CEF, entre os 12 e os 19 anos, que frequentem a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão na cidade de Portalegre, após Abril de 2012.

Para a consecução deste objectivo geral, vão ser mobilizados e aplicados os saberes relativos às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pelo delineamento de um projecto de intervenção, baseado na metodologia do planeamento em saúde, para promover a saúde da população em causa.

Foram também traçados os seguintes objectivos específicos:

- Desenvolver o projecto de estágio segundo as etapas do planeamento em saúde;
- Planear intervenções de enfermagem para os adolescentes envolvidos no projecto;
- Contribuir para a implementação do Plano Nacional de Saúde (área da educação sexual) na população-alvo de ambas as escolas;
- Avaliar o efeito das intervenções de enfermagem implementadas, inquirindo a população-alvo após as intervenções.

Como objectivos do presente relatório de estágio foram delineados os seguintes:

- Descrever as actividades desenvolvidas no campo de estágio;
- Interpretar os resultados obtidos nas actividades do projecto de estágio em ambas as escolas;
- Analisar criticamente os resultados obtidos.

Sendo a Sexualidade na Adolescência uma área de muito interesse no âmbito da saúde comunitária e de interesse pessoal para o mestrando, esta vai também, ao encontro de uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010.

As escolas em parceria com o Ministério da Saúde devem adoptar estratégias de modo a promover a saúde e prevenir a doença através de acções que devem ocorrer durante o ano lectivo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

Como refere o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2006:16)

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

Ainda o mesmo documento defende que, as escolas “devem permitir criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do Centro de Saúde e dos outros sectores da comunidade no desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde” (PNSE, 2006:16).

A escolha da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre, deveu-se ao facto de existir interesse por parte da direcção da própria por esta temática e por não haver nenhum estudo desta natureza no seu contexto escolar. Preocupação esta manifestada através de um pedido feito à ESSP para colaborar com a escola nesta área específica. A este propósito, de referir que foi nesta escola realizado o diagnóstico da situação, efectuado às turmas do 8.º, 9.º ano e CEF.

No caso da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, este campo de estágio justifica-se pelo interesse da referida escola na implementação de acções na área da educação sexual, que contribuam para a promoção da saúde, dando continuidade ao trabalho desenvolvido no ano anterior, por alunos da ESSP, tendo nesta escola sido realizado anteriormente um diagnóstico da situação.

Segundo o Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa (2010:10-11)

“A população jovem dos nossos dias enfrenta crescentes pressões face ao sexo e à sexualidade, incluindo mensagens e normas antagónicas. Por um lado, a sexualidade é retratada em muitas instâncias (exemplo: alguns tipos de educação sexual, dados e mensagens informativas sobre saúde) como negativa e associada à culpa, ao medo e às doenças; e por outro, é retratada como positiva e desejável pelos pares e excessivamente enfatizada e por vezes distorcida nos *media*. Estas pressões podem ser exacerbadas pela exposição a informações enganosas ou incorrectas, uma falta de capacidades e de consciência dos seus direitos, e pelas expectativas com base no género. Quer existam ou não relações sexuais, os jovens devem sentir-se confortáveis com o seu corpo, sexualidade e identidade sexual, de igual forma, devem ser capazes de se auto-protegerem e sentirem seguros e protegidos pelo ambiente à sua volta”.

Apesar de ser considerado como um grupo saudável, existe uma preocupação crescente a nível mundial que resulta da vulnerabilidade que lhe é associada, decorrente das características peculiares da adolescência, reconhecida como um período de grandes mudanças biológicas, psicológicas, afectivas, sociais e familiares. E, porque a mudança pressupõe um período de crise e de maior vulnerabilidade, o adolescente está sujeito a maiores riscos, nomeadamente ao nível da integração social, da saúde física e mental.

Neste sentido, o enfermeiro de saúde comunitária assume um papel muito importante, informando e promovendo a saúde, como já referido.

Para Stanhope & Lancaster (2011:306), “A principal razão para os enfermeiros se preocuparem com a aprendizagem prende-se com o facto desta permitir aos indivíduos melhorar as suas capacidades de tomada de decisão e assim modificarem o seu comportamento”.

Educar consiste em criar e proporcionar acontecimentos que facilitem a aprendizagem, sendo que a aprendizagem se caracteriza como o processo de obter conhecimento e mestria. Desta forma, “assim que o indivíduo aprenda ou adquira determinado conhecimento ou mestria, o processo completa-se e daí resulta mudança de comportamento” (Driscoll, 1994; Knowles et al., 1998; Palazzo, 2001, citados por Stanhope & Lancaster, 2011:306).

Em comunidade, trabalhar com grupos, exige uma capacidade educativa importante por parte da enfermagem comunitária. Trabalhar com grupos é um meio eficaz e poderoso de iniciar e implementar mudanças nos indivíduos, organizações e comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Concretamente no que respeita ao grupo da população adolescente e dado o papel da enfermagem comunitária, os enfermeiros podem ajudar os grupos a atingir objectivos de saúde, através dos seus conhecimentos dos determinantes da saúde e riscos para a saúde dos indivíduos (Stanhope & Lancaster, 2011).

Segundo Powel (1999), citado por Stanhope & Lancaster (2011:319): “Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para trabalhar com e para ajudar os grupos da comunidade quando estes respondem a ameaças reais e potenciais à sua saúde”.

Tal pressuposto conduz, no entender de Stanhope & Lancaster (2011), a melhorias na saúde da população por intermédio dos enfermeiros que trabalham com grupos em direcção a esse objectivo.

Nos cuidados de enfermagem a prestar na comunidade, incluem-se três componentes fundamentais: gestão de problemas de saúde reais ou potenciais; Educar, em que o enfermeiro oferece informações para promover estilos de vida saudáveis e por fim a gestão de casos e coordenação de cuidados. Em todo este processo, no final, a avaliação revela-se crítica. Nesta fase os enfermeiros identificam e documentam os resultados positivos das intervenções, o que pode estar incluído nos seus objectivos, como um melhor conhecimento adquirido ou alterações observáveis dos comportamentos (Stanhope & Lancaster, 2011).

O relatório apresenta-se elaborado de acordo com as linhas orientadoras de um processo científico. Assim, dá-se início à fase conceptual com um enquadramento teórico, onde se expõem os aspectos relacionados com a temática escolhida, nomeadamente o planeamento em saúde, a adolescência, a sexualidade, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), a contracepção, a educação sexual e as fontes de informação sobre a sexualidade a que os adolescentes recorrem, o enfermeiro e a educação sexual e a teoria/modelo de promoção da saúde.

Seguidamente será abordada a intervenção nos campos de estágio, com o tema intervenção comunitária.

Posteriormente será dada continuidade ao processo de planeamento em saúde, com um breve resumo dos resultados obtidos no diagnóstico da situação, com a definição de prioridades, adjacente à fase diagnóstica. Segue-se a fixação dos objectivos do projecto, sendo nesta metodologia seleccionadas a seguir estratégias para a consecução dos objectivos e elaborados os programas e projectos.

A etapa da preparação da execução/ execução será descrita de acordo com as actividades desenvolvidas nas escolas envolvidas e para findar, será efectuada a etapa da avaliação, através da análise dos dados do questionário aplicado aos adolescentes, medindo assim os indicadores formulados.

Por último, o presente relatório terminará com as conclusões e a bibliografia que serviu de suporte à elaboração do mesmo.

CAPÍTULO 1 – FASE CONCEPTUAL: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - QUADRO LEGAL E NORMATIVO

A sexualidade é uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos 2004-2010. Este plano serviu de base para a escolha da área de intervenção em saúde e o início simultâneo do planeamento em saúde nessa área.

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

A 24 de Março de 1984 com a publicação do Lei n.º 3/84 (1984:981), o estado português reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas. No artigo 1.º refere: “o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”.

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

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

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

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

2 — Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.” (Decreto-Lei n.º 259/2000, 2000:5786).

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

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

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

Ao longo dos anos tem existido uma preocupação cada vez maior em adequar a saúde escolar às necessidades das populações sendo que esta é da responsabilidade do Ministério da Saúde e a escola deve educar de modo a promover a saúde.

2 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE

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

Os objectivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, nomeadamente graças à influência das várias conferências mundiais de promoção da saúde que se têm vindo a realizar e que se realizaram após 1986. Tal como se pode constatar na última conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, no Quênia, foi destacada a importância da promoção de saúde, numa altura em que, o mundo se confronta com numerosos desafios, nomeadamente a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil, e as alterações climáticas.

Ainda, pelo facto de as doenças transmissíveis terem sofrido um aumento considerável, foi feito um apelo no sentido de ser dada uma maior prioridade ao controlo na transmissão destas doenças. De igual forma, foram destacados como aspectos-chaves no maior sucesso na promoção da saúde, a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político e, a criação de condições que permitam aos indivíduos um maior controlo sobre as suas próprias vidas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços” (Imperatori & Giraldes, 1982/1986:7).

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

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

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

Para a elaboração de um projecto, plano ou programa no âmbito da Saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita facilitar as intervenções mais correctas numa determinada área, permitindo a elaboração de projectos, dirigidos quer para problemas de saúde das comunidades, quer a nível organizacional (infra-estruturas, articulação intersectorial,...). Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986:9) “as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação”.

No Anexo I, encontra-se o esquema das etapas do planeamento em saúde.

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação. É o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”. A existência de um projecto torna-se compreensível na medida em que proporcione a satisfação de uma necessidade identificada nesta área (Tavares, 1990).

Refere Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”, por sua vez, necessidade “exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Neste sentido, quando se faz o diagnóstico da situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

Tanto Imperatori & Giraldes (1982/1986) como Tavares (1990) referem que, o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, de modo a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente. A qualidade e perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão conseqüentemente a escolha das prioridades.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986:14), “O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades”.

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, devem ser definidos os critérios de decisão (fase crucial no processo de determinação de prioridades, pois juntamente com a ponderação no final, são ordenados de forma prioritária os problemas), estimam-se e compararam-se os problemas.

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

Existem aspectos que se devem considerar quando se definem objectivos, segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986):

- A selecção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A definição dos objectivos a atingir;
- A tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas”.

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

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

Esta etapa requer uma grande criatividade dos responsáveis pelo planeamento pois quanto maior for o seu conhecimento sobre o problema em estudo, maior será a probabilidade de criar novas abordagens aos problemas, sendo para tal necessário investigar sobre situações semelhantes já elaboradas. Contudo, referem Imperatori & Giraldes (1982/1986) e Tavares (1990) que poderão surgir obstáculos, quer a nível organizacional, legal ou financeiro, às estratégias definidas, como formas de resistência á mudança.

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

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

- “1 – o que deve ser feito;
- 2 – quem deve fazer;
- 3 – quando deve fazer;
- 4 – onde deve ser feito;
- 5 – como deve ser feito;

- 6 – avaliação da actividade;
- 7 – se possível: o objectivo que deve atingir;
- 8 – eventualmente: o custo da actividade”.

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

Ainda Tavares (1990) refere que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), comportamentos (regulamento – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes do processo), métodos (procedimentos – determinar como devem ser processados ao acontecimentos e as actividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as actividades).

A última etapa é a da avaliação. Para Imperatori (1982/1986:127):

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objectivo e o objecto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”.

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

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

3 – ADOLESCÊNCIA

A definição de adolescência tem evoluído ao longo dos anos. É uma fase conceptualizada entre a infância e a vida adulta, iniciando-se com as primeiras alterações físicas da maturidade sexual e termina com a realização social do indivíduo, enquanto adulto independente, correspondendo assim, a um período de mudanças, de influências de vários factores, como o desenvolvimento psicológico e a integração no grupo.

Segundo Aberastury (1983) citado por Neto (2004) o adolescente passa por uma fase difícil de maneira a encontrar uma identidade, podendo ser um processo longo e ao mesmo tempo lento onde vai construindo a sua própria personalidade podendo surgir muitas dúvidas. Neste sentido, refere M. Martins (2007:19-20)

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

A palavra adolescência deriva do latim, em que *ad* significa para, e *olescer* - crescer, condição para *adolescere*. Assim, “*adolescere*” significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Ferreira & Nelas, 2006 citando Muuss, 1976).

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

“período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. É um período em que ocorrem grandes modificações físicas, psicológicas e sociais que afectam o indivíduo. É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade” citada por Ferreira & Nelas (2006:145).

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

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

3.1 – ALTERAÇÕES/TRANSFORMAÇÕES SENTIDAS NA ADOLESCÊNCIA

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

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

Segundo Zagury (1996) citado por Brasil, Mitsui, Pereira & Alves (2000) a adolescência é uma fase complexa devido a mudanças corporais que podemos considerar como universais, já as psicológicas e relacionais podem variar de grupo para grupo como de cultura para cultura mas também podem existir mudanças tanto no campo intelectual e afectivo dos adolescentes. Podendo no entanto também ocorrer mudanças a nível social onde o adolescente adquire características do seu grupo de referência de modo a sentir estabilidade que anteriormente conseguia dentro do seu grupo familiar.

Trata-se de uma fase que representa “un tiempo personal que marca el ingreso al mundo através de la conquista de un espacio próprio, en el espacio social e cultural” (M. Martins, 2007:20).

Com o desenvolvimento intelectual do adolescente, os afectos ganham destaque nas relações, pois, o universo dos afectos é comunicável na medida em que as representações das coisas e palavras formam, com os afectos, um complexo psíquico inteligível.

Segundo Bock *et al* (1999:251)

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

Por seu lado, as emoções são “expressões afectivas acompanhadas de reacções intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito aguardado (fantasiado)” Bock *et al* (1999:255).

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

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

Quanto ao enamoramento, este implica o desejo e a atracção, compreendendo uma série de componentes cognitivas (idealização do outro ou da relação, desejo de conhecer o outro e ser conhecido, ...); emocionais (desejo de ter uma união completa e permanente, terror face à ausência, ...); e comportamentais (acções dirigidas a manter a proximidade com o outro, afastamento de tudo aquilo que não se relaciona com a pessoa amada, ...).

Por último, a experiência/relação amorosa, comporta todos os outros tipos de afectos referidos, como a empatia, a rejeição, a hostilidade e a ira, sendo assim, multidimensional. A relação amorosa juntamente com o amor são difíceis de definir, pois o “amor é um fenómeno tão complexo, com tal variedade de sentimentos, comportamentos e atitudes, que pode assumir múltiplas formas” (López & Fuertes, 1999:190).

É na adolescência que a afectividade, até aí circunscrita à família, orienta mais intensamente noutras dimensões, nomeadamente nos amigos e amigas da mesma idade e nalguns adultos.

4 – SEXUALIDADE

4.1 – SEXUALIDADE: O CONCEITO

A sexualidade é algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte, em cada etapa da vida. Os adolescentes, os adultos e os idosos são sexuados; têm interesses sexuais e expressam a sua sexualidade através de diferentes comportamentos.

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

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

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

“uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental” citada por Almeida, Marinho & Tavares (2010).

Cada indivíduo vive a sua sexualidade de forma diferente de acordo com a educação recebida pela família, pelos amigos, pela escola, pelo local onde vive, pelos meios de comunicação, entre outros e esta experiência interfere na construção da personalidade da pessoa e, portanto, na sua saúde.

A sexualidade deve ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, marcando a expressão do homem e da mulher.

4.1.1 – A Sexualidade na Adolescência

Como já abordado, na adolescência produzem-se um conjunto de alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que: “situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia” Lopez & Fuertes (1999:83).

As mudanças impostas pela puberdade, caracterizadas como profundas e geralmente rápidas, acarretam uma certa dose de crise. Gera-se uma necessidade de readaptação, que por vezes, não é fácil de assimilar, daí que a ansiedade ou a preocupação com a aparência física sejam normalmente uma constante nesta etapa (Lopez & Fuertes, 1999).

Na adolescência, a sexualidade passa a manifestar-se de uma forma mais intensa e clara do que até aí, começando-se a estabelecer uma ligação entre a sexualidade e a afectividade. Ligação esta vivenciada de forma diferente entre os rapazes e raparigas (Miguel, 1988).

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

Segundo Miguel (1988), a partir da adolescência, a sexualidade manifesta-se através dos sonhos sexuais, desejos e excitações sexuais, fantasias sexuais, masturbação e relações sexuais.

Para Miguel (1988), os sonhos sexuais, são todos os que configuram uma situação sexual, mesmo que não seja uma actividade sexual perfeitamente clara, podem ser acompanhados de excitação sexual e por vezes de orgasmo. Estes sonhos podem não se verificar na totalidade dos adolescentes.

No caso dos desejos e excitação sexual, estes aparecem com uma intensidade variável, podendo ter ou não qualquer relação com a vida afectiva, tanto nos rapazes como nas raparigas.

Em relação às fantasias sexuais, estas são muito variáveis de pessoa para pessoa e têm um papel importante na sexualidade. Através delas os adolescentes recebem prazer e excitação. As fantasias são parte integrante na masturbação e mesmo nas relações sexuais (Miguel, 1988).

Os adolescentes por vezes realizam práticas sexuais com muita dose de aventura e irresponsabilidade.

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

Quer haja relações sexuais propriamente ditas, quer outras formas de relacionamento sexual mais limitado como carícias ou exploração do corpo um do outro, iniciam-se em idades muito variáveis, umas vezes na adolescência, outras vezes mais tarde (Miguel, 1988).

Um desses comportamentos e experiências é a masturbação, “vivenciada de forma mais ou menos positiva” pelos adolescentes (Nueva, 2001). Para Miguel (1988:25), “Nos rapazes e raparigas a masturbação é uma forma possível de satisfação do desejo sexual pelo prazer da excitação e do orgasmo”.

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

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

4.1.2 – Orientação Sexual

Na actualidade, o termo “orientação sexual” determina vários significados diferentes e são muitos os determinantes nos comportamentos sexuais entre eles biológicos, psicológicos, socioculturais. Para muitos autores podem considerar-se três orientações sexuais: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade. As três são normais, naturais e fixas em adultos, isto é, são imutáveis.

Assim, considera-se heterossexual o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do género oposto; homossexual é o indivíduo que se sente sexualmente atraído por pessoas do mesmo género; bissexual é considerado o indivíduo que se sente atraído tanto por pessoas de ambos os géneros, não necessariamente no mesmo grau de intensidade.

A vivência da sexualidade depende dos próprios indivíduos e não de quaisquer especificações arbitrárias que poderiam ser impostas através de sociedade, tais como os preconceitos que tentam definir se o indivíduo é heterossexual ou homossexual. Todo o ser humano tem direito à autodeterminação sem qualquer imposição social.

Cada vez mais se compreende que a homossexualidade não é uma questão de escolha ou opção, não se quer ser homossexual, heterossexual ou bissexual, embora se encontre por definir o mecanismo dessa orientação sabe-se que se pode ser geneticamente determinada.

No caso concreto da adolescência, considera Cordeiro (2009:331)

“as experiências homossexuais, masculinas e femininas, (...), não são, para a larga maioria dos jovens, um factor preditivo da sua orientação futura, mas apenas uma forma de melhor conhecer o corpo e integrado nas condutas de experimentação ou de ensaio”.

Os problemas que os jovens homossexuais atravessam não se resumem só ao meio social onde estão inseridos, também enfrentam problemas entre os amigos e os familiares.

O bem-estar sexual é uma parte fundamental da saúde humana, o estilo de vida sexual é importante e entre outras coisas, tem a ver com a compreensão do próprio corpo.

4.1.3 – Violência Sexual

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

Segundo Cordeiro (2009), apesar de se desconhecer em Portugal a sua verdadeira dimensão crê-se que se trata de um problema frequente. Refere ainda o autor que da análise dos casos, se permite afirmar que cerca de 90% dos abusos acontecem em meio familiar e mesmo na maioria dos outros 10%, só em 1-2% destes casos, o agressor é um desconhecido ou estranho.

As consequências do abuso sexual são graves e por vezes para toda a vida, para além dos efeitos físicos, psicológicos e o traumatismo sobre a vivência de uma sexualidade normal e adequada, há que acrescentar os riscos acrescidos das IST, gravidez, entre outros.

“Perante um mundo recheado de energúmenos, nada melhor que a política ofensiva: “a melhor defesa é o ataque”, e o “silêncio dos inocentes” só penaliza a própria vítima” (Cordeiro, 2009:371).

O abuso sexual é considerado nas suas diversas formas uma forma grave de maus-tratos na infância e na adolescência. Quer a ONU, na convenção sobre os direitos da criança, quer a Constituição Portuguesa, consideram-no crime público devendo ser participado por qualquer pessoa.

Assim, o abuso sexual é um problema candente, grave e intolerável nas sociedades que reclamam o humanismo e que juram defender os direitos do ser humano. O problema é, no entanto, muito complexo, com contornos muitas vezes mal definidos e gerador de uma teia de cumplicidades, influencias, silêncios e tabus que dificultam a sua abordagem e como refere Cordeiro (2009:372):

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

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

5 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência existem cada vez mais comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes, como seja a violência sexual, o consumo de drogas ilícitas, as infecções sexualmente transmissíveis, o HIV, a gravidez não planeada e o aborto (Vilelas, 2009).

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

O PNS de 2004-2010 contudo, refere que a taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos) tem vindo a decrescer em Portugal Continental. Sendo que em 2001 era de 5,9/1000 nados vivos e a meta para 2010 deveria ser inferior a 5/1000 nados vivos (PNS 2004-2010:54).

Em 2009, segundo o INE, nasceram 4350 crianças (4,36%), de mães adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. Sendo que em 2008 segundo a mesma fonte nasceram 4551 crianças (4,35%), pode-se constatar que os valores são similares relativamente ao número de crianças nascidas de mães adolescentes entre 2008 e 2009.

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

Para Canavarro & Pereira (2001), existem várias explicações possíveis para a gravidez na adolescência. Uma delas revela-se na falta de informação ou informação mal prestada sobre contracepção e fisiologia reprodutiva. É comum encontrar jovens com a crença de que não se pode engravidar na primeira relação sexual.

Analisando a adolescência de acordo com os factores desenvolvimentais, cognitivos e psicossociais, esta caracteriza-se pela existência de impulsividade; pensamento mágico (“isto não me pode acontecer a mim”); a necessidade de agradar; a dificuldade em pensar a longo prazo e de ponderar as consequências de determinado comportamento; e a ambivalência em relação ao seu comportamento sexual, podem levar os jovens adolescentes, correctamente informados, a terem relações sexuais não protegidas (Coley e Chase-Lansdale, 1998; Franco *et al*, 1998; Harris, 1998; Lourenço, 1996; Tobias & Rice, 1998 citados por Canavarro & Pereira, 2001).

Outra explicação revela-se quando a adolescente inicia a sua actividade sexual (normalmente, de forma esporádica), ficando equivocada quanto à necessidade de utilização da contracepção. Poderá acontecer, que ao se consumir uma relação sexual e não havendo concepção, as jovens à medida que o tempo avança, acreditem mais na sua invulnerabilidade (Canavarro & Pereira, 2001).

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

A gravidez na adolescência comporta uma dupla crise de desenvolvimento, pois segundo Ravert & Martin (1997) citados por Canavarro & Pereira (2001:339), verifica-se uma “superimposição da crise situacional da gravidez e parentalidade na crise maturacional da adolescência”.

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

Os enfermeiros têm promovido sessões de informação aos adolescentes no âmbito da saúde escolar, no entanto, para Gomes & Sousa (2005), é necessário que estes sejam inseridos nos programas curriculares, permanecendo junto da comunidade escolar como educadores para a saúde e agentes promotores de estilos de vida saudáveis, nos quais se insere a prevenção da gravidez na adolescência.

6 – AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O estudo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tem vindo a alterar-se drasticamente nos últimos anos. Durante várias décadas, depois do desenvolvimento dos antibióticos nos anos 40 do século XX, as IST foram consideradas um problema ultrapassado. Recentemente, com o aumento das IST causadas por vírus e o emergir de estirpes resistentes a antibióticos, levantaram-se novos desafios (Hale, 1999).

Os adolescentes adoptam padrões de risco cada vez mais cedo e na escolha de estilos de vida, o fracasso na negociação dos obstáculos, próprio desta fase do desenvolvimento, pode trazer consequências sérias para a saúde, como alcoolismo, ou outras drogas e infecções sexualmente transmissíveis, entre outras (Sousa, 2000).

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

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

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

A adopção de comportamentos de risco face à sexualidade por parte dos adolescentes assenta em factores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, crenças e atitudes sobre sexualidade, influência dos pares, características biológicas e na relação com a escola (Kirby, 2001 citado por Magalhães, 2009).

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

A UNICEF estima que, todos os anos, ocorrem cerca de 100 milhões de novos casos de IST em jovens abaixo dos 25 anos, excluindo o VIH. A OMS refere que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (Ferreira, 2008).

As IST constituem uma ameaça para a saúde reprodutiva (Häggröm-Nordin *et al*, 2002, citados por Ferreira, 2008). As consequências das IST variam com o tipo de infecção, podendo causar desde morte prematura, a infertilidade, cancro cervical, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e aumento de pobreza (UNFPA, 2003 citada por Ferreira, 2008). Além disso, facilitam ainda a transmissão de VIH entre os parceiros sexuais (Ferreira, 2008).

Relações sexuais, vaginais, anais ou orais, sem utilização de preservativo, aumentam o risco, não só de contrair SIDA, como também outras IST (Bersamin *et al*, 2008 citados por Ferreira, 2008). Nos adolescentes sexualmente activos, o uso do preservativo de forma consistente representa a forma de prevenção mais eficaz. Para os que não o usam, o risco de contrair uma IST é cerca de duas vezes superior (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008).

O início precoce da actividade sexual, o número de parceiros, o ter um parceiro que já tenha tido ou tenha múltiplos parceiros sexuais, a não utilização ou utilização incorrecta do preservativo (Crosby *et al*, 2003 citados por Ferreira, 2008) são algumas das causas das IST na adolescência.

As consequências das IST nos adolescentes podem ser ainda mais graves, por estes tenderem a não procurar tratamento ou a procurá-lo mais tarde. Muitas vezes até podem suspeitar que têm uma IST, mas não procuram os cuidados de saúde por temerem que a sua privacidade não seja respeitada, por se sentirem demasiado embaraçados ou culpados, igualmente pelo facto de os serviços de saúde serem longe ou porque as horas de funcionamento não são compatíveis com os seus horários (UNICEF, 2002 citada por Ferreira, 2008).

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

Estão identificadas várias IST. Diferem quanto à origem do agente etiológico, podendo ser provocadas por vírus, bactérias, fungos ou parasitas.

7 – CONTRACEPÇÃO

As actividades em Planeamento Familiar visam não só cuidados na área de saúde reprodutiva, mas também actividades de promoção da saúde, tais como: informação; aconselhamento sexual; prevenção e diagnóstico precoce de IST. A Consulta de Planeamento Familiar tem como objectivo regular a fecundidade de acordo com a vontade do indivíduo, promovendo a vivência da sexualidade de forma saudável e segura. Visa a preparação da maternidade/paternidade responsáveis ao mesmo tempo que contribui para a diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade materno-infantil, de IST e infertilidade.

O capítulo II do Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro considera os adolescentes como alvo da intervenção e, nesse sentido, devem ser adoptadas estratégias para apelar à sua adesão a estas consultas, como horários flexíveis, simplificação da burocracia e sem restrição de áreas de influência. Outra alínea importante refere-se à optimização de condições que favoreçam a adesão do género masculino a estas consultas, especialmente os elementos mais jovens.

Os métodos contraceptivos visam evitar uma gravidez não desejada e o preservativo ajuda a prevenir IST. Em Portugal, segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2009), 85,4% da população feminina em idade fértil usa um método de contracepção e desta percentagem, 23% não faz vigilância em consulta de planeamento familiar. Os métodos contraceptivos mais utilizados, de acordo com o mesmo inquérito, são a pílula e o preservativo.

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

- A contracepção hormonal oral apresenta benefícios para a adolescente, não só pelo efeito contraceptivo, mas também na regulação dos ciclos, melhoria da acne, prevenção de quistos funcionais do ovário e diminuição da dismenorrea;

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

A idade por si só não é uma contra-indicação da utilização dos métodos, podendo indicar-se a maioria deles.

O interesse pela contracepção na adolescência tem aumentado e uma dessas razões, segundo Almeida, Aquino, Gaffinkin & Magnani (2003), consiste no facto de a taxa de gravidezes ter diminuído, excepto nesta faixa etária. A partir da década de 80 observou-se um aumento significativo das taxas de fecundidade no grupo etário dos 15 aos 19 anos, cujos índices ganham peso, quando comparados com o concomitante decréscimo das taxas de fecundidade no grupo etário dos 20 aos 24 anos (Camarano, 1998 citado por Cabral, 2003).

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

O adolescente tem direito à privacidade aquando do atendimento em consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, independentemente da idade, sendo reconhecida a sua autonomia e individualidade. A confidencialidade é direito de todos os utentes, contemplado no código de ética e deontologia dos profissionais de saúde, aplicando-se ao atendimento de adolescentes. A privacidade e a confidencialidade favorecem a abordagem preventiva, promovendo a adesão dos jovens a um método contraceptivo de forma consistente.

O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação, à confidencialidade e ao sigilo sobre a sua actividade sexual (Saíto & Leal, 2003). “O uso de contraceptivos mostra uma atitude positiva frente a sexualidade, mas também um grau de maturidade e auto-estima próprios de quem projecta o futuro, negociando com o presente as suas decisões” (Ramos, 2001, citado por Vieira, Saes, Dória & Goldberg, 2006).

Almeida *et al*, (2003:574), afirmam que “o alto conhecimento de métodos anticoncepcionais não está necessariamente relacionado com o uso mais frequente ou correcto dos mesmos”.

A baixa utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes está relacionada com outros factores, como crenças erróneas relativas à concepção e à contracepção (Almeida *et al*, 2003). Alguns estudos revelam a baixa efectividade dos serviços de atendimento aos adolescentes, nesta área, como factor responsável pela baixa adesão deste grupo etário à utilização de métodos contraceptivos (Vieira *et al*, 2006). Hernández, Alonso, Ysquierdo & Gonzalez (2001) referem a diminuição das sensações no acto sexual como um dos motivos pelos quais os adolescentes não aderem aos métodos contraceptivos, bem como a dificuldade em obter estes métodos.

O aumento do número de gravidezes não desejadas e IST na adolescência evidencia a importância da implementação da saúde sexual, tendo em vista a prevenção, inclusive o uso de contraceção de emergência. Tendo em consideração as características e a singularidade da adolescência, é evidente que a contraceção de emergência vai de encontro ao seu imediatismo, constituindo, assim, opção relevante de prevenção (Saíto & Leal, 2005).

O profissional de saúde tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha e incorporando a contraceção de emergência nas políticas públicas de saúde para os adolescentes (Saíto & Leal, 2005).

8 – A EDUCAÇÃO SEXUAL

Educar a sexualidade vem ao encontro da educação para a saúde, no intuito de se conseguirem mudanças de comportamento que sejam saudáveis, implicando essas mudanças uma apreciação global de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos.

A educação sexual, sendo parte da educação para a saúde, permite uma preparação dos jovens para a vida em sociedade e uma melhor qualidade de vida, contribuindo também para o desenvolvimento da personalidade (Gonçalo, 2002).

É pela educação sexual que se promove o crescimento global do adolescente, se clarificam ideias numa fase eminentemente caracterizada pela descoberta e consolidação de convicções. No geral, a educação sexual permite a transmissão e criação de uma base de conhecimentos passível de promover a saúde dos adolescentes, além de permitir a partilha de afectos, sentimentos e emoções, ajudando-os a conhecerem-se melhor e a tomarem decisões conscientes e informadas.

Para além de um direito humano, consagrado na legislação portuguesa, a educação sexual ajuda a prevenir os riscos associados à sexualidade, nomeadamente as gravidezes não desejadas e o contágio de IST. No entanto, uma educação sexual informal e espontânea não é suficientemente esclarecedora, nem eficaz (Mendes, 2006).

Como refere Gonçalo (2002:12) “não é ensinar a ter uma relação sexual, mas sim educar o adolescente e responsabilizá-lo pelos seus actos”.

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

Interessa também esclarecer o porquê da educação sexual na escola. Para Mendes (2006), é lá que a maioria das crianças e jovens passa grande parte do seu tempo e porque a escola tem um importante papel na formação das crianças e dos jovens. É na escola que os adolescentes têm um maior contacto com os pares. Estes passam cerca de 2/3 do seu tempo em ambiente escolar, contribuindo para o desenvolvimento de sentimentos de identidade e autonomia desses mesmos adolescentes (Kuntsche & Jordan, 2006, citados por Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2007).

Os valores que enquadram a educação sexual devem incluir o respeito pela individualidade de cada um, ou seja, os seus valores pessoais, familiares e culturais, desde que não colidam entre si (Marques, Prazeres, Vilar, Forreta, Cadete, Meneses, 2000).

A operacionalização da educação sexual nas escolas deve constar do projecto educativo da própria escola. A forma de desenvolver a educação sexual, enquadrada na legislação vigente, passa por iniciativas de nível disciplinar, interdisciplinar e extracurricular, cabendo a cada escola encontrar o seu caminho e ritmo próprios.

“A iniciativa pode partir de um ou mais professores, devendo os temas ser propostos aos outros professores da turma. (...) a auscultação dos interesses dos alunos é um preceito a ter em conta, por exemplo, na área de projecto” (Marques *et al*, 2000:31).

A educação sexual exige uma preparação específica, para o envolvimento em programas deste tipo, como se compreende “a educação sexual não pode ser nem uma área onde cada educador se limita às suas opiniões, nem uma área em que o professor transmite aos alunos os seus conhecimentos livrescos sobre a sexualidade” (Frade, Marques, Alverca, Vilar, 1992:10).

As actividades desenvolvidas ao nível extracurricular têm sido as mais seguidas, muitas vezes com a colaboração de profissionais de saúde e de organizações não-governamentais, podendo no entanto ser menos eficazes, se realizadas de forma esporádica (Marques *et al*, 2000).

Qualquer que seja o nível elegido, este pressupõe a existência de um núcleo dinamizador e coordenador dessas actividades, sob o risco de o programa de educação fracassar, devido, não só, a motivos de reduzida oferta de formação específica, como também a uma grande extensão dos programas ou a falta de espaços, horários e tempo para a preparação e realização das acções (Marques *et al*, 2000).

Concretamente em Portugal, como só recentemente foi instituída a educação sexual no sistema educativo, torna-se necessária a intervenção de todos os agentes intervenientes na educação.

No caso concreto das famílias, os receios ou dúvidas que estas exprimem aquando de conversas ou debates sobre este tema, relacionam-se com o facto de que a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as tentativas de experimentação de comportamentos sexuais; que nas acções de educação sexual se inclua o ensino de práticas sexuais; que o mais importante em educação sexual deva ser a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez não planeada, sobretudo em adolescentes (Marques *et al*, 2000).

Para Sampaio *et al* (2007) no 2.º e 3.º ciclo devem-se revitalizar os currículos e igualmente aproveitar-se as áreas curriculares não disciplinares para desenvolver o tema. Já no ensino secundário é preconizado por estes autores a criação e dinamização de um gabinete de apoio ao aluno em colaboração com os serviços de saúde da área. Para tal, torna-se essencial a identificação das necessidades dos jovens nesta matéria.

A educação sexual como educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida (Hockenberry, 2006, citado pelo Conselho de Enfermagem, 2009). Ainda segundo Sampaio *et al* (2007) a sexualidade no adolescente é uma importante etapa preparatória para a construção da sexualidade adulta. Esta necessidade de educação sexual torna-se muito premente dado que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de casos de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido (Conselho de Enfermagem, 2009). Em 2005, segundo o INE, nasceram 5 519 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos.

É no contexto rico e instável da vida interior próprio da adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atracção e a vertigem do imediato, que os adolescentes têm que tomar decisões volitivas (Ferreira, Carvalho, Pacheco, Teixeira 2004).

Educa-se o adolescente para a vida, dando-lhe conhecimentos, partilhando experiências, respondendo-lhe às necessidades de aprendizagem, promovendo a maturação dele, criando as condições para que decida de forma livre e conscienciosa sobre a sua saúde e estilo de vida.

É importante distinguir estados emocionais relativamente voláteis – emoções simples (medo, cólera, surpresa, alegria), vínculos afectivos mais duradouros – (simpatia, carinho, ternura) e dinamismos integradores da personalidade em que participa a afectividade (amizade e amor) (Ferreira *et al*, 2004).

A vivência da sexualidade e a expressão e dádiva do que cada um tem de mais íntimo, merece ser tratada com toda a atenção e delicadeza, pois “tanto pode ser fonte de felicidade e enriquecimento como pode tornar-se origem de profundo sofrimento” (Ferreira *et al*, 2004:137).

Para muitos adolescentes e face a mensagens incongruentes que a vida lhe transmite, é difícil encontrar apoio que permita partilhar os seus sentimentos íntimos, as incertezas e as experiências iniciais. A educação sexual pode revelar-se aqui uma das soluções para esta questão (Mendes, 2006). Perante este cenário, o enfermeiro como educador, além das competências intrínsecas, deve saber evoluir em termos formativos, adaptando-se à mudança.

Em termos de estratégia, a mais aceite centra-se em actividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação activa dos adolescentes. Neste tipo de estratégia, “o dinamizador educativo deve promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo” (Ferreira *et al*, 2004:136).

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

As actividades podem decorrer em grupos pequenos ou grandes, usando-se como bom senso e convenientemente adaptadas à fase de desenvolvimento dos adolescentes-alvo, usando técnicas como o *brainstorming*, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal.

Para Frade *et al* (1992), as pequenas exposições sobre uma ou outra questão não são de excluir, mas as longas dissertações para um grande público não são o melhor caminho pedagógico a seguir em educação sexual.

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

- *Brainstorming*: Listar todas as sugestões que um grupo ou turma fazem sobre determinada questão ou problema;
- Jogo de clarificação de valores: Promove-se o debate entre posições diferentes no grupo, utilizando pequenas frases opinativas e polémicas;
- Utilização de questionários: Utilizados para recolher conhecimentos e opiniões existentes;
- Caixa de perguntas: Consiste na recolha prévia e anónima de perguntas, sobre temas de interesse da turma, ou para levantamentos de necessidades.

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

8.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL

O enfermeiro nas suas funções de prestador de cuidados de saúde qualificados possui as necessárias competências e o dever de promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante acções de educação, de forma a obter ganhos em saúde. Particularmente no caso dos adolescentes, a intervenção por parte da enfermagem dada a sensibilidade desta fase do ciclo de vida em que se encontram, tem uma importância acrescida.

Os enfermeiros, quando educam para uma sexualidade saudável, devem ser capazes de saber identificar e procurar resolver os problemas dos indivíduos, saber tomar decisões, possuindo habilidades nas relações interpessoais, através de uma comunicação eficaz, procurando estabelecer uma relação de ajuda, o mais eficaz possível.

Torna-se útil aqui, definir o conceito de educação para a saúde, quando se trata de participar na educação sexual e seu processo de ensino/aprendizagem. Usou-se o conceito defendido por Tones e Tilford (1994) citados por Carvalho & Carvalho (2006:25)

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

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

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

O enfermeiro necessita de possuir os seguintes atributos: genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros; personalidade equilibrada, com bom domínio de aptidões de comunicação e facilidade de relacionamento; aceitação positiva da sua sexualidade e a dos outros, mostrando-se neutral; respeito pelos valores do próximo; atitude de envolvimento relativamente aos pais e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitem de intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, entre outros.); possuir formação em metodologias pedagógicas (Ferreira *et al*, 2004).

É também fundamental que o enfermeiro possua um bom domínio da língua portuguesa com discursos objectivos que estimulem a cognição, para cativar a curiosidade dos adolescentes, motivando-os a descobrirem através das suas palavras, percursos de conduta e atitudes adaptados a eles. Igualmente importante trata-se da gestão da comunicação não-verbal, que passa pela acertada compreensão das manifestações dos adolescentes por parte do enfermeiro e pelo exemplo que transmite aos adolescentes, para que descubram a importância desta forma de comunicação no contexto relacional, sabendo estar (Ferreira *et al*, 2004).

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

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

Acrescenta também princípios genéricos acerca da aplicação da educação sexual:

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

Os enfermeiros podem aplicar o seu conhecimento sobre a juventude e o comportamento reprodutivo para qualquer organização ou grupo que tenha adolescentes, pais ou outros profissionais a trabalharem com adolescentes (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para Stanhope & Lancaster (2011), o enfermeiro pode ajudar a criar programas de aconselhamento sobre saúde reprodutiva e aconselhamento sobre a sexualidade nas escolas, podendo também encaminhar os adolescentes com necessidades de serviços de saúde reprodutiva.

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

8.2 – FONTES DE INFORMAÇÃO

8.2.1 – O Grupo

A palavra grupo pode ter vários significados. Pode considerar-se como um conjunto de indivíduos que se encontram reunidos ou um conjunto de indivíduos que partilham características comuns, ou ainda como um conjunto de indivíduos que partilham a mesma consciência de filiação e interacção. Para Lassiter (1999:472) “é um conjunto de indivíduos que interagem e têm uma ou mais finalidades comuns. (...). Os elementos chave (...) são a interacção entre membros e a finalidade do grupo”.

Tanto os grupos pessoais, como os externos influenciam o comportamento dos indivíduos. Se do seu grupo pessoal, o indivíduo pode esperar compreensão e ajuda, o mesmo, pode já não acontecer no externo, pois os comportamentos podem-lhe ser favoráveis ou desfavoráveis.

Ao falar-se em grupo, implicitamente fala-se em sentimento de pertença, sendo que a “promoção do sentimento de pertença começa na família, continua na escola, passa pelas actividades extracurriculares e pela Comunidade Educativa, e não se extingue na idade adulta” (Cordeiro, 2009:42).

8.2.2 - Os Pares

Quando se fala em pares na adolescência, fala-se nos amigos. Os adolescentes têm por hábito considerar que têm vários amigos. Como refere Cordeiro (2009:46) “...os adolescentes criam vários grupos de amigos conforme as ocasiões”. Neste sentido, os adolescentes podem ter amigos na escola, nos locais onde passam férias, amigos nos locais praticam actividades de lazer, entre outros.

Os pares/amigos assumem um papel muito importante no processos de socialização, dos adolescentes, visto partilharem características semelhantes, favorecendo o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e afectivas nos adolescentes.

Segundo Perkins (1991) citado por Stanhope & Lancaster (1999) o grupo de amigos tem influência nas atitudes e comportamentos dos adolescentes, visto que se os adolescentes são sexualmente activos é porque muitas vezes os seus amigos já o foram.

Neste sentido, este grupo é, igualmente, um importante elemento a considerar na educação dos adolescentes, concretamente na educação sexual, pois têm a capacidade para influenciar formas de pensar e comportamentos, na medida em que aprendem, testam e adquirem competências, desenvolvendo o seu próprio quadro de valores e estilos de vida, em oposição ou não ao mundo dos adultos. Contudo, este grupo não é o mais eficaz dos agentes de educação sexual, pois contribuem, nalguns casos, para a manutenção de crenças erróneas e divulgação de informação pouco fidedigna.

8.2.3 - A Família

Sendo o ser humano, um ser único com potencialidades próprias, inserido na sociedade não pode ser visto como um elemento isolado, mas sim como um elemento social pertencente a um agregado familiar e à comunidade. Como refere M. F. Martins (2007:34) “Todas las personas pertenecen a una sociedad cuyas estructuras básicas y o instituciones tienen como finalidade garantir la satisfacción de las necesidades humanas básicas”.

É no seio da família que cada indivíduo nasce, cresce e morre, é nela que se dá os primeiros passos no processo de socialização, na interacção com os outros, na transmissão de valores e crenças, na vivência das emoções e afectos.

Sendo a família o grupo primário por excelência, “a maior parte da população do mundo ainda vive em famílias e provavelmente viverá sempre” (Horton & Hunt, 1981:137).

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos e pode ser considerado como subjectivo.

Para Stanhope & Lancaster (1999), é dentro da unidade familiar que os membros desenvolvem e estabelecem o seu conceito de saúde e hábitos. A família como unidade social desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes sobre saúde e doença que são transmitidos e demonstrados através de comportamentos de saúde-doença dos membros da família.

Stanhope (1999) refere que dentro da estrutura conceptual, a família é vista como um sistema social em que os seus membros têm papéis e funções específicas. Esta estrutura conceptualizada apresenta os seguintes pressupostos: a família é um sistema com necessidades funcionais; configura as características dos pequenos grupos; desempenha funções tanto de utilidade do indivíduo como da sociedade e os seus membros procedem de acordo com os valores e normas aprendidos na família.

Os indivíduos que constituem a família encontram-se ligados por diversos laços, como os afectivos, de interesse, de segurança e de partilha, não se limitando apenas a laços de sangue, casamento ou adopção. Neste sentido, também, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP) (2008), refere que a família é o grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte e destino comum.

Neste sentido, a família, como refere M. Martins (2007:24) “es la más influyente de todas das instituciones.

Para Abreu (2009)

“é a célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida. Se bem que de forma diversa, o contexto familiar organiza-se para receber novos membros no seu seio e ajusta-se perante o envelhecimento e a perda de outros” (Abreu, 2009:6).

Em contexto de grupo, a família pode considerar-se como um grupo comunitário por excelência, sendo responsável pela educação e pelo desenvolvimento da identidade do indivíduo. É um sistema aberto que influencia o exterior e pode ser influenciada por este. No caso concreto da realidade portuguesa, tal como refere M. F. Martins (2007:38) “Según la Constitución Portuguesa, la familia es el elemento fundamental de la sociedad, lo que irremediavelmente há conducido a su democratización”.

Uma abordagem estruturo-funcional da família serve como forma de avaliar as funções familiares e correspondente estrutura (Stanhope, 1999).

Entender a estrutura e o funcionamento familiar é fundamental para que a enfermagem comunitária intervenha promovendo a saúde da família (Stanhope, 1999).

A família pode desempenhar várias funções, sendo que, independentemente da sua estrutura, todas essas funções são normalmente desempenhadas para manter a unidade familiar e dar respostas às necessidades familiares, às individuais de cada um dos seus membros e até da própria sociedade. Neste sentido, assume um significado social pela função mediadora entre os seus membros e a sociedade.

A primeira função é a da regulação sexual, pois é nesta que se regula a satisfação dos desejos sexuais. Existe ainda a função da reprodução; da socialização (é o primeiro grupo da criança, podendo ajudá-la a desenvolver a sua personalidade, a tornar-se adulto); afectiva (fornecer de sentimentos afectivos que ajudem no desenvolvimento da personalidade dos seus elementos); função de *status* (indivíduo tem diversos *status* atribuídos dentro da família: idade, sexo, ..., assim como os *status* sociais de cada família);

a função protectora (protecção dos seus membros); e a função económica (Horton & Hunt, 1981).

Stanhope (1999) acrescenta ainda às anteriores uma função relativa à saúde, pois a família protege a saúde dos seus membros, através do apoio e resposta às necessidades básicas perante situações de doença. Neste sentido, como refere M.F. Martins (2007:35) “es, así, un soporte importante para el sistema de salud, como cuidadora y promotora de la salud”.

É importante que os enfermeiros comunitários compreendam as famílias e seus papéis de modo a proporcionar aos seus elementos conhecimentos profundos e fulcrais acerca dos procedimentos em família. O enfermeiro avalia os conhecimentos e aptidões da família, com base na colheita de dados, desenvolvendo nos seus elementos as competências que ache necessárias (Stanhope, 1999).

Para Gammer & Cabié (1999) uma das mais importantes tarefas de pais e adolescentes é adaptarem-se à emergência da sexualidade do jovem, que não só o transforma, como modifica a forma como é aceite pelos outros membros da família. Mais afirmam, que quando o adolescente começa a ensaiar a sua sexualidade, fecha-se uma porta entre ele e os pais.

Contudo, apesar de ser importante apresentar autoridade, mas sem autoritarismo, deve demonstrar-se flexibilidade e é “importante que os adultos respeitem os sentimentos, os valores, as atitudes e os comportamentos dos adolescentes, e que o façam sinceramente e com coerência” M. Martins (2007:31) citando Alarcão (2000:164).

8.2.4 - A Escola

Há a referir, ao já descrito, que a escola assume um papel muito importante no processo de socialização e de formação dos indivíduos, devendo

“descobrir talentos e competências, detectar fragilidades, tentar dar informação, conhecimentos e, sobretudo, transmitir sabedoria. (...) Cada adolescente tem áreas de competências e de talento (...) é aí que a Escola deve estar atenta, para poder identificar e, eventualmente, dinamizar, essas características da criança” (Cordeiro, 2009:477).

Em Portugal, durante muitos anos, os professores não tinham formação diferenciada sobre a sexualidade, estando esta sobretudo direccionada para os aspectos de carácter fisiológico e preventivo relativamente às IST e à gravidez na adolescência.

Na actualidade, à escola é dado cada vez mais um papel de relevo na formação dos adolescentes em articulação com as famílias.

8.2.5 - A Religião

A sexualidade inclui, mas não está limitada às dinâmicas biológicas, psicológicas e sociais. Está também contemplada a dimensão religiosa. A sexualidade, segundo a religião católica em particular, encontra-se envolvida por tabus que influenciam a maneira como é encarada. O primeiro refere-se ao “pecado” de Adão e Eva estando o relacionamento sexual ligado a um sentimento “de vergonha”. Ainda nesta concepção religiosa, outro tabu faz menção a que os anjos são assexuados e portanto puros e a figura do diabo representa a sexualidade vivida como promiscuidade.

A igreja representa a fé na crença religiosa. Entre os vários credos religiosos existentes, a religião católica é a mais seguida. Desta igreja, como instituição secular foi herdada a cultura actual.

Apresenta posições conservadoras acerca da temática da sexualidade. Como refere M. Martins (2007) existe uma diferença muito grande de conceitos, comportamentos e atitudes defendidos pela igreja e pela sociedade em geral. A igreja condena oficialmente o aborto e o uso de contraceptivos, sendo uma influência para os jovens que a professam. Ainda segundo M. Martins (2007) a igreja defende que a sexualidade humana correctamente entendida tem uma ligação com o amor, sendo que qualquer outro tipo de perspectiva representa o pecado para a igreja.

8.2.6 - Os Meios de Comunicação Social

Por outro lado, os meios de comunicação social proporcionaram à sociedade uma forma de transmitir e partilhar informação de uma forma sem precedentes. Afirma-se hoje, que se vive numa “aldeia global”, acessível a todos. Mais do que a possibilidade de transmitir informações globalmente, os *media* criaram uma forma de “ser e pensar” (M. Martins, 2007).

Os *media* podem, também eles, ser responsáveis pelo aparecimento de novos padrões de relacionamento familiar, o que mostra a sua influência. Neste sentido, podem revelar-se como meios poderosos, dados os extensos recursos que poderão ser aplicados na educação dos jovens, restando, por vezes, à família e escola pouco controlo nesta matéria. Alguns jovens poderão sentir-se excluídos se não se enquadrarem nos perfis veiculados pelos *media*, relativamente a um conceito estereotipado do “jovem típico” (M. Martins, 2007).

Refere também M. Martins (2007) que há que ter atenção à mensagem que os *media* transmitem, particularmente, a televisão, pois os adolescentes têm tendência a imitar o modelo de conduta sexual do adulto que se transmite. Hoje em dia, muitas mensagens de conteúdo sexual são empregues com fins comerciais, o que pode transmitir uma mensagem errónea da conduta sexual, baseada na violência e no sexo como recreação.

A televisão poderá ter um papel positivo como agente de educação, pois transmite informações, permite a reflexão e pode tornar os jovens mais interventivos (M. Martins, 2007).

8.2.7 - A Internet

A internet como rede de ligação inter-comunicacional permitiu um novo tipo de relacionamento social, bastante acessível. Esta proporciona a comunicação, sobretudo entre jovens, sem haver um contacto físico. Trata-se de um meio largamente utilizado para a obtenção de informações e esclarecimentos.

Para M. Martins (2007), há que formar as pessoas e essencialmente os jovens para uma utilização independente, crítica e responsável das suas possibilidades, evitando, os seus perigos.

As revistas e os livros científicos podem ser outras fontes de informação a serem utilizadas pelos adolescentes quando procuram conhecimentos sobre a sexualidade.

Segundo M. Martins (2007), os livros apresentam a vantagem de garantirem confidencialidade, pois o adolescente toma a iniciativa de procurar e de efectivamente se informar, embora sem que tenha a noção do que é certo e errado.

9 - TEORIA/MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

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

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

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

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

Considerou-se pertinente para a elaboração do projecto de estágio, o uso da Teoria da Aprendizagem Social, cujo foco de acção é mudar as expectativas e as crenças, através do método de fornecimento de informação.

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

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

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

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

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

Os princípios básicos assentam na interacção recíproca, os factores internos (intrínsecos ao indivíduo), factores externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente. O segundo princípio básico é que há uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Há quatro elementos na aprendizagem por observação:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- O ensino de novos comportamentos – Quando se quer ensinar novas habilidades ou novas formas de pensar e de sentir, devem-se utilizar as mudanças ocorridas no comportamento, no pensamento ou nas emoções do modelo, de forma deliberada.

- Desenvolvimento das emoções – Através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reacções emocionais a situações nunca experimentadas.

- Facilitar os comportamentos – Podem-se aprender comportamentos não por se estar especialmente motivado, mas por serem necessários em determinadas situações sociais, através da observação dos outros.

- Troca de Inibições – A inibição ocorre quando se vê um modelo obter consequências negativas com o seu comportamento, tornando indesejável a sua imitação.

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

Neste sentido, os profissionais de saúde, devem assumir uma responsabilidade social, ajudando os indivíduos a compreenderem o risco, procurando compreender os comportamentos.

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

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

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

O modelo escolhido para o presente projecto é o Modelo da Promoção da Saúde. Este desenvolveu-se como complemento de outros modelos de protecção da saúde, como o Modelo Saúde-Doença, expandindo o que este defende, pois os indivíduos podem alterar os seus comportamentos.

CAPÍTULO II - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

No mesmo regulamento, é referido que o enfermeiro especialista independentemente da sua área de especialização inclui “competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648), em que os domínios das suas competências comuns incluem “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649).

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

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

“a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
(Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Assim, o enfermeiro ao planear cuidados de saúde apropriados que promovam estilos de vida saudáveis, tendo por base, o planeamento em saúde está a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde por parte da população, garantindo o avanço científico e a prestação de cuidados de qualidade que reforçam positivamente a imagem da enfermagem.

1 - POPULAÇÃO-ALVO DO PROJECTO DE ESTÁGIO

A população-alvo do projecto de estágio refere-se aos alunos dos 8.^o e 9.^oanos e CEF da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos.

O projecto de estágio englobou também a Escola Secundária Mouzinho da Silveira devido a um pedido de intervenção por parte da direcção da mesma, dirigido à ESSP. Nesta mesma escola foi feito um diagnóstico da situação à população adolescente no ano de 2010, sendo que os problemas e necessidades diagnosticados, coincidem com os diagnosticados na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. Foram também ouvidos professores e a direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira sobre os problemas da população-alvo considerados mais pertinentes para intervenção.

Concretamente para o estágio, foi definido um grupo específico de população a intervir, composto pelas turmas dos 8^oB e 9^oC da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 9^oC da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, cuja intervenção foi levada a cabo pelo grupo de mestrandos composto pelo autor do relatório e uma colega mestranda.

2 - CAMPO DE ESTÁGIO

2.1 - ESCOLA EB 2,3 CRISTÓVÃO FALCÃO

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

Este agrupamento onde está incluída a Escola Básica 2,3 Cristóvão Falcão tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde o ano 2000, pertencendo ainda à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, tendo várias parcerias, nomeadamente com Centro de Saúde de Portalegre – Saúde Pública, Escola Superior de Saúde de Portalegre e Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil do Instituto Português da Juventude. Desde Agosto de 2007 existe um projecto da educação para a saúde do qual constam várias actividades dirigidas para:

- Informação sobre alimentação racional e distúrbios alimentares;
- Prevenção de comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas);
- Educação para a Sexualidade e Afectos;
- Prevenção da SIDA;
- Prevenção da violência em meio escolar e saúde mental;
- Incremento de estilos de vida saudáveis, nomeadamente através de actividades físicas.

2.2 - ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

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

CAPÍTULO III – ETAPAS DO PLANEAMENTO

1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

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

Refere Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”, por sua vez, necessidade “exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51). Neste sentido, quando se faz o diagnóstico da situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

Tanto Imperatori & Giraldes (1982/1986) como Tavares (1990) referem que, o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, de forma a corresponder às necessidades identificadas.

No entender de Imperatori & Giraldes (1982/1986:19) “A primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito: a área de programação, requisito indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação.”

A população analisada no diagnóstico da situação, foi composta por estudantes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos do 8º e 9ºanos e CEF.

Neste projecto concreto, achou-se essencial recorrer a um inquérito por questionário, visto que se tratava da única forma de obtenção de dados com qualidade e em quantidade, que possibilitassem a intervenção à população-alvo. Seria difícil intervir nesta população-alvo, sem dados concretos acerca da mesma. A este propósito referem Imperatori & Giraldes (1982/1993:50) que: “Em situações de carência geral de dados ou para preencher situações específicas é possível recorrer a inquéritos”.

O inquérito aplicado para efeitos de diagnóstico da situação consiste numa adaptação autorizada do instrumento por Martins (2007), também validado por este autor, num estudo realizado na cidade de Portalegre, e pela escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2003).

No Anexo II encontra-se o instrumento de colheita de dados.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos dias 15 Dezembro de 2011 e 05 e 06 de Janeiro de 2012, a um total de 116 alunos. Estava prevista a recolha de 155 questionários dirigidos aos alunos, mas na prática só foi aplicado o instrumento a 116 adolescentes, uma vez que um aluno faltou às aulas neste período, um desistiu, dois alunos encontravam-se em situação de acompanhamento em ensino especial e nos restantes trinta e cinco não foi possível aplicar o questionário pelo facto de os pais não terem dado autorização.

Após a aplicação do questionário obtiveram-se os seguintes dados:

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

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

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

Entretanto, foram apresentados aos jovens inquiridos vários assuntos distintos: o vírus da Sida e a imagem corporal, destacando-se que:

- Sensivelmente 16% dos inquiridos assume que não está preocupada com o vírus do SIDA;

- Aproximadamente 63% revela preocupações relativas à sua imagem corporal.

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

Relativamente aos assuntos abordados com a mãe e com o pai sobre a sexualidade constata-se que existem cinco que praticamente não são tema de conversa: os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia, a vida sexual dos adultos, a pílula e a homossexualidade.

Relativamente à educação sobre a sexualidade, quanto à importância do papel dos interlocutores na educação sexual dos jovens estudados, verificou-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais significativos, seguidos da internet e televisão respectivamente.

Constatou-se que os inquiridos consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna para esclarecerem as suas questões relacionadas com a temática, sendo considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

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

- não é influenciada pela idade dos adolescentes;
- não é influenciada pelo sexo;
- não é influenciada pelo facto dos inquiridos serem ou não praticantes de uma religião;
- não é influenciada pelas fontes de informação sobre sexualidade, tais como: amigos, irmãos, pais, professores ou colegas;
- parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas. Constatou-se que os indivíduos que seguem fielmente as doutrinas da sua religião revelam-se mais conservadores face à sexualidade.

1.2 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E NECESSIDADES

A última etapa do diagnóstico, que pode ser considerada como o seu *output*, é a definição dos grandes problemas de saúde, problemas que deverão ser definidos a nível da saúde da população e não a nível dos serviços ou dos factores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1982/1986).

“Operacionalmente, considera-se problema de saúde toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nos indivíduos. No entanto, toda a doença deve ser interpretada como resultado final de uma série de factores que é necessário objectivar para uma melhor selecção de prioridades e para uma melhor definição das estratégias de controle.” (Imperatori & Giraldes, 1982/1993:63).

Foram identificados nos adolescentes estudados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre, os seguintes problemas relacionados com os comportamentos sexuais e preventivos:

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

- 25% dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentirem à vontade ou por vergonha;

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

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

Outro importante conceito inerente ao diagnóstico da situação é o de necessidade, pois como referem Imperatori & Giraldes (1982/1986), o conhecimento das necessidades expressas e sentidas objectivamente pela população é importante para o diagnóstico. Desta forma, foram identificadas as seguintes necessidades dos adolescentes relacionadas com a sexualidade:

- A necessidade de se informarem sobre a sexualidade;
- A necessidade de se informarem sobre as IST;
- A necessidade de se informarem sobre a contracepção;
- A necessidade de se informarem sobre a gravidez.

Depois de identificados problemas e necessidades, trata-se agora de dar continuidade ao planeamento em saúde com a definição de prioridades.

2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Para Imperatori & Giraldes (1982/1986), é fundamental que haja a possibilidade de comparar os problemas identificados para possibilitar a sua selecção.

Na definição de prioridades deverão ser tidos em conta dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.

“O horizonte do plano, ou horizonte de programação é o tempo ou momento limite para que estamos a programar” & Giraldes (1982/1986:30).

A área de programação por sua vez obriga, segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986:30) “a pensar em prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias...”

Os mesmos autores defendem que a definição de prioridades não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção devidamente hierarquizados.

“Para a selecção e hierarquização dos problemas de saúde detectados recorre-se à utilização de critérios através dos quais os ordenaremos em prioridades” Imperatori & Giraldes (1982/1986:31).

Para seleccionarmos os problemas prioritários baseámo-nos nos seguintes critérios:

- *Magnitude*: importância ou tamanho – na magnitude caracteriza-se o problema pela sua dimensão,

- *Vulnerabilidade* – é a possibilidade de evitar uma doença utilizando os meios disponíveis na área onde se irá actuar;

Assim sendo, serão determinadas as áreas prioritárias de actuação por ordem decrescente, surgindo em primeiro lugar aquela que se considerou mais prioritária. Passam-se a descrever as razões que levaram a esta hierarquização, tendo em conta os critérios assumidos para o efeito.

Passa-se de seguida a definir prioridades:

- Sexualidade

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

No que se refere à *magnitude*, considera-se que esta área de actuação tem uma dimensão significativa pois atinge 15% da população alvo.

Esta é uma área *vulnerável*, uma vez que se dispõem dos recursos necessários para informar esta população sobre os riscos a que poderão estar sujeitos, efectuando a prevenção, para obter ganhos em saúde.

Esta prioridade pode traduzir-se na problemática vivência da afectividade.

Infecção pelo vírus VIH

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

Nesta área problemática verifica-se que:

Quanto à *magnitude*, o vírus da imunodeficiência humana representa uma das maiores ameaças à vida dos jovens. O dano produzido com a infecção pelo VIH e posterior fase de doença, é irreversível.

Esta é uma área vulnerável, pois os adolescentes, mediante acções de educação para a saúde, poderão ficar despertos para os factores de risco e consequentemente prevenir a transmissão do VIH.

Possuem-se os recursos humanos, técnicos e materiais para fornecer a informação necessária aos adolescentes.

Pode considerar-se esta área problemática, numa mais vasta, a problemática da prevenção das IST.

Abordagem do assunto contraceptivo pílula

- Assuntos como o contraceptivo pílula são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais.

Nesta área problemática verifica-se que:

Sensivelmente 67% e 88% dos adolescentes inquiridos nunca fala com a mãe e o pai, respectivamente, sobre o tema pílula.

Existe o dever deontológico de informar os adolescentes acerca do tema contraceptivo pílula. Esta é uma área vulnerável, pois os adolescentes são normalmente receptivos às sessões de informação, onde poderão esclarecer as suas dúvidas. Mediante acções de promoção da saúde poderão obter-se ganhos em saúde, nomeadamente prevenção de gravidezes não desejadas.

Esta área foi considerada numa mais vasta, a contracepção.

A problemática da violência no namoro, foi incluída neste projecto, como referido, por sugestão da direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

3 - FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1993:77), “Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo”. Esta etapa é de grande importância, pois, só através de uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a intervenção realizada.

Segundo os mesmos autores quatro aspectos principais se podem considerar nesta etapa: a selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários (neste caso, em nenhum deles se prevê a resolução espontânea); a fixação dos objectivos a atingir; a tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas.

A selecção de indicadores de saúde que melhor traduzem a dimensão actual desses problemas e a respectiva evolução é o primeiro passo na fixação dos objectivos. “Convém lembrar que um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” (Imperatori e Giraldes, 1982/1993:77).

Para este efeito foram seleccionados indicadores de actividade ou execução e indicadores de resultado das actividades. Não foram criados indicadores de impacto dado o projecto de estágio estar limitado no tempo e não ser possível avalia-los a médio prazo.

Segundo os autores supra citados, “um indicador de actividade ou de execução pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado...” (Imperatori e Giraldes, 1982/1993: 78).

Com os indicadores de resultado das actividades, pretende-se medir, mediante inquérito de avaliação dos adolescentes, alguns conhecimentos adquiridos após as actividades desenvolvidas.

Na perspectiva destes autores, o objectivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade.” (Imperatori e Giraldes, 1982/1993: 80).

Para a consecução do objectivo geral do projecto de estágio e se proceder a uma avaliação dos resultados obtidos, formularam-se indicadores de actividade e indicadores de resultado das actividades, definindo-se objectivos, metas e indicadores, para cada uma das áreas problemáticas identificadas.

Foram também formulados, um objectivo, uma meta e um indicador de actividade para as sessões de intervenção planeadas e que se expõem a seguir:

Tabela n.º 1 – Objectivo, Meta e Indicador de Actividade relativos às sessões de informação previstas para ambas as escolas

INDICADOR DE ACTIVIDADE		
Objectivo	Meta	Indicador
Realizar o número de sessões de informação previstas para ambas as escolas	100% das sessões de informação previstas para ambas as escolas	Taxa de concretização N.º de sessões de informação realizadas em ambas as escolas / N.º de sessões de informação previstas para ambas as escolas

PREVENÇÃO DAS IST

Tabela n.º 2 – Objectivos, Metas e Indicadores de Actividade na área prevenção das IST

INDICADORES DE ACTIVIDADE		
Objectivos	Metas	Indicadores
Informar a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão sobre o método preservativo e o que permite prevenir	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação N.º de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que recebeu a informação/ N.º total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão prevista
Informar a população da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão sobre as IST	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que recebeu a informação / nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão prevista

Objectivos	Metas	Indicadores
Informar a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira sobre o método preservativo e o que permite prevenir	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação N.º de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que recebeu a informação/ N.º total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira prevista
Informar a população da Escola Secundária Mouzinho da Silveira sobre as IST	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que recebeu a informação / nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira prevista

Tabela n.º 3 – Objectivos, Metas e Indicadores de resultado das actividades na área prevenção das IST

INDICADORES DE RESULTADO DAS ACTIVIDADES		
Objectivos	Metas	Indicadores
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão saiba como prevenir as IST	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de conhecimento N.º de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que discordou ou discordou totalmente que o uso da pílula previne as IST/ nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão compreenda o método preservativo e o que permite prevenir	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de conhecimento N.º de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que discordou ou discordou totalmente que o uso do preservativo só evita a gravidez/ nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

		avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira saiba como prevenir as IST	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de conhecimento N.º de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que discordou ou discordou totalmente que o uso da pílula previne as IST/ nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira compreenda o método preservativo e o que permite prevenir	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de conhecimento N.º de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que discordou ou discordou totalmente que o preservativo só evita a gravidez/ nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada

VIVÊNCIA DA AFECTIVIDADE

Tabela n.º 4 – Objectivos, Metas e Indicadores de actividade na área vivência da Afectividade

INDICADORES DE ACTIVIDADE		
Objectivos	Metas	Indicadores
Informar a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação N.º de população-alvo informada da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão / N.º total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão prevista

Objectivos	Metas	Indicadores
Informar a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação N.º de população-alvo informada da Escola Secundária Mouzinho da Silveira / N.º total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira prevista

Tabela n.º 5 – Objectivos, Metas e Indicadores de resultado das actividades na área Vivência da Afectividade

INDICADORES DE RESULTADO DAS ACTIVIDADES		
Objectivos	Metas	Indicadores
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão identifique afectos envolvidos na sexualidade	90% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de identificação Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que identificou pelo menos 2 afectos envolvidos na sexualidade / nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira identifique afectos envolvidos na sexualidade	90% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de identificação Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que identificou pelo menos 2 afectos envolvidos na sexualidade / nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada

<p>Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão reconheça a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade</p>	<p>80% da população-alvo a atingir o objectivo</p>	<p>Taxa de reconhecimento Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que concordou ou concordou totalmente que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade / nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada</p>
<p>Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira reconheça a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade</p>	<p>80% da população-alvo a atingir o objectivo</p>	<p>Taxa de reconhecimento Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que concordou ou concordou totalmente que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade / nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada</p>
<p>Objectivos</p>	<p>Metas</p>	<p>Indicadores</p>
<p>Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão se apresente satisfeita relativamente aos temas apresentados</p>	<p>50% da população-alvo a atingir o objectivo</p>	<p>Taxa de satisfação Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão satisfeita ou muito satisfeita com os temas apresentados / nº total de população da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada</p>

Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira se apresente satisfeita relativamente aos temas apresentados	50% da população-alvo a atingir o objectivo	Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira satisfeita ou muito satisfeita com os temas apresentados / nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada
Objectivos	Metas	Indicadores
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão se apresente satisfeita relativamente às informações fornecidas na formação	50% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de satisfação Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão satisfeita ou muito satisfeita relativamente às informações fornecidas / Nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira se apresente satisfeita relativamente às informações fornecidas na formação	50% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de satisfação Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira satisfeita ou muito satisfeita relativamente às informações fornecidas / Nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada

CONTRACEPÇÃO

Tabela n.º6 – Objectivos, Metas e Indicadores de actividade na área contracepção

INDICADORES DE ACTIVIDADE		
Objectivos	Metas	Indicadores
Informar a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão acerca do método contraceptivo pílula	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação Nº de população-alvo da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão informada / Nº total de população-alvo da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão prevista
Informar a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira acerca do método contraceptivo pílula	Participação de 90% da população-alvo	Taxa de informação Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira informada / Nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira prevista

Tabela n.º 7 – Objectivos, Metas e Indicadores de resultados das actividades na área contracepção

INDICADOR DE RESULTADO DAS ACTIVIDADES		
Objectivos	Metas	Indicador
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão tenha as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de esclarecimento Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão satisfeita ou muito satisfeita relativamente ao esclarecimento de dúvidas / nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira tenha as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada	70% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de esclarecimento Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira satisfeita ou muito satisfeita relativamente ao esclarecimento de dúvidas / nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada

Objectivos	Metas	Indicadores
Que a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão considere importante a formação sobre a adolescência e sexualidade	90% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de interesse Nº de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que considerou importante este tipo de formação / Nº total de população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão avaliada
Que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira considere importante a formação sobre a adolescência e sexualidade	90% da população-alvo a atingir o objectivo	Taxa de interesse Nº de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que considerou importante este tipo de formação / Nº total de população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira avaliada

4 - SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

“A etapa da selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.” (Imperatori & Giraldes, 1982/1993:87). Na selecção de estratégias pretende-se apresentar novas formas de actuar que permitam alcançar os objectivos fixados e inflectir a tendência da evolução natural dos problemas de saúde.

“Pode definir-se estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1982/1993:87).

Na concepção de estratégias foram definidos critérios. Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986:66), “os critérios para a concepção de estratégias derivam principalmente da política subjacente e dos objectivos fixados na etapa de planeamento anterior (...)”

Os critérios usados para a concepção das estratégias foram os seguintes:

- Enfatizar os afectos envolvidos na sexualidade;
- Informar sobre os métodos contraceptivos;
- Mostrar os riscos de uma gravidez na adolescência;
- Esclarecer os adolescentes para prevenir IST;
- Capacitar os adolescentes para responderem a situações de violência no namoro.

As modificações necessárias a introduzir no sistema permitirão assegurar que os objectivos de redução dos problemas sejam atingidos, satisfazer os critérios de concepção de estratégias e também contornar ou eliminar obstáculos à realização dos objectivos (Imperatori & Giraldes, 1982/1986).

Para a consecução dos objectivos delineados serão assim necessárias modificações na população-alvo, com vista à redução dos problemas identificados. As principais modificações passíveis de serem realizadas neste projecto, prendem-se com as modificações de atitudes no meio social.

Com vista a dar resposta aos problemas identificados e aos objectivos propostos, seleccionou-se a estratégia das sessões de informação sobre as problemáticas da sexualidade. Estas sessões de informação podem ser vistas, segundo Imperatori & Giraldes (1982/1986), como técnicas operacionais necessárias à prestação de serviços, de forma a introduzir as modificações necessárias nas atitudes do público. Nas sessões de informação, serão visionados filmes (Apêndice IV) relacionados com a sexualidade e que permitirão enriquece-las. Nesta estratégia encontra-se também incluída a distribuição de panfletos (Apêndice IV) sobre o tema sexualidade na adolescência.

A escolha teve em conta a expectativa de se conseguir um resultado mais vantajoso, mediante contacto próximo com os adolescentes, no sentido de os encorajar e influenciar para a adopção de estilos de vida saudáveis. Os intervenientes no projecto apresentavam também, inteira disponibilidade para o efeito, sendo de valorizar a intervenção *in loco* para a aquisição de experiência por parte dos mestrandos em termos de enfermagem comunitária. Os custos desta estratégia, grosso modo, apresentavam-se (em termos logísticos) acessíveis.

Relativamente às sessões de informação acerca da sexualidade, trata-se de uma forma que parece ser a mais adequada para influenciar os comportamentos e atitudes, seguindo a premissa *“informar para decidir”*. Vão-se tentar mostrar consequências referentes aos comportamentos na área da sexualidade. A este respeito, defende Bandura, que observar modelos acelera mais a aprendizagem do comportamento, comparativamente com a realização do comportamento pela própria pessoa.

As sessões de informação, serão desenvolvidas utilizando-se uma metodologia interactiva, de intervenção directa sobre os adolescentes. As actividades a realizar estarão assim subordinadas ao espaço-turma, valorizando-se a proximidade com a população-alvo. Pretende-se desta forma levar os adolescentes a reflectir sobre os temas considerados problemáticos na sexualidade, mediante discussão construtiva, num clima de aceitabilidade.

Estas acções de informação visam na globalidade promover a saúde da população-alvo e prevenir problemas de saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde assim como, para que se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis, gratificantes e contributivos para um desenvolvimento pleno.

5 - ELABORAÇÃO DO PROJECTO

Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1993: 129), “Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas (...) haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento: a formulação de programas e projectos.”

Para Imperatori & Giraldes (1982/1993: 129), “Projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.”

O projecto criou-se para concretizar os objectivos fixados e, por outro lado, dar resposta aos problemas identificados no diagnóstico da situação.

As principais intervenções nesta etapa foram:

1. Elaboração do projecto;
2. Calendarizar as sessões de informação conjuntamente com as direcções das escolas.

A elaboração deste projecto de estágio teve por base o PNS em vigor. Para a promoção e protecção da saúde da população-alvo das escolas, este projecto foi assim incluído a pedido da direcção das mesmas.

O projecto foi elaborado em torno dos problemas identificados na população alvo da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. Para dar resposta aos problemas identificados e objectivos traçados, desenvolveu-se uma estratégia, a das sessões de informação sobre as problemáticas da sexualidade.

Na identificação do projecto, este recebeu a seguinte designação: A sexualidade na adolescência. A entidade proponente do projecto de estágio foi a Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP), sendo também a responsável pela sua execução, na pessoa dos mestrandos em Enfermagem.

Para este projecto foram definidos objectivos operacionais ou metas, que se encontram descritos na fase da fixação de objectivos.

Relativamente à tecnologia do projecto, os requisitos para a sua realização foram assegurados pelas escolas, de forma a garantir um resultado eficaz na aplicação das sessões de informação.

No entender de Imperatori & Giraldes (1982/1986:88): “Logo que se tenham definido os objectivos operacionais (...), haverá que calcular os recursos necessários (...), para uma determinada tecnologia”.

Para dar seguimento ao projecto, procedeu-se então à análise dos recursos humanos e materiais.

Os recursos humanos deste projecto envolvem:

- 2 alunos do mestrado em enfermagem – ramo especialização em Enfermagem Comunitária da ESSP;
- 3 professores da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 1 professor da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Os recursos materiais utilizados neste projecto foram:

- Computador portátil para executar a sessão de informação no programa informático PowerPoint;
- Projector multimédia e cabos de ligação;
- Salas para a realização das sessões de informação;
- Panfletos informativos para alunos sobre a sexualidade;
- Diploma em papel para alunos (Apêndice IV);
- Questionários para avaliação dos alunos;
- Métodos contraceptivos.

Dada a colaboração inestimável de ambas as escolas (foram garantidas as salas, os professores e tempo de aulas, o projecto multimédia e cabos de ligação) e o apoio dado pela ESSP (Sugestões dadas pelo prof.^o Dr^o Mário Martins e Prof.^a Dr^a Maria Filomena Martins acerca dos conteúdos das sessões), o custo do projecto foi sustentado na totalidade pelos alunos envolvidos, significando um custo muito acessível, tendo em conta os meios e condições postas ao dispor.

6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/ EXECUÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1982/1993:149) “A preparação da execução é uma etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior”.

Esta etapa do Planeamento é mais didáctica do que teórica, pois aqui faz-se a descrição das actividades a desenvolver em cada área de intervenção determinada. A especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento, consiste essencialmente em:

- Definir as actividades do projecto;
- Precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada;
- Estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto.

Para se calendarizarem as sessões de informação, foram previamente marcadas pela coordenação do curso de Mestrado em Enfermagem, reuniões entre as direcções das escolas e os mestrandos.

A reunião com a direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira foi realizada dia 10/02/2012. Da reunião foram definidos os temas que a direcção considerou pertinentes para abordagem, e que foram: Gravidez na adolescência; Violência de género (entre casal de namorados); Afectividade entre adolescentes; Dignidade dos adolescentes relacionada com a sexualidade.

A reunião com a direcção da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão foi realizada dia 14/02/2012. Foi sugerido pela directora da escola que as sessões de informação se baseassem essencialmente nos resultados obtidos pelo diagnóstico da situação realizado na escola e em alguns outros temas considerados de interesse, nomeadamente: violência sexual; diferença de géneros e aceitação das diferenças.

Ficaram ainda definidas as turmas (8º e 9º anos e CEF) a intervir e respectivo número de alunos, os professores intervenientes, as datas e os horários das aulas em cada uma das escolas.

Existem vários métodos de determinação das relações sequenciais entre as actividades de um projecto. Neste projecto optou-se pela realização de um cronograma (Apêndice I), pois permite visualizar conjuntamente as diferentes tarefas ou actividades pertencentes ao projecto (Imperatori & Giraldes, 1982/1986).

O plano de sessão tipo (Apêndice II), mostra a forma como se pretendem executar as actividades das sessões de informação.

Assim, no âmbito das sessões de informação: A “Intervenção directa, através da participação na totalidade do processo de ensino/aprendizagem, é a orientação metodológica mais adequada” (Ferreira *et al*, 2004:136).

Como refere Sampaio *et al.* (2007), são várias as metodologias empregues nas sessões, podendo aplicar-se metodologias activas e participativas que têm por base como objectivos principais: a partilha de informação; clarificação e aquisição de valores e atitudes; treino de competências específicas.

Em termos de estratégia, foram, como já referido, seleccionadas as sessões de informação sobre a sexualidade na adolescência, sendo as mais aceites, centradas em actividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação activa dos adolescentes. Neste tipo de estratégia, “o dinamizador educativo deve promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo” (Ferreira *et al*, 2004:136).

Enumeram-se em seguida algumas das técnicas defendidas por Frade *et al.* (1992) em metodologias empregues na educação sexual e que foram aplicadas nas sessões de informação aos adolescentes da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira:

- Jogo de clarificação de valores;
- Caixa de perguntas (Aplicada na Escola Secundária Mouzinho da Silveira);

O uso desta ultima técnica na referida escola para obtenção de dúvidas, ficou marcada por uma participação irrelevante por parte dos adolescentes. Não houve, por esse motivo, impacto desta técnica ao nível dos conteúdos elaborados para as sessões de informação.

Na preparação da execução, foi decidido em reunião pelos mestrandos que a forma de intervenção neste projecto seria a intervenção em sessões de informação com grupos de dois mestrandos (2 formadores) cada. Deste modo, será feita intervenção a um total de 14 turmas (de ambas as escolas), o que só seria conseguido de forma eficaz com intervenções repartidas por grupos de 2.

Após esta decisão, foram estipulados os horários, escolas e turmas a intervir por cada grupo de mestrandos. Foi assim dada oportunidade a todos os elementos do mestrado em intervir de forma equitativa na população-alvo do projecto, estabelecendo cada grupo a abordagem das problemáticas prioritárias a incluir nas sessões, dentro do modelo de promoção da saúde, responsabilizando-se cada grupo pelas sessões a apresentar.

O mestrando responsável por este relatório, formou juntamente com uma colega mestranda, um dos quatro grupos constituído para o efeito. O grupo de mestrandos em causa ficou incumbido de realizar as seguintes sessões:

- Dia 10/04, das 08.30h às 10.00h, com o 9ºano turma C (20 alunos), na Escola Cristóvão Falcão;
- Dia 12/04, das 10.15h às 11.45h, com o 9ºano turma C (23 alunos), na Escola Mouzinho da Silveira;
- Dia 13/04, das 08.30h às 10.15h, com o 8ºano turma B (26 alunos), na Escola Mouzinho da Silveira.

Devido a motivos imprevistos (motivos de ordem pessoal), com um dos mestrandos do grupo, a sessão de dia 10/04, foi reposta para dia 12/04, entre as 14.30h e as 16.00h.

A abordagem das problemáticas definidas como prioritárias foi assumida por este grupo utilizando-se a metodologia expositiva e interactiva. Assim foi criada uma sessão tipo adaptada às turmas do 8º e 9º anos das escolas, utilizando-se o programa informático PowerPoint para a criação de slides expositivos nas salas de aulas. Desta forma foi criada uma sessão intuitiva e natural, com claro destaque para imagens sugestivas e para o visionamento de filmes educativos (Foram seleccionados filmes que serviam os critérios de enfatizar os afectos envolvidos na sexualidade, esclarecimento para prevenção de IST e capacitação dos adolescentes para responderem em situações de violência no namoro). Os temas abordados foram distribuídos pelos dois elementos do grupo de forma equitativa na sessão elaborada em PowerPoint, no entanto, cada membro intervinha de forma livre e oportuna para moderar temas de debate e acrescentar experiências ou informações.

6.1 – EXECUÇÃO

Para descrever as sessões elaboradas, achou-se mais prático dividir as temáticas abordadas em actividades numeradas e que se descrevem a seguir.

1ª Actividade – Caracterizando a sexualidade: Foi considerado pertinente visionar em primeiro lugar um filme sobre a sexualidade na adolescência, o filme lagoa azul. O filme, representa uma selecção de capítulos do filme com o mesmo nome, e que mostra

de forma breve, alguns sentimentos e vivências da sexualidade. A seguir ao visionamento do filme pretende-se criar um debate na turma, com a reflexão sobre diferentes opiniões que se possam emitir, acerca dos valores e afectos que o filme transmite. Espera-se assim partilhar opiniões e mostrar facetas da sexualidade.

2ª Actividade – A adolescência: Pretende-se fazer uma abordagem geral à adolescência, numa perspectiva evolutiva, caracterizada como etapa pelos desenvolvimentos físicos, emocionais e intelectuais, influenciados por factores sociais e culturais. São quatro slides sucintos (slides 4 a 7) que resumem de modo esquemático a adolescência. O objectivo será o de caracterizar a adolescência e pretende-se que os adolescentes encarem a adolescência como uma etapa da vida.

3ª Actividade – A puberdade: Serão mostrados os estágios que descrevem a puberdade masculina e feminina no que respeita aos caracteres sexuais secundários (slides 8 a 10). O objectivo nesta 3ª actividade incide em informar os adolescentes sobre as mudanças corporais, como característica desta etapa da vida em que se encontram. Pretende-se que os jovens compreendam e aceitem as mudanças.

O tema da imagem corporal também foi incluído dada a preocupação manifesta dos jovens adolescentes com as alterações que estão a vivenciar (mais de 60% dos jovens inquiridos), apesar desta temática não ter sido considerada como problemática.

4ª Actividade: O que é a sexualidade?: Vai ser proposto aos alunos que reflectam e participem na sessão respondendo à questão: “o que achas que é a sexualidade?”, pretende-se que todos os alunos participem e dêem a sua opinião na forma de palavras que achem que exprima a sexualidade. Será transmitido a seguir um filme sobre a sexualidade (slide 14), que representa o mesmo exercício antes pedido aos alunos, mostrando outros alunos adolescentes a descreverem a sexualidade por palavras. Pretende-se exemplificar aos alunos, como a sexualidade é vivida por outros adolescentes de idênticas idades, com os mesmos anseios, iguais valores e sentimentos.

Como objectivo, pretende-se levar os adolescentes a reflectir e a participar na temática da sexualidade. Os jovens terão oportunidade de partilhar pontos de vista diferentes, enriquecendo as suas perspectivas.

5ª Actividade – Definir sexualidade: Posteriormente na sessão a sexualidade é explicada na forma de conceito (Slides 15 e 16), estando presente a definição de sexualidade da OMS (1975). Decidiu-se também contextualizar a sexualidade sobre o porquê da dificuldade em se falar nela (slide 17), a importância em aborda-la (slide 18) e qual o interesse da educação sexual (slides 19 e 20).

O objectivo desta actividade é o de transmitir a sexualidade como algo natural no humano e a importância em educar a sexualidade para a sua vivência. Achou-se pertinente

falar nestes assuntos porque a adolescência é uma fase da vida caracterizada pela vivência e o despertar da sexualidade, e espera-se que, ao serem abordados, os alunos adolescentes se sintam mais seguros de si e apoiados na vivência de uma sexualidade segura.

Sucintamente são abordados factores que influenciam a sexualidade, tais como o local onde se vive, a família, os meios de comunicação social, os amigos e a escola (slide 21).

6ª Actividade – Identidade e orientação sexual: A identidade (género) e orientação sexual são abordadas, tendo em conta o valor da aceitação das diferenças. Aqui, as palavras discriminação e estereótipos serão chave (slides 22, 23 e 24). Nesta actividade, seguiu-se assim a sugestão dada pelas direcções de ambas as escolas em se abordar esta temática.

7ª Actividade – Vivência da sexualidade: Dentro da vivência da sexualidade, vai-se abordar o namoro, com os afectos que ele envolve (slides 25 e 26). De uma forma mais incisiva, achou-se também importante abordar as relações sexuais, tão marcantes na sexualidade, como relevantes para o bem-estar, essencialmente numa perspectiva de responsabilização perante o acto. Ficam expressas informações diversas sobre quando se está preparado para ter relações sexuais (slides 27, 28 e 29). Tem-se como objectivo nesta actividade despertar os adolescentes para uma sexualidade responsável. Pretende-se que os adolescentes se sintam seguros e responsáveis pela sua sexualidade.

8ª Actividade – Métodos contraceptivos: São discutidos os métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das IST. Esta é considerada uma temática problemática e foi considerada como prioritária, para além de se terem delineado objectivos neste sentido. Foram destacados dois métodos: os métodos hormonais e os métodos barreira. Nos métodos hormonais são abordadas a pílula e pílula do dia seguinte. No método barreira é discutido o caso do preservativo (slides 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 e 38). Como objectivos definidos, reafirmam-se os definidos na etapa da fixação de objectivos para a problemática pílula e vida sexual dos adultos: Que os adolescentes sejam informados da importância da utilização do método preservativo e o que permite prevenir; Que os adolescentes sejam informados acerca das funcionalidades da pílula. Pretende-se que os adolescentes conheçam e compreendam os métodos contraceptivos para prevenirem gravidezes não desejadas e IST.

9ª Actividade – Gravidez na adolescência: Segue-se a problemática da gravidez na adolescência, e são versadas algumas das possíveis consequências que esta pode trazer (Slides 39, 40 e 41). Esta actividade tem como objectivo, mostrar possíveis consequências da gravidez na adolescência. Com esta actividade espera-se que os adolescentes reflectam acerca da gravidez na adolescência.

10ª Actividade – IST: Outra temática considerada prioritária é exposta a seguir, a das IST. São explicados alguns tipos de IST e é exposta de forma mais profunda a SIDA, como uma das IST mais frequentes e que não tem cura (slides 42, 43, 44, 45, 46 e 47). No final desta parte da sessão é visionado o filme “a bola humana”, “spot” publicitário que mostra de forma animada como a sida é uma IST que atingiu proporções alarmantes e que pode afectar qualquer pessoa (slide 48). Após o visionamento do filme “a bola humana”, haverá um momento de reflexão em torno do slide 49 e que mostra dados estatísticos alarmantes relativos à problemática da SIDA como IST, serão mostrados os números de falecidos pelo vírus HIV e número total de infectados em 2010, entre outros.

Os objectivos são os expostos na etapa da fixação de objectivos para a problemática das IST: Que os adolescentes informados recebam informações sobre como prevenir as IST (nomeadamente a SIDA); Que os adolescentes recebam informação sobre IST.

11ª Actividade – Violência no namoro: O término da sessão dar-se-á com o tema da violência no namoro. Tema que foi sugerido pela direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Faz-se uma caracterização sucinta do conceito e exemplificam-se comportamentos que configuram situações de violência. São abordadas também as consequências para a vítima e que medidas tomar para contrariar estas situações (slides 50, 51, 52, 53, 54 e 55). Vai ser visionado o último filme da sessão, sobre a violência no namoro, um filme produzido por jovens adolescentes e que recria de forma simulada, situações de violência no namoro (slide 56).

O objectivo desta última actividade é o de identificar situações que configuram violência no namoro e informar sobre como reagir nessas situações. Espera-se que os adolescentes consigam identificar situações de violência no namoro e saibam como reagir em caso de violência e/ou denunciar casos de violência no namoro.

No final da sessão, prevê-se que sejam esclarecidas dúvidas, sendo de seguida entregues os diplomas da sessão e os panfletos da sexualidade, produzidos para este efeito e que se espera que possam interessar aos alunos, no sentido de se preocuparem e estarem atentos às problemáticas da sexualidade na adolescência. Por fim, são aplicados os inquéritos para avaliação (Apêndice III), que se antevê serem preenchidos em cinco minutos e será então dada por encerrada a sessão.

A realização destas sessões de informação, que constituem o cerne do projecto, pretende a consecução dos objectivos e metas descritos para cada problema identificado como prioritário.

7 - AVALIAÇÃO

Para Imperatori & Giraldes (1982/1986:127), “os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas”.

A avaliação deve segundo os mesmos autores, basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, integradas num processo formal de planeamento.

Esta avaliação, terá de, na perspectiva de Imperatori & Giraldes (1982/1986:127): “...melhorar os programas e orientar a distribuição de recursos (...); e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências como frequentemente acontece”.

A avaliação do presente projecto de estágio baseia-se nos objectivos fixados, metas e indicadores definidos. A avaliação das actividades desenvolvidas, serve assim, globalmente, para determinar a eficácia das actividades desenvolvidas, avaliar a adequação da intervenção e melhorar a gestão dos recursos utilizados.

Para a avaliação dos objectivos fixados, metas e indicadores do projecto (resultado das actividades) foi aplicado um inquérito por questionário aos adolescentes presentes nas sessões de informação, com o intuito de aferir se as informações transmitidas no decorrer das sessões de informação, foram convenientemente assimiladas pelos adolescentes. Este inquérito por questionário foi formulado pelo formando juntamente com os colegas de mestrado, tendo havido várias versões até se chegar por consenso ao questionário a aplicar. De referir que a avaliação dos indicadores de actividade se procedeu, contabilizando a assiduidade dos adolescentes nas sessões de informação.

O questionário apresenta dez questões formuladas com base em itens referentes às prioridades definidas da prevenção das IST, vivência da afectividade e contracepção, que permitirão avaliar este projecto. São apresentadas 6 questões de escolha múltipla, duas perguntas abertas e três com escala de Likert, para posterior tratamento estatísticos dos dados quantitativos e análise de conteúdo das questões abertas. As primeiras seis questões referem-se à avaliação que os estudantes adolescentes atribuíram à sessão ministrada (seis questões de escolha múltipla e uma aberta). São avaliados os itens: importância deste tipo de formação, satisfação em relação aos temas abordados, satisfação em relação às informações fornecidas, adequação dos meios, domínio dos temas pelos formadores e esclarecimento de dúvidas de forma adequada.

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

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

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

Os enfermeiros poderão também ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, assim como deixar uma forma de contacto dos enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente (Ferreira *et al*, 2004).

7.1 - ANÁLISE DE DADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Após a aplicação dos inquéritos por questionário aos alunos das Escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão e Secundária Mousinho da Silveira, procedeu-se à respectiva análise de dados. À semelhança do tratamento de dados realizado para a obtenção de um diagnóstico de situação, procedeu-se à utilização de técnicas estatísticas, através do programa informático SPSS. Foi usado o programa informático SPSS na maioria das questões, exceptuando a justificação à pergunta nº1 e na pergunta nº8, em que foi utilizado o programa Excel 2010 para Windows.

Nesta análise de dados, foi utilizada estatística descritiva no cálculo de frequências e medidas de tendência central.

Os resultados de ambas as escolas serão apresentados de forma separada e posteriormente serão analisadas eventuais diferenças e semelhanças nos resultados.

Na apresentação da análise dos dados e para melhor a ilustrar, usaram-se tabelas.

7.1.1 – Análise dos dados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão

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

Tabela n.º 8 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a importância da formação

Importância da formação	N	%
Não	0	0
Sim	20	100,0
Total	20	100,0

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

Tabela n.º 9 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência na EBCF

Importância da formação	N
Mais e melhor informação	2
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	1
Esclarecimento das suas dúvidas pessoais	1
Preparação para a vida	5

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

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

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

Tabela n.º 10 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	1	5
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	5
Satisfeito	4	20
Muito satisfeito	14	70
Total	20	100

Apenas cerca de 10% do total dos inquiridos mostrou insatisfação ou mesmo indiferença em relação aos temas apresentados.

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

Tabela n.º 11 – Distribuição dos inquiridos na EBCF de acordo com a adequação dos meios utilizados

Adequação meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	20	100
Total	20	100

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

Tabela n.º 12 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação com a informação fornecida

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Satisfeito	8	40
Muito satisfeito	12	60
Total	20	100

Dos 20 jovens inquiridos, 40% mostraram-se satisfeitos e 60% mesmo muito satisfeitos relativamente à informação fornecida.

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

Tabela n.º 13 – Distribuição dos inquiridos na EBCF de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

Domínio dos temas	N	%
Suficiente	1	5
Bom	3	15
Muito bom	16	80
Total	20	100,0

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

Cerca de 5% considerou que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Cerca de 15% e 80% consideraram que estes tiveram um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas, respectivamente.

Tabela n.º 14 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	10
Satisfeito	7	35
Muito Satisfeito	11	55
Total	20	100,0

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

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

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

Tabela n.º 15 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião sobre a fase da adolescência

Liberdade e responsabilidade na adolescência	N	%
Sem opinião	1	5
Concordo	7	35
Concordo totalmente	12	60
Total	20	100,0

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

Tabela n.º 16 – Identificação de pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade na EBCF

Identificação de pelo menos 2 afectos	N	%
Sim	20	100

Todos os inquiridos responderam adequadamente quando se lhes pediu a identificação de pelo menos dois afectos.

Tabela n.º 17 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	9	45
Discordo	5	25
Sem opinião	1	5
Concordo	4	20
Concordo totalmente	1	5
Total	20	100,0

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

Existindo 1 jovem que não manifestou opinião sobre o assunto e é preocupante, contudo, verificar que 25% do total dos inquiridos concordou com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo.

Tabela n.º 18 – Distribuição dos inquiridos na EBCF segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	13	65
Discordo	2	10
Sem opinião	1	5
Concordo	3	15
Concordo totalmente	1	5
Total	20	100,0

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

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

7.1.2 - Análise dos dados da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

Através das 4 tabelas apresentadas em seguida podem retirar-se conclusões acerca da apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados e adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos.

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

Tabela n.º 19 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a importância da formação

Importância da formação	N	%
Sim	45	97,8
Não responde	1	2,2
Total	46	100,0

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

Tabela n.º 20 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência na ESMS

Importância da formação	N
Maior qualidade e quantidade de informação	13
Mais alerta e desperto para os perigos	5
Evitar erros futuros	1
Sentimento de segurança	2
Início de vida sexual mais seguro	1
Uma forma de crescer	3
Melhor preparação para a vida	5

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

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

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

Tabela n.º 21 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação com os temas apresentados

Satisfação com os temas	N	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	2,2
Satisfeito	22	47,8
Muito satisfeito	23	50
Total	46	100,0

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

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

Tabela n.º 22 – Distribuição dos inquiridos na ESMS de acordo com a adequação dos meios utilizados

Meios utilizados	N	%
Sim	46	100
Total	46	100,0

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

Tabela n.º 23 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação com a informação fornecida

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	2,2
Satisfeito	24	52,2
Muito satisfeito	21	45,7
Total	46	100,0

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

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

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

Tabela n.º 24 – Distribuição dos inquiridos na ESMS de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados

Domínio do temas	N	%
Suficientes	2	4,3
Bons	16	34,8
Muito bons	28	60,9
Total	46	100,0

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

Cerca de 4% admitiram que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. Aproximadamente 34% referiram que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e cerca de 60% consideraram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

Tabela n.º 25 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4,4
Satisfeito	20	44,4
Muito Satisfeito	23	50
Não responde	1	2,2
Total	46	100,0

Apenas 2% do total dos inquiridos se considerou nem satisfeito nem insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência.

Mais de 44% admitiram ter ficado satisfeitos e cerca de 50% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

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

Tabela n. º 26 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a opinião sobre a fase da adolescência

Liberdade e responsabilidade na adolescência	N	%
Discordo	2	4,3
Sem opinião	1	2,2
Concordo	13	28,3
Concordo totalmente	29	63
Não responde	1	2,2
Total	46	100,0

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

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

Tabela n. º 27 – Identificação de pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade na ESMS

Identificação de pelo menos 2 afectos	N	%
Sim	44	95,6
Não	2	4,3

Apenas dois inquiridos não identificaram pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade.

Tabela n. º 28 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	31	67,4
Discordo	11	23,9
Concordo	2	4,3
Concordo totalmente	2	4,3
Total	46	100,0

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

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

Tabela n.º 29 – Distribuição dos inquiridos na ESMS segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	28	60,9
Discordo	11	23,9
Sem opinião	1	2,2
Concordo	4	8,7
Concordo totalmente	2	4,3
Total	46	100,0

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

Todavia, é surpreendente constatar que um total de 13% de inquiridos consideraram que o uso da pílula podia ser usado como um meio de prevenção para as IST.

7.2 - AVALIAÇÃO DOS INDICADORES E ACTIVIDADES REALIZADAS

A maior parte dos elementos usados para a avaliação deste projecto de intervenção são indicadores. Os indicadores definidos neste projecto foram indicadores de actividade e indicadores de resultado das actividades, o que permitirá conhecer e aferir a actividade desenvolvida para modificar os problemas de saúde definidos como prioritários e atingir os objectivos traçados.

Na avaliação das actividades desenvolvidas, teve-se também em conta para além dos indicadores:

- O cumprimento dos prazos previstos;
- A adequação dos recursos previstos;
- A participação dos intervenientes;
- A concretização dos objectivos pretendidos.

7.2.1 – Indicador de actividade das Sessões de intervenção planeadas

Relativamente ao objectivo, meta e indicador de actividade formulados para as sessões de intervenção planeadas para ambas as escolas:

- A taxa de concretização relativa às sessões de informação realizadas na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, foi de 100% - Taxa de concretização: $1/1 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se realizado 100% das sessões de informação previstas.

- A taxa de concretização relativa às sessões de informação realizadas na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, foi de 100% - Taxa de concretização: $2/2 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se realizado 100% das sessões de informação previstas.

7.3 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA PREVENÇÃO DAS IST

7.3.1 - Indicadores de actividade

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que recebeu informação sobre o método preservativo e o que permite prevenir, foi de 100% - Taxa de informação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido 100% dos alunos previstos para receberem informação sobre o método preservativo e o que permite prevenir.

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que recebeu informação sobre IST foi de 100% - Taxa de informação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido 100% dos alunos previstos para receberem informação sobre as IST.

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que recebeu informação sobre o método preservativo e o que permite prevenir, foi de 93,8% - Taxa de informação: $46/49 \times 100\% = 93,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 90% dos alunos previstos que receberam informação sobre o método preservativo e o que permite prevenir. Como já referido, um aluno faltou e outros dois não puderam assistir à sessão de informação.

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que recebeu informação sobre IST foi de 93,8% - Taxa de informação: $46/49 \times 100\% = 93,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, obtendo-se novamente mais de 90% dos alunos previstos que receberam informação sobre as IST.

7.3.2 - Indicadores de resultado das actividades

- Taxa de conhecimento relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão sobre como prevenir as IST foi de 75% - Taxa de conhecimento: $15/20 \times 100\% = 75\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 70% dos alunos previstos a discordar ou discordar totalmente que o uso da pílula previne as IST. Esta taxa revela-se importante, dado a temática da prevenção das IST ter sido considerada prioritária.

- Taxa de conhecimento relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão sobre a compreensão do método preservativo e o que permite prevenir foi de 70% - Taxa de conhecimento: $14/20 \times 100\% = 70\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, ainda que de forma tangencial, tendo-se obtido uma taxa de 70% da população a discordar ou discordar totalmente que o preservativo só evita a gravidez.

- Taxa de conhecimento relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira sobre como prevenir as IST foi de 84,7% - Taxa de conhecimento: $39/46 \times 100\% = 84,7\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 70% dos alunos previstos a discordar ou discordar totalmente do uso da pílula prevenir as IST. Esta taxa revela-se importante, dado a temática da prevenção das IST se ter considerado prioritária.

- Taxa de conhecimento relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira sobre a compreensão do método preservativo e o que permite prevenir foi de 91,3% - Taxa de conhecimento: $42/46 \times 100\% = 91,3\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se atingido uma taxa pouco superior a 90% da população a discordar ou discordar totalmente que o preservativo só evita a gravidez.

No que diz respeito a esta área de intervenção, conseguiram-se concretizar todas as actividades programadas em cronograma e no prazo previsto. Pensa-se que os recursos inicialmente considerados necessários foram adequados e suficientes para a concretização destas actividades.

A população-alvo de ambas as escolas foi informada acerca do método preservativo e recebeu informação sobre as IST e como as prevenir, tendo desta forma sido alcançados os objectivos traçados para os indicadores de actividade.

Relativamente aos objectivos definidos para os resultados das actividades, a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão também atingiu o objectivo de saber como prevenir as IST, dado a meta estabelecida ter sido alcançada. Em relação ao objectivo compreender o método preservativo e o que permite prevenir, este foi novamente atingido, alcançando-se a meta definida.

Em relação à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, tal como na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, esta, por sua vez, atingiu o objectivo de saber como prevenir as IST, dado a meta do objectivo ter sido alcançada. O mesmo se verificou com o objectivo compreender o método preservativo e o que permite prevenir.

7.4 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA VIVÊNCIA DA AFECTIVIDADE

7.4.1 – Indicadores de actividade

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão informada acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade foi de 100% - Taxa de informação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida. Foi atingida a taxa de 100%, tal como a meta estipulada de alunos previstos a serem informados acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira informada acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade foi de 93,8% - Taxa de informação: $46/49 \times 100\% = 93,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 90% dos alunos previstos para receberem informação sobre o método preservativo e o que permite prevenir.

7.4.2 – Indicadores de resultado das actividades

- A taxa de identificação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão informada que identificou pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade foi de 100% - Taxa de informação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida.

- A taxa de identificação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira informada que identificou pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade foi de 95,6% - Taxa de informação: $44/46 \times 100\% = 95,6\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se atingido mais de 90% da população que identificou pelo menos dois afectos envolvidos na sexualidade

- A taxa de reconhecimento relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão falcão que reconheceu a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade foi de 95% - Taxa de reconhecimento: $19/20 \times 100\% = 95\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se atingido mais de 80% da população que reconheceu a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.

- A taxa de reconhecimento relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que reconheceu a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade foi de 91,3% - Taxa de reconhecimento: $42/46 \times 100\% = 91,3\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 80% da população-alvo que reconheceu a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.

- A taxa de satisfação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que se apresentou satisfeita relativamente aos temas apresentados foi de 90% - Taxa de satisfação: $18/20 \times 100\% = 90\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido bem mais de 50% da população-alvo a apresentar-se satisfeita relativamente aos temas apresentados.

- A taxa de satisfação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que se apresentou satisfeita relativamente aos temas apresentados foi de 97,8% - Taxa de satisfação: $45/46 \times 100\% = 97,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido uma taxa de quase 100% da população-alvo a apresentar-se satisfeita relativamente aos temas apresentados.

- A taxa de satisfação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que se apresentou satisfeita relativamente às informações fornecidas nas sessões foi de 100% - Taxa de satisfação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido a totalidade da população-alvo a apresentar-se satisfeita relativamente às informações fornecidas nas sessões.

- A taxa de satisfação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que se apresentou satisfeita relativamente às informações fornecidas nas sessões foi de 97,8% - Taxa de satisfação: $45/46 \times 100\% = 97,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido a quase totalidade da população-alvo a apresentar-se satisfeita relativamente às informações fornecidas nas sessões.

A população-alvo de ambas as escolas foi informada acerca dos afectos envolvidos na sexualidade, sua vivência e da adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, tendo desta forma sido alcançados os objectivos traçados para os indicadores de actividade.

Relativamente aos objectivos definidos para os resultados das actividades, a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, atingiu o objectivo de identificar pelo menos dois afectos, dado a meta para o objectivo ter sido alcançada. Em relação ao objectivo de reconhecer a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, este foi também atingido, pois conseguiu-se a meta definida.

Em relação à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, tal como na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, esta também atingiu o objectivo de identificar pelo menos dois afectos, dado a meta para o objectivo ter sido alcançada.

O mesmo se verificou com o objectivo reconhecer a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, pois conseguiu-se a meta definida.

7.5 – INDICADORES DA PROBLEMÁTICA CONTRACEPÇÃO

7.5.1 - Indicadores de actividade

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão informada acerca do método pílula foi de 100% - Taxa de informação: $20/20 \times 100\% = 100\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se atingido a totalidade da população que foi informada acerca do método pílula.

- A taxa de informação relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira informada acerca do método pílula foi de 93,8% - Taxa de informação: $46/49 \times 100\% = 93,8\%$.

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 90% dos alunos previstos para receberem informação acerca do método pílula.

7.5.2 - Indicadores de resultado das actividades

- A taxa de esclarecimento relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que teve as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada foi de 90% - Taxa de esclarecimento: $18/20 \times 100\% = 90\%$

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se obtido mais de 70% da população que se mostrou satisfeita ou mesmo muito satisfeita relativamente ao esclarecimento de dúvidas de forma adequada.

- A taxa de esclarecimento relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que teve as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada foi de 93,4% - Taxa de esclarecimento: $43/46 \times 100\% = 93,4\%$

A meta estabelecida para este indicador foi atingida, tendo-se atingido mais de 70% da população que se mostrou satisfeita ou mesmo muito satisfeita relativamente ao esclarecimento de dúvidas de forma adequada.

- A taxa de interesse relativa à população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão que considerou importante a formação sobre a adolescência e sexualidade foi de 100% - Taxa de interesse: $20/20 \times 100\% = 100\%$

A meta estabelecida para este indicador foi atingida para a totalidade da população, que considerou este tipo de formação como importante.

- A taxa de interesse relativa à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira que considerou importante a formação sobre a adolescência e sexualidade foi de 97,8% - Taxa de interesse: $45/46 \times 100\% = 97,8\%$

A meta estabelecida para este indicador foi atingida para a quase totalidade da população, que considerou este tipo de formação como importante. Havendo apenas um inquirido que não a considerou como importante.

A população-alvo de ambas as escolas foi informada acerca do método pílula, tendo desta forma sido alcançado o objectivo traçado para o indicador de actividade na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, tendo o mesmo sido alcançado para a Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Relativamente aos objectivos definidos para os resultados das actividades, a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, atingiu bem o objectivo de ter as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada, com um resultado superior à meta definida. Em relação ao objectivo de a população-alvo considerar a formação importante, este foi também atingido na totalidade.

Em relação à população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, tal como na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, esta também atingiu o objectivo de ter as suas dúvidas esclarecidas de forma adequada, dado a meta para o objectivo ter sido mesmo superada. O mesmo se verificou com o objectivo de a população-alvo considerar a formação importante, superando a meta definida.

7.6 – AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS

A primeira sessão desenvolvida, realizada ao 9º ano, turma C da Escola secundária Mouzinho da Silveira, decorreu num ambiente de genuíno interesse por parte dos alunos adolescentes. Ao início da sessão a turma encontrava-se pouco participativa, mas os alunos foram gradualmente participando, quando estimulados e questionados pelos mestrandos. Globalmente os alunos foram participativos e mostraram interesse pelos temas, nomeadamente, aquando do visionamento de filmes.

No decorrer da sessão um pequeno problema no computador, no decorrer do visionamento de um filme, provocou uma paragem de alguns minutos na sessão, no entanto, crê-se que tal facto provocou uma perturbação mínima na sessão. No final foram entregues panfletos informativos, diplomas comprovativos da participação na sessão e aplicados os inquéritos. No final da sessão as impressões transmitidas pelos alunos foram positivas e gratificantes.

A segunda sessão efectuada ao 9º ano, turma C da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, decorreu numa turma mais diminuta, mas também a temática despertou interesse nos alunos. A referir que à hora do começo da sessão (14h30), a sala encontrava-se bem iluminada pelo sol, o que dificultou de alguma maneira o visionamento da sessão na tela, o que foi resolvido com a aproximação dos alunos à tela. A sessão decorreu dentro dos limites de tempo esperados e foram surgindo dúvidas prontamente esclarecidas pelos mestrandos. Após a distribuição de panfletos e diplomas, foram respondidos todos os inquéritos.

A terceira e última sessão foi efectuada ao 8º ano da Escola secundária Mouzinho da silveira. Foi a turma com mais alunos. Inicialmente não se depararam grandes alterações no comportamento dos alunos em relação aos seus colegas do 9º ano. Destacar-se-ia a também participação da maioria na temática dos afectos na sexualidade, tema que em todas as sessões despertou interesse. Note-se também que temática criou alguma desatenção nos alunos, pelo “burburinho” criado, o que não perturbou sobremaneira a sessão. As problemáticas das IST e gravidez foram temas bastante discutidos. A entrega de panfletos, diplomas e a aplicação dos questionários decorreram normalmente.

No geral as sessões decorreram dentro do inicialmente esperado, não se conseguindo no entanto a totalidade dos objectivos delineados para as sessões. De referir que o material informativo disponibilizado não sofreu alterações ao longo das sessões, o que mostrou a aplicabilidade deste. Crê-se que as reacções dos alunos foram maioritariamente positivas e agradece-se desde já ao apoio das escolas envolvidas e ESSP na pessoa da Prof.ª Dr.ª Maria Filomena Martins.

Os progressos alcançados com as actividades, foram então comparados com a situação inicial de problemas definidos como prioritários.

Em relação à área problemática prevenção das IST, em que no diagnóstico da situação 16% dos inquiridos referiram não se preocupar com a SIDA, após o questionário de avaliação posterior às sessões verificou-se que na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, os adolescentes mostraram em percentagens significativas que desconhecem saber como se previnem as IST e compreender o método preservativo e o que permite prevenir.

As percentagens obtidas revelam-se mesmo superiores aos 16% de inquiridos que não se preocupam com a SIDA. Tal facto pode relacionar-se com a ignorância sobre esta temática, pois um número significativo de adolescentes não só não se preocupam com a SIDA, como demonstrou não saber prevenir as IST.

No caso da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, os resultados obtidos foram mais positivos, diferenciando-a da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. A percentagem de inquiridos que mostrou saber como se previnem as IST e compreender o método preservativo e o que permite prevenir foram sempre superiores aos 16% de inquiridos que referiram não se preocupar com a SIDA.

Nesta problemática pode dizer-se que apesar da intervenção efectuada não se observaram após as actividades, ganhos nesta problemática relativamente à situação inicial.

Em relação à problemática da contraceção, tanto na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão, como na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, as taxas de esclarecimento obtidas foram sempre superiores às percentagens obtidas no diagnóstico da situação, de jovens que não falam com os pais sobre o método contraceptivo pílula. Pode afirmar-se que houve um aparente ganho em termos de adolescentes informados acerca desta problemática, relativamente à situação inicial.

Na problemática vivência da afectividade, em ambas as escolas as percentagens de adolescentes que não identificaram pelo menos dois afectos e que não reconheceram a adolescência como uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, foram inferiores aos 15% de inquiridos que não recorreram a ninguém para falar sobre a sexualidade, como consta no diagnóstico da situação. Pode pois afirmar-se que houve um ganho em termos de consciencialização dos adolescentes acerca desta problemática, relativamente à situação inicial.

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

CONCLUSÕES

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

O facto de se poder conhecer as transformações sofridas pelos adolescentes, ajuda a perceber melhor as dificuldades que se encontram e a verificar que estas são normais e comuns à maioria dos rapazes e das raparigas. Podem-se aceitar como normais e positivas as sensações novas de excitação e prazer que experimentam; perceber melhor o carácter injustificado de certas vergonhas femininas e medos masculinos que têm a ver com a forma como as raparigas e os rapazes são educados; pode ajudar a perceber melhor o conflito com os pais, sem culpabilidade e sem dramatismos; o facto de se saber que as dificuldades são comuns permite maior à vontade e uma maior capacidade de os ultrapassar; e permite também perceber melhor e ultrapassar as contradições numa perspectiva de futuro.

Segundo referem Ferreira & Nelas (2006:141) a

“...adolescência foi considerada no passado apenas como um breve interlúdio entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adulta atribuída ao jovem. Pouco depois da maturidade sexual, muitas vezes caracterizada por uma iniciação elaborada, o novo adulto trabalhava, casava e tinha filhos. Hoje é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência escolhem o seu caminho profissional e o seu projecto de vida”.

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

A sexualidade humana é um fenómeno multifacetado que acompanha toda a ontogénese, e concretamente na adolescência assume um papel de especial relevância, pelas características específicas do adolescente.

Assim, assume, segundo Cordeiro (2009:305) “várias vertentes: dos afectos à comunicação, passando pela companhia, partilha (...), reprodução, amizade e tantos outros aspectos”.

O discurso, as posturas e atitudes dos educadores precisam de ser compatíveis com aquilo que praticam. O adolescente apreende e aprende, é crítico e contestatário; se perceber que o discurso não corresponde à prática, ficará desconfiado, e o que é pior, muitas vezes, decepcionado. Os adolescentes devem ser estimulados em todos os sentidos do desenvolvimento da sua auto-estima.

A educação sexual para os jovens consiste na transmissão de informação de modo a evitar comportamentos prejudiciais à saúde no âmbito da sexualidade. Os profissionais ao fazerem educação sexual devem ter em conta aspectos tais como sexualidade, sentimentos, liberdade, afectividade, prazer, comunicação e responsabilidade de maneira a promover a aquisição de comportamentos responsáveis (Vilelas, 2009).

A sexualidade e a educação afectivo-sexual são questões imprescindíveis a ser enfrentadas por toda a sociedade, tendo em vista que os meios de comunicação utilizam as questões da sexualidade de forma banal, sem contribuir para que o adolescente reflecta e possa estabelecer critérios de causa e efeito na forma de encarar e se comportar frente ao exercício da sexualidade. Outro aspecto a considerar é a formação e participação dos profissionais de saúde para desenvolver a educação e promoção da sexualidade saudável. Neste contexto, como refere Andrade (1995:15) “Educar para a saúde, no domínio dos afectos, é penetrar no imprevisível com um investimento na paciência”.

Na escola, os educadores devem estar capacitados para lidar com essa trajectória biopsicossocial e pedagógica dos adolescentes. É importante que preconceitos, tabus e mitos em relação à sexualidade sejam colocados em parceria com o conhecimento científico. Os pais devem ser informados e integrados no processo educativo afectivo-sexual, para que não haja barreiras e bloqueios no desenvolvimento da identidade sexual do adolescente.

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

Os adolescentes, ao não estarem convenientemente informados pelos adultos, aprendem e disseminam informações inadequadas e preconceitos que somados ao comportamento onipotente característico da adolescência, contribuem para que as experiências sexuais possam condicionar riscos.

É fundamental considerar que tanto a família, a escola e os profissionais de saúde podem contribuir para que adolescentes vivenciem a sexualidade e as suas relações afectivas de forma satisfatória e sem riscos, vinculada ao respeito mútuo e sem discriminação.

Quanto aos profissionais de saúde, mais concretamente na área da Enfermagem Comunitária, o planeamento em saúde nesta área revela-se de grande relevância.

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

Concorre para este facto o PNS de 2004-2010, onde são preconizadas como intervenções prioritárias “aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens, reforçar as actividades de redução de comportamentos de risco e *settings* para intervenção com reforço das actividades de educação em saúde” (M. Costa, 2008:2, citando o Ministério da Saúde, 2003:27-28).

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

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

Findo o projecto de intervenção dirigido aos adolescentes entre os 12 e os 19 anos de idade, da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira, pode-se dizer que o objectivo geral do projecto de estágio foi atingido, através da mobilização e aplicação dos saberes do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, num projecto baseado na metodologia do planeamento em saúde, com a implementação de actividades de enfermagem. Espera-se ter contribuído efectivamente para a promoção da saúde na população-alvo, como demonstram os resultados obtidos nos indicadores estabelecidos e o conseqüente alcance das metas.

No caso dos objectivos específicos delineados para este projecto, estes também se consideraram alcançados, dado:

- Terem sido implementadas as etapas do planeamento em saúde no projecto de estágio;

- Terem sido planeadas e executadas intervenções de enfermagem dirigidas aos adolescentes envolvidos no projecto;

- Ter-se contribuído para a implementação do PNS, ao intervir-se através de acções de enfermagem dirigidas aos adolescentes envolvidos de ambas as escolas, que permitirão inculcar hábitos de vida saudáveis; Como preconizado no PNS, foi feita intervenção, nomeadamente na saúde reprodutiva e prevenção das IST, definindo-se estratégias e actuando-se por meio de intervenções de enfermagem, numa parceria entre as escolas e a ESSP

- Ter sido efectuada a avaliação das intervenções de enfermagem planeadas, com a inquirição da população-alvo após as mesmas intervenções. Obtiveram-se com este inquérito dados que após análise permitiram medir os indicadores formulados.

Nos objectivos estipulados para o relatório de estágio, pensa-se terem-se atingido os objectivos, uma vez que:

- Foram descritas todas as actividades desenvolvidas no campo de estágio, no decorrer da implementação das etapas do planeamento em saúde;

- Foram interpretados os resultados obtidos nas actividades do projecto de estágio em ambas as escolas, através da etapa avaliação, em que se mediram os indicadores formulados, e se aferiram as metas estabelecidas na etapa fixação de objectivos;

- Foram analisados criticamente os resultados obtidos, na etapa avaliação, comentando-se se as metas foram ou não atingidas.

Nas áreas problemáticas identificadas como prioritárias (prevenção das IST, vivência da afectividade e contraceção), os objectivos estipulados (fixação de objectivos) para ambas as escolas, foram atingidos. A mensuração dos indicadores permitiu entretanto verificar que os valores obtidos diferiram quanto à escola e quanto à problemática avaliada.

Na área prevenção das IST, em relação aos indicadores de actividade, a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão atingiu melhores resultados que a Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Pode-se referir que embora haja diferenças, estas não são significativas. A quase totalidade da população-alvo de ambas as escolas foi alvo deste projecto de intervenção. Na Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão obteve-se a totalidade da população-alvo, algo não atingido na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, por razões já anteriormente referidas.

No que respeita aos indicadores de resultado das actividades, de uma forma global, a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira obteve melhores taxas de conhecimento do que as da população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão. Tal facto pode estar relacionado hipoteticamente com um maior desconhecimento das IST e do que o método preservativo permite prevenir, um maior desinteresse pela temática, não exposição de dúvidas, ou desatenção dos alunos no decorrer da sessão de informação sobre a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

Na área da vivência da afectividade, em relação aos indicadores de actividade, os resultados são sobreponíveis aos obtidos na área prevenção das IST.

No que respeita aos indicadores de resultado das actividades, a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão mostrou uma maior taxa de identificação dos afectos e uma maior taxa de reconhecimento acerca da adolescência como etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, embora com diferenças proporcionais mínimas. Dois adolescentes não responderam à questão sobre os afectos envolvidos na sexualidade (na Escola Secundária Mouzinho da Silveira), o que marcou a diferença entre as duas escolas.

Na problemática contraceção, em relação aos indicadores de actividade, os resultados são sobreponíveis aos obtidos na área prevenção das IST e área vivência da afectividade.

Em relação aos indicadores de actividade, pouca diferença se verificou ao nível da taxa de esclarecimento nas populações-alvo das duas escolas. Pode referir-se que a população-alvo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira se mostrou mais esclarecida, após as sessões de informação.

No que respeita à importância atribuída pela população-alvo à formação sobre a adolescência e sexualidade, os resultados também foram muito próximos, denotando a atenção que os adolescentes atribuem a esta área. Apesar dessa pequena diferença, a população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão considerou na sua totalidade a formação importante.

Sobre as intervenções de enfermagem por meio de sessões de informação, a totalidade da população-alvo de ambas as escolas considerou que os meios utilizados foram adequados.

Acerca do domínio dos temas pelos formadores, também aqui, a população-alvo de ambas as escolas considerou que estes foram maioritariamente muito bons, tendo havido uma avaliação mais positiva por parte da população-alvo da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão.

A meta fixada para a realização de todas as sessões de informação/intervenções de enfermagem, foi por sua vez atingida, tendo-se como planeado, realizado todas as sessões de informação.

Em relação á teoria/modelo de promoção da saúde usada no projecto, pode considerar-se, com base nos resultados das actividades, que se revelou globalmente adequada, no entanto, como se trata de um projecto de intervenção limitado no tempo, não foi possível usar indicadores de impacto a médio/longo prazo para uma avaliação e análise mais completa e aprofundada do projecto. Constatou-se de forma geral, que os alunos avaliados, responderam positivamente às questões colocadas no questionário de avaliação, sendo que após se ter proporcionado a aprendizagem dos temas aos alunos, atingiram-se as metas inicialmente estipuladas.

Os adolescentes na sua grande maioria consideraram que os meios utilizados foram os adequados, o que se revela muito positivo, visto que a teoria da aprendizagem social pretende a mudança de expectativas e crenças por meio de um método de fornecimento de informação.

Há que ressaltar também, segundo esta teoria, que, para se executar um comportamento aprendido, deve-se estar motivado para o realizar. Por essa razão e para motivar estilos de vida saudáveis na área da sexualidade, foram mostradas as consequências possíveis, ao longo das sessões, dos comportamentos de risco, o que se ajusta á noção teórica, defendida pela teoria, de que as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo. Pretendeu-se nas sessões de informação, modificar expectativas e atitudes nos adolescentes, que influenciassem a adopção de comportamentos saudáveis.

Este projecto de estágio, contribuiu deveras para a formação pessoal e profissional do mestrando. O projecto desenvolvido, do qual resultou o presente relatório, resultou da aplicação da metodologia do planeamento em saúde, usada precisamente pelos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública e considerada o âmago da enfermagem na comunidade.

Neste projecto, foi dada oportunidade ao mestrando, de contribuir para capacitar um grupo específico (adolescentes), mediante intervenção, para a adopção de estilos de vida saudáveis, além de contribuir para a consecução do PNS. Todas estas actividades estão previstas nas competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Foi então desenvolvida pelo mestrando uma prática dirigida a um grupo, no caso concreto, a população adolescente. Tal actividade permitiu uma significativa aquisição de conhecimentos e experiência, tanto para a elaboração de projectos utilizando a metodologia do planeamento em saúde, como a interacção com grupos, pessoas e comunidades no sentido de informar e capacitar.

Foi caracterizado e estudado um grupo, o que permitiu conhecer os seus problemas e necessidades. Tal realização possibilitou obter uma visão holística do mesmo, possibilitando uma intervenção globalizante. Através do projecto, foi possível intervir num grupo particular – os adolescentes, propiciando-lhes cuidados de saúde específicos para uma população jovem e com um elevado potencial para a adopção de estilos de vida saudáveis. Pôde-se, desta forma mobilizar o grupo no sentido de tentar minimizar os problemas de saúde identificados, promovendo-lhe uma atitude de responsabilidade para com a saúde.

Foram adquiridos conhecimentos necessários à definição de prioridades nos problemas identificados e ao estabelecer de objectivos, metas e indicadores. Neste seguimento foi também delineada uma estratégia a seguir, seguindo-se a elaboração do projecto tendo em conta a estratégia e os recursos disponíveis para a preparação da execução/ execução. Após a concretização de todas estas etapas foi possível identificar e medir os resultados obtidos (avaliação). Tal capacitou o mestrando para analisar e interpretar criticamente os resultados das intervenções, numa perspectiva de aprendizagem para a realização de possíveis projectos futuros ou programas e gestão da sua implementação, juntamente com outros técnicos/ profissionais de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis.

Através da aprendizagem e seguimento das etapas da metodologia do planeamento, o mestrando ficou capacitado para intervir junto do utente, seja ele, pessoa, grupo ou comunidade, trabalhando para lhe dar as respostas adequadas às suas necessidades com vista à obtenção de efectivos ganhos em saúde, seguindo o regulamento nº128/2011 da OEP que refere:

“Os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667)

A implementação deste projecto de intervenção não se revelou de todo linear. Devido a contingências várias, verificadas no decorrer do processo de planeamento, como a inexperiência do mestrando no uso da metodologia do planeamento em saúde, ou a escolha do tipo de estratégia a aplicar e a pertinência dos objectivos formulados. O projecto foi alvo de avanços e recuos na sua progressão, demonstrativo da reflexão em torno da melhor forma de promover a saúde ao grupo em questão. Houve também o reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde de um grupo/comunidade, como os que foram diagnosticados e tendo-se sempre em linha de vista, os recursos ao dispor. Toda esta experiência poderá ser considerada como enriquecedora, pela evolução conseguida ao longo do projecto de estágio e para a qual contribuíram colegas de mestrado e professores.

O mestrando entende o conceito de projecto como um trabalho metódico e sequencial, passível de reformulações ao longo do seu tempo útil de vida, concretizando-se na intervenção comunitária e/ou de um grupo. Com a determinação das necessidades e problemas de saúde de uma comunidade, adquire-se conhecimento e inicia-se um processo contínuo com vista ao empoderamento da comunidade e /ou grupo. Para além de intervir para capacitar, trata-se também de contribuir para um exercício de cidadania.

Para o mestrando, intervir numa comunidade, revela-se uma tarefa contínua, dado haver a necessidade de se diagnosticarem periodicamente os problemas e necessidades da comunidade, monitorizando-a.

O projecto de intervenção representou para o mestrando a oportunidade de colocar em curso uma prática baseada na evidência, uma vez mais, educando para a saúde, num grupo, numa sociedade actual em que as pessoas pretendem assumir, cada vez mais, um papel activo na sua saúde. A maioria dos estudos consultados aponta esta metodologia como a usada para a obtenção de ganhos em saúde na comunidade.

O projecto proporcionou também o apurar de um julgamento clínico indispensável para a tomada de decisões relativas à identificação e controlo dos determinantes da saúde. Consolidou-se assim a importância sobre o entendimento acerca da noção dos determinantes da saúde.

Foi sistematizado, neste projecto, um trabalho que privilegiou a interacção em equipa, onde o mestrando desempenhou juntamente com os restantes mestrandos as actividades que iniciaram o projecto. Este trabalho em equipa proporcionou a aquisição de competências interrelacionais em grupo, necessárias à elaboração e implementação de projectos.

Com o interesse em desempenhar adequadamente as funções dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública, foi avaliada a satisfação do grupo de população-alvo, tendo este, sido respeitado e optimizadas as informações e recursos possíveis para a maximização da satisfação. Como anteriormente exposto, os resultados foram bastante positivos a este respeito.

Durante todo este processo o mestrando sempre se mostrou responsável pelas decisões que tomou, manifestando a sua satisfação em relação aos resultados obtidos no projecto enquanto responsável. Aceitou criticas e aproveitou sugestões de colegas e professores ao longo do projecto. Compreendeu que aspectos melhorar, nomeadamente no trabalho em equipa, mas soube ser sempre perseverante e motivar-se, não só para “por de pé” um projecto, mas conclui-lo, sabendo que foi bem sucedido. Por isso, o mestrando faz uma auto-avaliação positiva, considerando-se satisfeito com o estágio realizado.

Apontam-se como limitações do projecto de estágio:

- Limitações temporais, o que pode de algum modo ter influenciado a qualidade do relatório de estágio;
- Projecto de intervenção limitado ao tempo de estágio, permitindo apenas a avaliação de indicadores de actividade e de resultado da actividade, não havendo a possibilidade, mediante indicadores de resultado, de se avaliar o impacto a médio/longo prazo das actividades desenvolvidas.

Como sugestões a propor, o mestrando defende a continuidade futura de projectos de intervenção, promovidos pela ESSP, num âmbito alargado à população adolescente de toda a cidade de Portalegre, obtendo-se assim uma perspectiva global acerca das necessidades da população relativamente à sexualidade, num distrito caracterizado pela elevada taxa de gravidezes na adolescência. Seria também bastante enriquecedor elaborar projectos a médio/longo prazo no sentido de se poderem aplicar indicadores de resultado ao projecto.

Sugere-se igualmente a comunicação dos resultados do projecto de estágio às direcções de ambas as escolas para que estas tomem conhecimento dos resultados, para posteriores intervenções de educação sexual direccionadas aos problemas e necessidades identificadas e focadas nas carências informativas dos adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Declaração de Nairobi: Promovendo a Saúde e o desenvolvimento: Quebrar as lacunas de implementação*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Nairobi.htm
- Abreu, W. (2009). Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. In *Linha de Investigação em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 5-7. Acedido em 12 de Janeiro de 2012 em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1991). *Adolescência Normal* (9^a Edição). Porto Alegre: Artes Médicas
- Almeida M., Aquino A., Gaffinkin L., Magnani R. (2003). *Uso de Contraceção por adolescentes de escolas públicas da Bahía*. In *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17470.pdf>
- Almeida, T.; Marinho, S.; Tavares, S. (2010, Abril-Junho). Educação Sexual: quem deve ser o formador? In *Revista Percursos*, 16, 25-34
- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora, 11-16
- Assembleia da República [AR] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março: Educação sexual e Planeamento família. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 71, 981-983
- Assembleia da República [AR] (1999). Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, 1.^a série – A, n.º 186, 5232-5234

- Assembleia de República [AR] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto: Assembleia da República. *Diário de República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098
- Associação para o Planeamento da Família. (2010). *The Safe Project. Um Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa*. (pp.10-11)
- Blos, P. (1985). *Adolescência. Psicologia e Pedagogia – Uma Interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, (pp. 9-15)
- Bock, A., Furtado, O. & Teixeira, M. (1999). *Psicologias – Uma Introdução ao Estudo da Psicologia*. (13.ª edição). São Paulo: Editora Saraiva
- Brasil, L.; Mitsuri, R.; Pereira, A.; Alves, R. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. In *Revista Análise Psicológica*, 4, 465-483. Acedido em 10 de Novembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a04.pdf>
- Cabral C. (2003). Contraceção e gravidez na adolescência na perspectiva dos jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. In *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>
- Canavarro, M. & Pereira, A. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas. In Canavarro, M. (org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (1.ª edição – pp. 323-357). Coimbra: Quarteto Editora
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1 – 5
- Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos* (1.ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros

- Costa, M. (2008). *A Prática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes – A problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto
- Dias, A. & Pereira, I. (2010, Julho). Prevenção da Gravidez na Adolescência: Educação Sexual em Contexto Escolar. *Revista Nursing*, (259), 10-16
- Dolto, F. & Dolto-Tolitch, C. (1991). *Palavras para adolescentes ou o complexo da lagosta*. Venda Nova: Bertrand Editora
- Escola Cristóvão Falcão de Portalegre. Agrupamento n.º 2. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://ebcf.edu.pt/joomla/>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre
- Fernandes, A. (s.d.). *A Educação para a Sexualidade*. Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Acedido em 27 de Dezembro de 2011 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap2.pdf
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... In *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-160. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Porto (Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem), Porto
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência

- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M., Brisson, D. & Wakulczyk, G. (1999). Noções de Ética em Investigação. In Fortin, M. (org.), *O Processo de Investigação. Da concepção à Realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora
- Gammer, C.; Cabié, M. (1999). *A adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi Editores
- Gomes, J. & Sousa, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Revista Nursing*, 196, pp. 25-27
- Gonçalo, M. (2002, Dezembro). A Mãe Menina. In *Revista Nursing*, 172 (14), pp.10-15
- Hale, P. (1999). VIH, Hepatite e Doenças Sexualmente Transmissíveis. In Stanhope & Lancaster (cor.) *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*, (4.ª edição – pp.853-876). Loures: Lusociência
- Hernández, J., Alonso M., Ysquierdo Y. & González, T (2001). Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Revista de Enfermería Cubana*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000100002&script=sci_arttext
- Horton, P & Hunt, C. (1981). *Sociologia*. São Paulo: Editora McGraw-Hill, 127-146
- 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. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª edição). Lisboa: Obras Avulsas (Original publicado em 1982)

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição)*. Lisboa: Obras Avulsas (original publicado em 1982)

Instituto Nacional de Estatística (2012). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe, Grupo etário da mãe, Sexo e Filiação; Anual. In Portal de estatísticas oficiais. Acedido a 10 de Setembro de 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000003&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). Inquérito nacional de Saúde 2005/2006. In http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf. Acedido em 10 de Novembro de 2012

International Council of Nurses (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Acedido em 05 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf

Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In *Jornal Digital ESEP*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>

Lakatos, E. & Marconi, M. (1992). *Metodologia Científica* (2.ª edição, pp. 159-209). São Paulo: Editora Atlas

Lassiter, P. (1999). Abordagens de Grupo em Saúde Comunitária. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.ª edição – pp. 471-484). Lisboa: Lusociência

López, F. & Fuertes, A. (1999) *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF (Original publicado em 1989)

Magalhães, M. (2009). *Comportamentos de risco em adolescentes portugueses: variações em função da região e do comportamento sexual*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Temas de Psicologia – Área de Especialização de Consulta Psicológica de Jovens e Adultos), Porto

- Marques, A., Prazeres, V., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J. & Meneses, P. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Linhas Orientadoras. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação
- Martins, M. (2007). *Educación Sexual en los Adolescentes de un Distrito del Norte Alentejano: Análisis y Valoración de Fuentes. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, pp. 37-43
- Miguel, N. (1988). Os jovens e a sexualidade (3ª Edição). Lisboa: Comissão da condição feminina, grupo de trabalho da SIDA
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. *Diário da República*, 1.ª série – A, n.º 240, 5784-5786
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Neto, A. (2004). Gravidez Adolescência. In *Psicologia.Com. Pt – Portal dos Psicólogos*. Acedido em 24 de Junho de 2011 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0178
- Nueva, M. (2001). *Educar en la sexualidad al adolescente y al joven*. Acedido em 27 de Dezembro de 2012] em http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6&cat=25&subcat=66&subj=&pais=doc

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669
- Pereira, M. & Freitas, F. (2002). *Educação Sexual – Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Divisão Geral da Saúde. Acedido em 03 de Junho de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Edição revista actualizada, Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11230_2.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde Pública 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (2010, Janeiro-Março). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. In *Educação & Sociedade*, 110, (31), 135-156. Acedido em 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>
- Saíto M. & Leal M. (2003). Aspectos éticos da contracepção na adolescência. *Revista de Associação Médica Brasileira*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300014

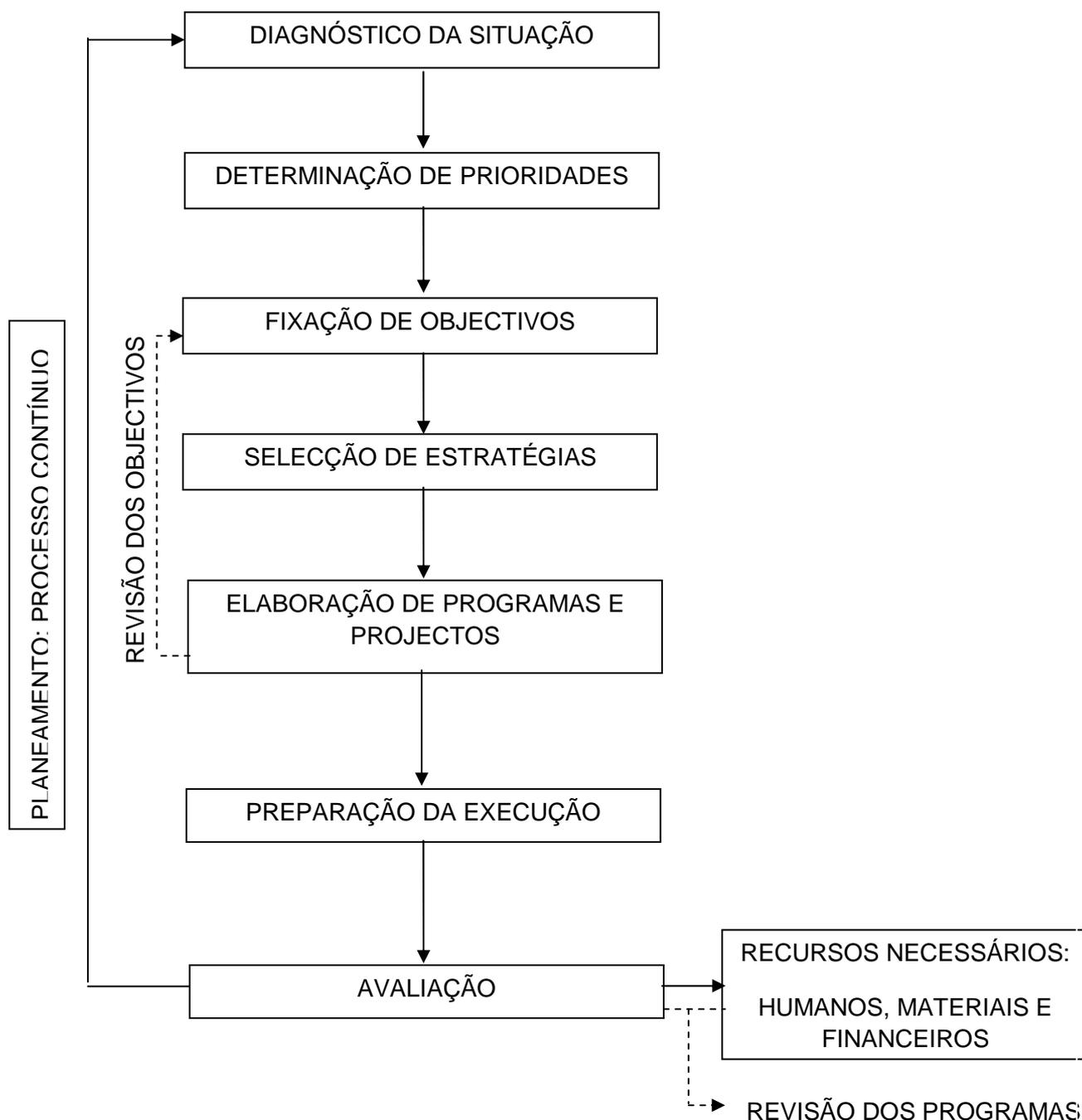
- Saíto M. & Leal M. (2005). Adolescência e Contraceção de Emergência: Fórum 2005. *Revista Paulista de Pediatria*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010-05822007000200014&script=sci_arttext&tlng=es
- Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M. & Silva, M. (2007). Grupo de Trabalho da Educação Sexual: Relatório Final. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido em 06 de Janeiro em <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>
- Saúde e Sexualidade Juvenil. In *Portal da Juventude*. Acedido em 19 de Dezembro de 2011 em <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Paginas/AsRela%C3%A7%C3%B5esAmorosas.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Contraceção (2011). Consenso sobre contraceção. In http://issuu.com/univadis/docs/b_consensos_completo?mode=window&backgroundColor=%23222222. Acedido a 22 de Novembro de 2012
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência: Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto (Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto
- Sprinthall, N.; Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (4.ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.ª edição – pp. 492-517). Lisboa: Lusociência
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1996). *Community Health Nursing* (4th Edition). St. Louis: Mosby-Year Book
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (Sétima edição). Loures: Lusodidacta

- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde
- Vieira L., Saes S., Dória A. & Goldberg T. (2006). Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Revista brasileira de Saúde Materno-Infantil*. Acedido em 17 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100016&script=sci_arttext
- Vilar, D. (2003). *Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau

ANEXOS

Anexo I – Etapas do Planeamento em Saúde

ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE



Fonte: Imperatori & Giraldes (1982/1986:10). *Metodologia do Planeamento da Saúde*.
Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais

Anexo II – Exemplar do Instrumento de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

Questionário: _____

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

Situação conjugal dos teus pais _____ Com quem
vives _____

Religião _____ Praticante _____

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

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

Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

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

Tens um amigo/a com tendências homossexuais SIM NÃO

Preocupa-te a SIDA SIM NÃO

Andas preocupado com a imagem corporal SIM NÃO

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

Pai	
Mãe	
Outro familiar	
Amigos	
Colegas da Escola	

Relatório de Estágio

Professores	
Padre	
Internet	
Livros	
Revistas	
Televisão	

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

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

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

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

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

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

1 - discordo totalmente
definida

2 - discordo bastante

3- Não tenho posição

4 - concordo bastante

5- concordo totalmente

As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas.

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

A prostituição deveria ser legalizada.

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

1	2	3	4	5

Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

1	2	3	4	5

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

1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração

Apêndices

Apêndice I – Cronograma do Projecto de estágio

Relatório de Estágio

Cronograma do Projecto de Estágio					
	2011	2012			
Actividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Elaboração do Diagnóstico da Situação					
Elaboração do Projecto de estágio					
Reuniões com as direcções da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão			10 de Fevereiro – Escola Secundária Mouzinho da Silveira 14 de Fevereiro de 2012 – Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão		
Organizar as sessões de informação para os adolescentes					
Apresentação das sessões de informação aos adolescentes					<ul style="list-style-type: none"> • Dia 12 de Abril de 2012 Entre as 10h15 e as 11h45 (9°C). Escola Secundária Mousinho da Silveira • Dia 12 de Abril de 2012 Entre as 14h30 e as 16h (9°C). Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão • Dia 13 de Abril de 2012 Entre as 8h30 e as 10h15 (8°C). Escola Secundária Mousinho da Silveira

Relatório de Estágio

Duração do estágio					
Entrega do Relatório de Estágio					Fevereiro de 2013

Apêndice II - Plano de Sessão Tipo

PLANO DE SESSÃO (TIPO)

Data: Abril de 2012

Formadores: Francisco São Pedro e Paula Capão

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

Tema: Sexualidade na adolescência

Recursos: Humanos – Formadores

Materiais – Computador portátil, projector multimédia

Metodologia: Expositiva / Participativa

Objectivos	Conteúdos	Tempo previsto	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar a afectividade como uma dimensão importante na sexualidade; - Demonstrar a importância dos métodos contraceptivos usados para a prevenção da gravidez; - Descrever as diferenças e as aplicações dos vários métodos contraceptivos; 	<p>A sexualidade vivenciada e explorada através dos sentimentos, emoções, valores e sensações; (Participação com alunos)</p> <p>Descrição dos métodos contraceptivos: preservativo, pílula, pílula do dia seguinte;</p> <p>A eficácia dos métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez;</p>	<p>15 min.</p> <p>20min.</p> <p>5 min.</p>	<p>Ficha avaliativa sobre os conteúdos abordados</p>

<p>- Informar sobre os riscos de uma gravidez na adolescência e consequências da maternidade;</p>	<p>Dificuldades de adaptação, risco de atraso no desenvolvimento do bebé, problemas obstétricos, sociais, relacionais e profissionais;</p>	<p>10min.</p>	
<p>- Expor sobre as várias IST;</p>	<p>Risco de depressão e stress nas mães adolescentes;</p>		
<p>- Informar sobre a prevenção de IST;</p>	<p>As IST: SIDA, Hepatites, Herpes genital, HPV, entre outras;</p>	<p>5 min.</p>	
<p>- Alertar os adolescentes para identificarem e darem resposta a situações de violência no namoro;</p>	<p>Precauções a ter no contacto sexual para prevenir as IST;</p>	<p>15 min.</p>	
<p>- Debater sobre a sexualidade e seus riscos;</p>	<p>Mostrar factores preditores da violência no namoro, como reagir em caso de violência, Os tipos de violência, dos mais subtis aos explícitos. A violência física, psicológica, sexual;</p>	<p>10min.</p>	
	<p>A sexualidade como fonte de prazer e felicidade, a sexualidade integrada numa relação estável, a sexualidade como fonte de infelicidade, a sexualidade vista na perspectiva da realização pessoal. (Resposta a dúvidas da caixa de perguntas – Escola Secundária Mouzinho da Silveira)</p>	<p>10min.</p>	<p>Ficha avaliativa sobre os conteúdos abordados</p>

Apêndice III – Questionário de Avaliação dos Alunos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

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

Sim Não

Justifica

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

2. Estás satisfeito com os temas apresentados?

Muito Insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

3. Os meios utilizados foram adequados?

Sim Não

4. Relativamente às informações fornecidas encontras-te

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

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

Maus Insuficientes Suficientes Bons Muito Bons

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

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

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

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

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

9. O preservativo só evita a gravidez.

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

10. O uso de pílula previne as IST.

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

Muito obrigado pela vossa colaboração

Apêndice IV – **Suporte informático**

- Sessões de informação em ficheiro PowerPoint;
- Panfleto “Sexualidade na Adolescência”, em ficheiro Publisher;
- Filme “Lagoa Azul” em ficheiro VLC media file;
- Filme “A bola Humana” em ficheiro VLC media file;
- Filme “Violência no namoro” em ficheiro media file;
- Diploma “A sexualidade na adolescência” para alunos, em ficheiro Word.