



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

EDUCAÇÃO SEXUAL NO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Cláudia Isabel Borges Teixeira

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

EDUCAÇÃO SEXUAL NO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Cláudia Isabel Borges Teixeira

Relatório de estágio orientado por:

Prof. António Major

Lisboa

2012



*Comunicar não é necessariamente falar muito.
É estar atento, interagir, ajudar e também falar.*

Duarte Vilar (2011)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor António Major, pela sua disponibilidade e incentivo nos momentos mais difíceis.

Às Enfermeiras e Psicóloga da Equipa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios, por me terem feito sentir em casa. Em especial à Enfermeira Glória pela simpatia, apoio e ajuda, estando presente em todas as actividades desenvolvidas.

Aos professores da escola onde desenvolvi este trabalho, pela valiosa colaboração com que atenderam as minhas solicitações e pela sua participação e envolvimento de forma tão genuína.

A todos com quem trabalho, em especial às minhas colegas de profissão, pelo apoio e compreensão que sempre disponibilizaram.

Aos meus colegas de curso, pela partilha e incentivo nos momentos mais difíceis, não esquecendo também os momentos mais divertidos que contribuíram para que este caminhar se tornasse numa boa experiência.

À minha família, em especial aos meus pais e ao meu marido, pela sua compreensão em todos os momentos e apoio incondicional.

A todos aqueles que, não tendo sido mencionados, de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Bem hajam!

RESUMO

A escola tem que assumir a sua responsabilidade na construção do currículo dos seus alunos e isso implica que organize de uma forma coerente a oferta educativa, incluindo também a educação sexual.

O objectivo geral deste trabalho foi contribuir para a capacitação dos professores de uma escola do 1º ciclo do ensino básico para desenvolverem comportamentos promotores de saúde no âmbito da temática da educação sexual.

O trabalho foi desenvolvido segundo a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e tem subjacente o quadro de referência norteador do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

No diagnóstico de situação, recorreu-se a uma abordagem mista, com aplicação de duas técnicas de colheita de dados, o questionário e a entrevista semi-estruturada. Da análise dos dados identificou-se que embora a maioria dos professores concorde com a implementação da educação sexual no 1º ciclo do ensino básico e reconheça os seus benefícios, o seu envolvimento e dedicação em actividades relacionadas com a temática são reduzidos. Os factores que contribuem para tal facto são o conceito alterado dos conteúdos a abordar nesta faixa etária e também a escassez de material de apoio pedagógico que despoleta nos professores sentimentos de insegurança para implementar actividades de educação sexual.

O processo de capacitação para desenvolver comportamentos promotores de saúde foi promovido através do esclarecimento dos conteúdos e objectivos delineados para o 1º ciclo e também através do envolvimento e participação activa dos professores na construção de um portefólio de actividades, reduzindo assim as barreiras percebidas pelos mesmos.

A realização do projecto contribuiu para minimizar sentimentos de desconforto relacionados com a temática e motivar os professores para abordar a educação sexual com as crianças. Durante este percurso, propiciou-se também o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: educação sexual, professores, 1º ciclo do ensino básico, capacitação, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

The school must assume its responsibility in building the curriculum of their students and this implies that she organizes in a coherent way the educational offer, also including sexual education.

The overall objective of this work was to contribute to the capacity the teachers of a school of the 1st cycle of basic education to develop health-promoting behaviors within the thematic of sexual education.

This work was developed according to the methodology of the planning process in health and has underlying the frame of reference guiding the Health Promotion Model of Nola Pender.

In the diagnosis of the situation, we used a mixed approach, with the applying of two techniques of harvest data, the questionnaire and the semi-structured interview. From the data analysis it was found that although most teachers agree with the implementation of sex education in the 1st cycle of basic education and recognize their benefits, their involvement and dedication in activities related to the thematic are reduced. The factors that contributing for this fact are the altered concept of contents to approach on this age group and also the shortage of educational support material that triggers feelings of insecurity in the teachers to implement sex education activities.

The capacity process for develop health-promoters behaviors was promoted thru the clarifying of the contents and objective outlined for the 1st cycle and also through the involvement and active participation of teachers in building a portfolio of activities, thus reducing the barriers perceived by them same.

The realization of the project contributed in minimize feelings of discomfort related with the thematic and motivate teachers to address sexual education with the children. During this route, also it was propitiated the development of expertise competences in community nursing.

Keywords: sexual education, teachers, 1st cycle of basic education, capacity, community nursing

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APF – Associação para o Planeamento Familiar

CEB – Ciclo de Ensino Básico

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Percentagem para concordância com a educação sexual nos vários níveis de ensino | 29 |
| Figura 2 – Percentagem para contributo da educação sexual para a promoção da saúde futura das actuais crianças | 30 |
| Figura 3 – Percentagem para dificuldades para abordar conteúdos da educação sexual..... | 31 |
| Figura 4 – Percentagem para os receios no domínio da educação sexual..... | 33 |
| | |
| Tabela 1 – Características da população, em percentagem..... | 28 |
| Tabela 2 – Percentagem para o modo como se sentem para abordar tópicos específicos da sexualidade..... | 32 |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1- INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 11 |
| 2.1 – Educação Sexual – Uma perspectiva de promoção da saúde | 11 |
| 2.2 – A educação sexual e a escola | 12 |
| 2.2.1 – Os Professores e a Educação Sexual | 13 |
| 2.2.2 – A Educação Sexual nas Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico – Objectivos e Conteúdos | 15 |
| 2.2.3 – A ligação complementar entre as escolas e a família..... | 18 |
| 3 – QUADRO DE REFERÊNCIA NORTEADOR | 20 |
| 3.1 - O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender | 20 |
| 4 – METODOLOGIA | 22 |
| 4.1 – Diagnóstico de Situação | 23 |
| 4.1.1 – Contextualização do local de intervenção | 23 |
| 4.1.2 – População-alvo..... | 24 |
| 4.1.3 – Técnicas e procedimentos de colheita de dados..... | 24 |
| 4.1.4 – Tratamento e análise dos dados obtidos..... | 27 |
| 4.2 – Diagnósticos de Enfermagem..... | 34 |
| 4.3 – Definição de Prioridades..... | 35 |
| 4.4 – Fixação de Objectivos | 36 |
| 4.5 – Selecção de Estratégias | 37 |
| 4.6 – Preparação Operacional..... | 38 |
| 4.6.1 – Selecção de actividades em articulação com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender..... | 38 |
| 4.7 – Execução..... | 40 |
| 4.8 – Avaliação | 42 |
| 5 – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA..... | 44 |
| 6 – QUESTÕES ÉTICAS | 46 |
| 7 – LIMITAÇÕES DO PROJECTO / RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA | 47 |
| 8 – CONCLUSÃO | 48 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 50 |

ANEXOS.....55

Anexo 1 – Representação gráfica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, adaptada (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011)

Anexo 2 – Questionário: “Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução

APÊNDICES.....56

Apêndice 1 – Enquadramento Legal da Educação Sexual em Portugal

Apêndice 2 – Guião da entrevista semi-estruturada

Apêndice 3 – Cronograma

Apêndice 4 – Análise dos questionários aplicados

Apêndice 5 – Análise de conteúdo das entrevistas

Apêndice 6 – Priorização dos problemas

Apêndice 7 – Plano operacional

Apêndice 8 – Sessão de educação para a saúde

Apêndice 9 – Portefólio

Apêndice 10 – Questionários de avaliação das actividades

Apêndice 11 – Indicadores de avaliação

1 - INTRODUÇÃO

A Educação Sexual, nos últimos anos, tem vindo a tornar-se insidiosamente num objecto de discussão e polémica. Um pouco por todo o lado vão-se multiplicando os discursos pró ou contra a Educação Sexual. Contudo cada vez mais se reconhece a importância da Educação Sexual na educação integral dos alunos. Na perspectiva de Cortesão et al,

“aceitar que existe uma sexualidade na criança, sujeita a uma evolução psicofisiológica que deve ser respeitada e seguida pelos educadores, é um dado de apreciação relativamente recente. Mais recente ainda foi a constatação da necessidade de se organizarem programas educativos no domínio da sexualidade humana dirigidos à criança, aos jovens e também a pais e professores, de modo a que seja facilitado um desenvolvimento harmónico da personalidade dos educandos em todas as suas vertentes” (CORTESÃO et al, 1989, p. 7).

Assim, não se pode descurar o papel da escola e dos professores como agentes educativos importantes nesta área. Com este trabalho pretendeu-se conhecer as barreiras com que se deparam os professores e que os impede de abordar a temática da educação sexual de uma forma harmoniosa, contrariando quer o contexto legislativo quer o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que define a área da Saúde Sexual e Reprodutiva como prioritária para a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo como finalidade contribuir para a capacitação dos professores de uma escola do 1º ciclo do ensino básico (CEB) para a implementação da educação sexual.

Este trabalho de intervenção comunitária decorreu numa escola do 1º CEB do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte integrado no plano de estudos do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Para a sua elaboração foram utilizados como guias orientadores a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, o que permitiu desenvolver competências específicas na aplicação de ambos os referenciais.

Este trabalho encontra-se organizado em oito capítulos, sendo o seguinte destinado ao enquadramento teórico, no terceiro é feita uma abordagem ao quadro de referência norteador e o quarto capítulo consiste na metodologia, descrevendo as etapas do planeamento em saúde. No quinto capítulo, faz-se uma reflexão sobre competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária, no sexto capítulo abordam-se as questões éticas inerentes ao presente trabalho e no sétimo capítulo faz-se referência às limitações do projecto. Por último, apresentam-se as conclusões.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – Educação Sexual – uma perspectiva de promoção da saúde

A Educação Sexual encontra lugar no conceito de promoção da saúde, o qual conta já com duas décadas e emerge da Carta de Otawa como sendo “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (CARTA DE OTAWA, 1986, p. 1).

Segundo a Direcção Geral da Saúde (Portugal, 2006) a promoção da saúde no contexto escolar é um processo que capacita para o bem-estar, tendo em conta a saúde individual e colectiva, a tomada de decisão, o auto-controlo, o *empowerment*, a prevenção das causas de morte e de doenças incapacitantes, a criação de condições que conduzam à saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.

São evidentes as alterações na sociedade que levam a uma mudança na forma como se perspectiva a saúde escolar, alterando o papel da própria escola, que deixou de ser um local onde apenas ocorre a transmissão dos conteúdos programáticos de cada disciplina, tornando-se um local onde se deve educar com um sentido mais abrangente, através da promoção da cidadania e advertência para comportamentos de risco dando resposta a problemas da sociedade actual. Para tal, é necessária a articulação entre várias disciplinas, entre elas a educação e a saúde, surgindo assim a promoção e educação para a saúde de forma a contribuir para a formação de uma geração mais saudável e reflexiva, que intervenha de forma activa em questões relacionadas com a saúde.

A aliança entre saúde e educação tem vindo a ser cada vez mais reconhecida:

“um bom nível de educação e de saúde têm valor intrínseco para o bem estar das pessoas. Os dois estão estreitamente ligados: a educação ajuda a melhorar a saúde e uma boa saúde contribui para uma melhor educação” (UNDP, 2003, p. 68 citado por LOUREIRO E MIRANDA, 2010, p. 13).

A relação entre educação e saúde é demonstrada por diversos estudos, que conseguiram mostrar uma relação proporcionalmente directa entre um maior nível de escolaridade e um melhor funcionamento físico e mental. Pelo contrário, menor literacia leva a uma menor utilização dos cuidados preventivos (SCOTT et al, 2002). Sendo literacia em saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (OMS, 1998, p.10).

Melhorar a literacia em saúde significa dar poder aos cidadãos para assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos em prol de uma melhor qualidade de vida.

2.2 – A Educação Sexual e a Escola

Constituindo-se como objecto polémico, por natureza, numa sociedade tendencialmente católica e conservadora, algumas das críticas levantadas relativamente à abordagem da sexualidade num contexto educativo formal prendem-se com os efeitos que tal abordagem poderá suscitar no comportamento dos jovens. A escola não pode furtar-se da abordagem formal, estruturada, intencional e adequada de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana, porque é um lugar de construção de saberes, que suscita vivências ao nível afectivo-sexual. A escola é “uma instituição em que o ser humano passa longa e importante etapa da sua vida” (AERTS et al, 2004, p.1024) sendo a sua missão complementar à missão da família. Tal como refere Gomes (2009) a escola é o campo de acção mais apropriado para desenvolver educação para a saúde, pois conseguem abranger-se todas as crianças.

Uma Escola Promotora de Saúde (EPS) “é uma escola que implementa planos estruturados e sistematizados tendo em conta o bem-estar e a saúde, um desenvolvimento social para os alunos, pessoal docente e não docente” (BAPTISTA E LADEIRAS, 2009, p.1). Segundo Faria e Carvalho (2004, p. 80),

“as EPS têm como objectivo criar as condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades (ou *empowerment*), adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio (...) apetrechando as crianças e jovens com competências, valores e atitudes conducentes ao exercício pleno da cidadania”.

Para tal como definido no PNSE “as equipas de saúde escolar têm um papel fundamental na sensibilização e reforço das competências dos outros técnicos de saúde, dos pais, dos educadores e dos professores” (PORTUGAL, 2006, p. 22).

Uma EPS pode ser caracterizada como uma escola que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde. Neste sentido recordo que o PNSE (2006) define a Saúde Sexual e Reprodutiva como uma das áreas prioritárias no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis.

A educação sexual pode ser definida como:

“um processo pelo qual os pais e os educadores se esforçam para informar e formar os educandos no campo da sexualidade, para que estes possam aceder ao total desenvolvimento do seu ser, como homens e como mulheres, de modo a que sejam capazes de viver como seres plenamente humanos na sua vida afectiva, pessoal e social, e, por sua vez, livres e responsáveis” (AMOR PAN, 1997, p. 300).

Nesta definição salienta-se o carácter deliberado e intencional da acção dos pais e dos educadores, a qual deve ter como finalidade tanto a aquisição de conhecimentos como o desenvolvimento de competências imprescindíveis do ponto de vista pessoal e social.

2.2.1 – Os Professores e a Educação Sexual

Existe hoje um quadro político e legal¹ positivo e claro sobre educação sexual nas escolas, no entanto, existem ainda algumas dificuldades, entre elas a renitência dos professores. Aparentemente, a maioria dos professores concorda com a implementação da educação sexual, no entanto o seu envolvimento e dedicação em actividades relacionadas com a temática são reduzidos. Um estudo realizado em Portugal por Veiga et al (2006), com 148 futuros professores de 1º CEB, sobre o seu conhecimento científico, comportamentos e crenças acerca da sexualidade e da reprodução humana, revelou que 85% não se sentiam suficientemente confiantes para ensinar este assunto na sala de aula, a crianças pequenas. Também Buston, Wight e Scott (2001), entrevistaram professores em 25 escolas da Escócia, afirmando que os professores usam frequentemente o termo “difícil” ao falarem da prática de educação sexual e ainda que se sentiam desconfortáveis. Por sua vez, em Portugal, Reis e Vilar (2006) constataram que os professores portugueses envolvidos em actividades de educação sexual tinham atitudes mais positivas, menor embaraço a abordar os tópicos sexuais e melhor conhecimento da legislação. É importante perceber que este não pode ser um domínio onde cada professor se limita às suas ideias, pelo que se torna relevante a formação específica e adequada nesta área, constituindo a motivação, o trabalho interdisciplinar e o recurso a práticas e metodologias apropriadas, tópicos importantes que poderão ajudar os professores a ultrapassarem a insegurança, que de algum modo, possam sentir ao tentarem abordar esta temática, para que posteriormente, de forma autónoma, possam iniciar projectos e actividades relacionados com a área.

¹ Ver apêndice 1

Para Vaz, Vilar e Cardoso (1996) a escola e os professores constituem o contexto e os agentes privilegiados para formalizar a educação sexual tendo em conta o contexto escola favorável à actualização da informação, tornando os professores fontes credíveis e acessíveis para os alunos. Veiga et al (2006) verificaram que os futuros professores de 1º CEB em Portugal não se sentiam preparados para ensinar educação sexual a crianças tão pequenas e que sentiam falta de conhecimento científico e didáctico, assim como de materiais de apoio. “conhecer as estratégias para minimizar o embaraço e conhecer o interesse característico de cada faixa etária, pode constituir uma ajuda” (ANASTÁCIO, 2007, p. 35).

Walker e Milton (2006) no seguimento de estudos que fizeram com pais e professores sobre as suas experiências em contexto de educação sexual a crianças do 1º CEB, sugerem três estratégias para minimizar o embaraço:

- 1 – aceitar que as crianças inevitavelmente coloquem os pais e professores embaraçados;
- 2 – perceber que a experiência nunca é tão embaraçosa quanto os pais e professores imaginam;
- 3 – fazer qualquer coisa enquanto se fala com a criança em vez de se sentar para conversar.

Já Haffner (2005) destaca a importância de interagir com a criança e colocá-la também ela à procura de respostas para a sua pergunta. Refere ainda que o professor deve dar respostas breves e simples às questões colocadas, dizendo pouco de cada vez, pois se a criança não ficar satisfeita fará mais perguntas. De acordo com este autor, o professor deve ainda, devolver a pergunta à criança, de modo a certificar-se que o conteúdo foi apreendido. Marques, Vilar e Forreta (2010) referem que

“para que a educação sexual em contexto escolar possa constituir uma resposta coerente, consistente e institucional será necessário que ultrapasse os dois efeitos perversos frequentemente detectados em situação real: a repetição de acções pontuais feita com frequência por especialistas e a formação de professores acumulada. Com efeito, com frequência a implementação da educação sexual nas escolas resume-se a um acumulador destas duas situações, a primeira em relação aos alunos e a segunda em relação aos professores” (MARQUES, VILAR e FORRETA, 2010, p. 27).

Os mesmos autores defendem que para que a educação sexual em contexto escolar possa ter êxito é necessário dar condições aos professores para a implementação desta inovação,

“a primeira condição é o apoio moral e a facilitação de espaços físicos e temporais para se poder construir o projecto. A segunda condição é disponibilizar condições para aquisição de materiais de apoio, no caso de não existirem de experiências anteriores” (MARQUES, VILAR e FORRETA, 2010, p. 27).

Como refere o PNSE (2006)

“para educadores, professores e profissionais de saúde, o desafio que se coloca é o desenvolvimento e a utilização de abordagens inovadoras do ensino e aprendizagem, para agirem de forma activa nos domínios da promoção da saúde na escola, tendo sempre em conta o papel dos próprios alunos na implementação da mesma” (PORTUGAL, 2006, p. 22).

Embora não exista o professor ideal e não se defenda a existência de um professor específico de educação sexual, é desejável que este possua competências que lhe permitam abordar esta temática de forma interdisciplinar com os seus alunos.

Para estar preparado a responder como educador às necessidades dos novos tempos, o professor tem de possuir uma variedade de competências e saber adaptar-se à mudança, investindo continuamente na sua própria formação.

Neste âmbito segundo Dilys Went citado por Marques e Prazeres (2000) o perfil desejável do Educador/Professor que queira desenvolver acções de educação sexual pressupõe capacidades como:

- “genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros;
- Respeito pelas opiniões das outras pessoas;
- Atitude favorável ao envolvimento dos pais e encarregados de educação bem como outros agentes de educação;
- Compromisso de confidencialidade, sobre informações pessoais que possam ser lícitas pelos alunos;
- Capacidade para reconhecer as situações que requerem a intervenção de outros profissionais/técnicos”.

(MARQUES E PRAZERES, 2000, p. 41)

2.2.2 – A Educação Sexual nas Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico – Objectivos e Conteúdos

André Berge (1978) refere que a educação sexual contribui, em primeiro lugar, para a elaboração da faculdade de amar e, em segundo lugar, para adaptar as pulsões instintivas às exigências da vida individual e social. Refere-se ainda à influência que a

sociedade exerce sobre a sexualidade da criança e do adolescente, desde o passado pelos valores, costumes e leis, até à actualidade pelos meios de comunicação social.

Botelho et al (2009, p. 9) defendem que “as crianças necessitam de informação sobre sexo pelas mesmas razões que necessitam de informação sobre outras coisas pois faz parte da aprendizagem da vida”. Gomes (2009) faz referência a várias investigações que comprovam que as raízes do nosso comportamento se situam na infância e adolescência, altura em que ainda não se adquiriram ou consolidaram hábitos insanos. Refere ainda que esta é a fase da vida em que se está mais receptivo à aprendizagem e assimilação de conhecimentos. Nola Pender reforça esta ideia ao afirmar que os comportamentos promotores de saúde são adquiridos mais facilmente na infância quando as rotinas e os hábitos se estão a formar, sendo que o desenvolvimento de comportamentos saudáveis em crianças muito jovens é fundamental para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis na população total (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 307).

Quando falamos sobre sexualidade raramente pensamos em infantil ou seja, não levamos o tema à sua origem: a infância. Isto porque a maioria das vezes o conceito de sexualidade está ainda ligado ao aspecto da reprodução, não tendo em consideração que a sexualidade é um processo em construção, estando presente desde o nascimento até à morte. Félix (1995) diz-nos que independentemente do ciclo de vida em que estejamos, somos sexuados e temos manifestações e interesses sexuais. Diz-nos ainda que a sexualidade muda ao longo da vida e que cada idade tem as suas manifestações próprias, admitindo várias formas de expressão consoante os indivíduos. A última fase da infância até ao início da puberdade é resumida por Marques, Vilar e Forreta (2002, p. 47) como sendo um:

“período de transformações corporais lentas; explora o seu corpo e as suas potencialidades; precisa a imagem corporal; consolida a sua identidade sexual; mantém-se curiosa face às diferenças anatómicas, à gravidez, ao parto e à sexualidade dos pais ou dos adultos em geral; constitui grupos do mesmo sexo e vive sentimentos flutuantes face ao sexo oposto; utiliza palavras relativas à sexualidade, mesmo sem lhes conhecer o sentido (anedotas, piadas, palavrões...); inicia a selecção de amizades: depende das normas e modelos dos adultos significativos (pais, professores), mas torna-se afectivamente menos dependente da família e inicia o processo de interiorização da moral sexual.”

Como referem os autores, é a partir dos 6 anos que as crianças interiorizam a moral sexual dos adultos, pois até lá mostram o seu corpo e encaram o corpo dos outros de forma natural e espontânea. Compete então aos adultos que rodeiam estas crianças

contribuir para que estas atitudes de naturalidade prevaleçam. Tendo em conta as características desta faixa etária, a finalidade básica da educação sexual nesta primeira etapa explicitada no documento – Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras é

“contribuir para que as crianças construam o «eu da relação», através de um melhor conhecimento do seu corpo, da compreensão da sua origem, da valorização dos afectos e da reflexão crítica acerca dos papéis sociais de ambos os sexos” (MARQUES E PRAZERES, 2000, p.66).

No mesmo documento estão definidos os principais objectivos da educação sexual para o 1º CEB, tendo em conta os interesses e necessidades mais comuns identificadas pelas crianças:

“aumentar e consolidar os seus conhecimentos acerca:

- Das diferentes componentes anatómicas do corpo humano, da sua originalidade em cada sexo e da sua evolução com a idade;
- Dos fenómenos de discriminação social baseada nos papéis de género;
- Dos mecanismos básicos da reprodução humana, compreendendo os elementos essenciais acerca da concepção, da gravidez e do parto;
- Dos cuidados necessários ao recém-nascido e à criança;
- Do significado afectivo e social da família, das diferentes relações de parentesco e da existência de vários modelos familiares;
- Da adequação dos diferentes contactos físicos nos diferentes contextos de sociabilidade;
- Dos abusos sexuais e outros tipos de agressão;

Desenvolver atitudes:

- De aceitação das diferentes partes do corpo e da imagem corporal;
- De aceitação positiva da sua identidade sexual e da dos outros;
- De reflexão face a papéis de género;
- De reconhecimento da importância das relações afectivas na família;
- De valorização das relações de cooperação e interajuda;
- De aceitação do direito de cada pessoa a decidir sobre o seu próprio corpo;

Treinar e adquirir competências para:

- Expressar opiniões e sentimentos pessoais;
- Comunicar acerca de temas relacionados com a sexualidade;

- Cuidar, de modo autónomo, da higiene do seu corpo;
- Envolver-se nas actividades escolares e para a sua criação e dinamização;
- Actuar de modo assertivo, nas diversas interacções sociais (com os familiares, amigos, colegas e desconhecidos);
- Adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de sociabilidade;
- Identificar e saber aplicar respostas adequadas em situações de injustiça, abuso e perigo e saber procurar apoio, quando necessário.”

(MARQUES E PRAZERES, 2000, p. 67-69)

Os objectivos preconizados devem ser operacionalizados tendo em conta os conteúdos mínimos no âmbito da educação sexual definidos na Portaria nº 196-A/2010, de 9 de Abril para o 1º Ciclo:

- Noção de corpo;
- O corpo em harmonia com a natureza e o seu ambiente social e cultural;
- Noção de família;
- Diferenças entre rapazes e raparigas;
- Protecção do corpo e noções dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

2.2.3 – A ligação complementar entre a escola e a família

O PNSE refere que “a família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral (...)” (PORTUGAL, 2006, p. 5). A qualidade da educação para López (2002, p. 82), depende do envolvimento da família “a eficácia da educação escolar depende do grau de implicação, enfim, do grau de participação dos pais”. O mesmo autor afirma que:

“além disso, não é possível enfrentar seriamente um tema de educação sem que as duas mais importantes instituições educacionais da sociedade actual, a família e a escola unam esforços em busca de objectivos e estratégias comuns” (LOPEZ, 2002, p. 8).

Com certeza, a co-participação da família na escola é de grande valia, pois do contrário não se chegará nunca a um desenvolvimento comum na educação da criança. Sobre essa educação, torna-se necessária a participação dos pais na vida escolar dos filhos para que o processo educacional seja de maior qualidade e as duas partes envolvidas

não percam nenhuma oportunidade de estarem presentes no desenvolvimento da criança. O aluno na condição de ser humano, não forma os seus valores somente na escola, pois, não vive exclusivamente nela. Sabe-se que a escola tem muito a fazer, mas que não depende unicamente dela, e sim da co-participação dos pais. Assim, é necessário que as famílias conheçam os objectivos das actividades a realizar com os seus educandos. Para tal, o professor pode optar por informar os pais na reunião de apresentação do plano anual de actividades ou, se assim o entender, promover uma reunião específica de sensibilização. A efectiva colaboração entre a escola e as famílias pode ser conseguida através de diversas estratégias. Cada vez mais é uma realidade que a ausência de pais a reuniões de sensibilização não é necessariamente sinónimo de afastamento e desinteresse ou discordância, pelo que, interessa reflectir nas várias razões que podem servir de explicação. Será conveniente recordar que cada vez mais é difícil para os pais conjugarem as suas actividades profissionais e familiares (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011). Portanto, seja em paralelo, complemento ou alternativa às reuniões, torna-se essencial criar e valorizar um leque diversificado de formas de contacto escola-famílias. São exemplos de actividades facilitadoras de contacto com as famílias:

- “entrevistar os pais, sob orientação de guiões elaborados em conjunto na sala de aula, focando assuntos diversos, como o nascimento da criança;
- Trazer para a escola fotografias ou peças de roupa suas, representando as etapas do seu desenvolvimento;
- Elaborar genogramas familiares com as respectivas fotografias ou desenhos;
- Questionar os pais acerca de sentimentos vivenciados por estes em situações de alegria ou tristeza.” (MARQUES, VILAR e FORRETA, 2010, p. 37).

Estas formas de contacto devem permitir que haja garantia de que os pais estão devidamente informados acerca da finalidade e do tipo de actividades que estão a ser desenvolvidas.

3 – QUADRO DE REFERÊNCIA NORTEADOR

A utilização de modelos e teorias, no campo da promoção da saúde, pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar em soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas, ao mesmo tempo que confere autonomia profissional.

Neste sentido, considero que o MPS de Nola Pender será uma mais-valia para a orientação da minha acção como enfermeira, considerando-se adequado ao desenvolvimento deste trabalho.

3.1 – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O MPS de Nola Pender (1987), integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem. Na construção do MPS, a autora utilizou como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social, ou Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura e o Modelo da Teoria da Acção Racional de Fishbein, ambos da psicologia. De acordo com o MPS, a concepção de promoção da saúde é definida como as actividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa, surgindo como uma proposta para integrar a enfermagem ao estudo do comportamento, identificando os factores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a procurar comportamentos promotores de saúde (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2002).

Após várias revisões, a última em 2011, o modelo aperfeiçoado centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agregados em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afectação do comportamento e o resultado comportamental², fornecendo um quadro orientador simples e claro, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação de suas acções. Este modelo parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico. A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus

² Anexo 1

esquemas cognitivos e perceptivos individuais e de acordo com os factores modificantes a que é exposta.

O planeamento e implementação das intervenções prescritas, será adaptado às necessidades e características específicas do grupo de professores, aos objectivos que pretendo atingir e com os quais se deverão também comprometer, de modo a aumentar os benefícios percebidos, diminuir as barreiras percebidas ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhorar a auto-eficácia percebida e otimizar as influências interpessoais e situacionais, criando condições favoráveis à implementação da educação sexual. Pender, Murdaught e Parsons (2011) baseadas na teoria cognitiva social de Albert Bandura afirmam que a auto-eficácia percebida influencia a percepção de barreiras para a acção, sendo que maiores níveis de auto-eficácia diminuem a percepção de barreiras,

“a auto-eficácia motiva o comportamento de promoção da saúde, directamente pela expectativa de eficácia e indirectamente pelas barreiras percebidas e nível de compromisso ou persistência na elaboração de um plano de acção” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 47).

Baseada na teoria cognitiva social, Nola Pender defende que os indivíduos têm a capacidade de influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. “o papel do enfermeiro é promover um clima positivo servindo como um catalisador para a mudança de forma a aumentar a capacidade do indivíduo para manter essa mudança” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 37).

Pender, Murdaught e Parsons (2011) defendem que os programas de promoção da saúde implementados nos locais de trabalho têm potencial para promover o comportamento saudável dos trabalhadores, aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, diminuir a necessidade de cuidados médicos dispendiosos e diminuir as reivindicações por parte dos trabalhadores, resultando numa força de trabalho mais produtiva e competitiva a nível mundial. As mesmas autoras defendem que os programas promotores de saúde mais abrangentes, têm maior probabilidade de obter sucesso a longo prazo, sobretudo se forem direccionados para a redução de riscos de exposição a determinados factores, para a modificação de políticas de trabalho e mudanças no ambiente de trabalho físico.

4 - METODOLOGIA

Foi utilizado como pilar orientador neste projecto a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde entendida como “um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos (...)” (TAVARES, 1990, p. 14). A necessidade de utilizar esta metodologia deve-se também à sua característica de absorver a incerteza do futuro (TAVARES, 1990, p.29), permitindo atingir os objectivos delineados segundo a ordem de prioridades estabelecida e tomar decisões que permitam o sucesso do projecto. Segundo Imperatori e Giraldes (1982, p.86) “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”.

A OMS fala em necessidade de planeamento em saúde desde 1977, onde declarou, numa assembleia mundial de saúde a utilidade desta metodologia no desenvolvimento da saúde através da implementação das políticas e objectivos determinados. Mais tarde, em 1978, na conferência de Alma Ata transmite-se a importância do planeamento para a prática dos cuidados primários de saúde, assim como a necessidade de se articular com outros sectores contributivos para o processo de promoção da saúde. Imperatori e Giraldes (1982, p. 6) definem Planeamento em Saúde,

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

A real necessidade de planear deve-se à escassez de recursos, sendo necessário utilizá-los de forma mais eficaz e eficiente, através da definição de prioridades e intervenção direccionada às causas dos problemas de saúde e dos respectivos serviços, tendo em conta os diversos intervenientes, a fim de se coordenarem esforços para atingir objectivos comuns não esquecendo a realidade sócio-económica.

Neste capítulo, apresenta-se a descrição de cada etapa conforme decorreu na consecução do projecto: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional, execução e avaliação.

De seguida, desenvolve-se a contextualização do local de estágio e a caracterização da população alvo, são apresentadas as técnicas e procedimentos de colheita de dados, com respectivo tratamento e resultados que conduziram à formulação dos diagnósticos de

enfermagem. Faz-se ainda a articulação dos dados obtidos com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

4.1 – Diagnóstico de Situação

Este é o primeiro passo no processo de planeamento que nos leva à identificação de uma necessidade ou problema e que reflecte a pertinência do projecto. Tavares (1990) diz-nos que, para se fazer um diagnóstico é imperioso o conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade. Sendo o problema “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade” e a necessidade “a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir” (TAVARES, 1990, p. 51), podendo caracterizar-se em necessidades reais ou sentidas. O conhecimento das necessidades sentidas por parte da população e não apenas percebidas pelos profissionais de saúde, determina a pertinência e adequação do projecto. Para tal, há aspectos que se deverão ter em conta. O diagnóstico de situação deverá

“ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto para ser facilmente lido e apreendido por todos e ainda para que não se gastem demasiadas energias nesta fase evitando prejudicar as seguintes; ser suficientemente claro para ser entendido por elementos da população, por técnicos e por políticos” (IMPERATORI E GIRALDES, 1982, p. 11).

Para planificar é necessário dispor de informações seguras, adequadas e recentes, sendo a qualidade e quantidade da informação um factor determinante (IMPERATORI E GIRALDES, 1982).

4.1.1 - Contextualização do local de intervenção

Este projecto de intervenção comunitária desenvolveu-se no ACES Lisboa Norte, mais concretamente na Equipa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Sete Rios.

De acordo com a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Direcção do ACES Lisboa Norte, o PNSE é um dos programas de parceria da UCC com a USP, sendo coordenado por esta, competindo à UCC o desenvolvimento de actividades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar.

A equipa que executa o PNSE nas escolas da área de abrangência de Sete Rios é constituída por 3 enfermeiros, 2 higienistas orais, 2 técnicos de serviço social e 2 psicólogos. Abrangem escolas desde a educação pré-escolar até ao ensino secundário.

A escola onde se desenvolveu este projecto é uma das escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico pertencentes ao ACES Lisboa Norte.

A escola em questão, no presente ano lectivo 2011/2012, tem um total de 209 discentes, distribuídos por 1 turma do 1º ano, 2 turmas do 2º ano, 3 turmas do 3º ano e 2 turmas do 4º ano. Dispõem de uma equipa de 8 professores e 3 auxiliares, tem ainda um porteiro e Associação de Pais. Esta escola foi seleccionada na primeira reunião com as colegas da equipa de saúde escolar, pelo facto de ainda não existir um projecto na área da educação para a saúde sobre a temática da educação sexual, tendo sido solicitada a sua presença por várias vezes neste contexto.

4.1.2 - População-alvo

Segundo Fortin, Cotê e Fillion (2009, p. 311), a população alvo é caracterizada por “um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns”.

Assim, a população alvo seleccionada para a intervenção deste projecto corresponde ao grupo de professores a leccionar na escola do 1º CEB do ACES Lisboa Norte I, no ano lectivo de 2011/2012, num total de 8 professores.

A escolha do grupo de professores teve por base as necessidades manifestadas na primeira reunião com as enfermeiras da equipa de saúde escolar que, através da pesquisa de consenso trocaram ideias e opiniões expressando a sua experiência e conhecimento do contexto escolar da área. Tavares (1990, p. 64) refere que “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável”.

4.1.3 – Técnicas e procedimentos de colheita de dados

Questionário

O conhecimento das necessidades da comunidade e a procura de soluções é um dever do enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). A partir da pesquisa bibliográfica

efectuada, selecionei um questionário³ validado para uma tese de doutoramento (Anastácio, 2007) e, embora a autora autorize a reprodução parcial da tese para efeitos de investigação (expressa na sua tese) contactei telefonicamente a autora que prontamente se disponibilizou e autorizou a utilização dos mesmos. Assim, apliquei o questionário aos professores com o objectivo de compreender as suas concepções sobre a temática da educação sexual, mais precisamente as concepções-obstáculos que os têm impedido de pôr em prática a educação sexual, já que os professores são os agentes educativos privilegiados na escola.

As perguntas seleccionadas para apresentar ao longo do trabalho tiveram em conta o MPS de Nola Pender dando resposta às categorias que Nola Pender define como determinantes de comportamentos de promoção da saúde, reportando as restantes para apêndice.

Assim, através deste questionário, consegui identificar na população-alvo as seguintes categorias:

- Características e experiências anteriores: os factores pessoais;
- Comportamento específico, conhecimentos e sentimentos: os benefícios percebidos da acção, algumas barreiras percebidas da acção, a auto-eficácia percebida, influências interpessoais e situações que influenciam.

Tendo em conta o resultado dos questionários, não ficou para mim evidente qual a necessidade sentida por este grupo de professores que justifique o não desenvolvimento e operacionalização da temática da educação sexual, uma vez que não ficou perceptível significativa dificuldade na abordagem dos conteúdos temáticos, pelo contrário a percepção dos benefícios da implementação da educação sexual em contexto escolar foram amplamente reconhecidos, bem como evidente a concordância com a implementação da educação sexual, especificamente no 1º CEB.

Assim, senti necessidade de utilizar outro método para identificação de problemas e de necessidades.

Entrevista semi-estruturada

Fortin (1999, p. 240) refere que quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possível, a

³ Ver anexo 2

fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. A entrevista é utilizada para esse fim, sendo um modo particular de comunicação verbal.

Escolhi utilizar a entrevista como instrumento de colheita de dados com o objectivo de perceber quais as reais necessidades sentidas pelo grupo de professores e ainda ter uma visão mais abrangente da população tendo em conta o MPS. Para tal, elaborei um guião⁴ com as grandes linhas de temas a explorar em consonância com as concepções de Nola Pender de forma a completar as categorias às quais os questionários não deram resposta, como sendo: o comportamento anterior, a concepção destes professores sobre educação sexual para crianças do 1º CEB e ainda os obstáculos sentidos pelos professores para a operacionalização da temática.

Optei pela entrevista semi-estruturada, pois possibilita maior latitude de obtenção de respostas, formulando questões a partir de temas previamente estabelecidos. As entrevistas foram gravadas em formato áudio para posterior transcrição e submetidas a análise de conteúdo, que de acordo com Fortin, Cotê e Filion (2009) “para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo”, sendo uma técnica que visa a descrição objectiva e sistemática do conteúdo manifesto na comunicação (FORTIN, COTÊ e FILION, 2009, p. 379).

No sentido de facilitar a partilha da informação pelos participantes, a realização das entrevistas foi feita na própria escola. Não foi realizada uma entrevista pela ausência de uma professora no período previamente estabelecido⁵ para a aplicação das entrevistas, no entanto, penso não ter influenciado os resultados pois já tinha chegado a uma redundância nas respostas, tendo em conta a homogeneidade da população-alvo. O tempo consumido com cada entrevista variou entre os dez e os quinze minutos.

Foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, tendo todas as participantes anuído verbal e inequivocamente a participar no estudo, depois de a informação lhes ter sido dada. As participantes foram informadas de que as suas respostas são confidenciais e anónimas e que só serão utilizadas no âmbito deste estudo, podendo elas desistir de participar a qualquer momento.

Após estes procedimentos e uma pequena conversa informal com cada participante, foi solicitada autorização para colocar as questões que integravam o guião.

A análise de conteúdo organizou-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

⁴ Ver apêndice 2

⁵ Ver apêndice 3

“tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...)” (BARDIN, 2009, p. 129).

Assim, para a organização das categorias respeitou-se o quadro orientador de Nola Pender procedendo-se a uma categorização a nível semântico, definindo-se a frequência como medida para a regra de enumeração.

4.1.4 - Tratamento e análise dos dados obtidos

Questionários

Com os oito questionários correctamente preenchidos pelos professores, iniciou-se a análise dos dados. Os dados obtidos foram submetidos a tratamento informático com recurso ao *software* Microsoft Office Excel 2007, utilizando a estatística descritiva.

Neste contexto mostra-se pertinente a apresentação de resultados obtidos de acordo com as categorias que Nola Pender define como determinantes de comportamentos de promoção da saúde, apresentando-se as restantes perguntas em apêndice⁶.

Categoria: Características e Experiências Anteriores

Relativamente à caracterização da população, como se pode ver pela tabela 1, é na sua totalidade constituída por mulheres⁷, com uma idade média de 40 anos e tempo de serviço de 15 anos, o que significa que, a educação sexual não estaria de todo integrada na sua formação base, no entanto 62,5% dos professores desta escola já tiveram contacto com a educação sexual, quer seja pela formação contínua, quer seja pela formação esporádica.

⁶ Ver apêndice 4

⁷ Ao longo do trabalho faz-se referência a “professores” no geral, embora a população em estudo seja feminina.

| | <i>Feminino</i> <i>n= 8</i> | <i>Masculino</i> <i>n= 0</i> | | <i>Feminino</i> <i>n= 8</i> | <i>Masculino</i> <i>n= 0</i> |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Idade (M ± SD) | 40,13 ± 5,54 | | Tempo de Serviço (M ± SD) | 15 ± 7,23 | |
| Estado civil | % | | Religião | % | |
| Solteiro | 37,5 | | Católica | 62,5 | |
| Casado | 50 | | Outra | 0 | |
| Divorciado | 12,5 | | Nenhuma | 37,5 | |
| Viúvo | 0 | | Ter filhos | % | |
| Habilitação | % | | Sim | 50 | |
| Magistério | 25 | | Não | 50 | |
| Bacharelato | 0 | | Área de trabalho | % | |
| CESE | 0 | | Rural | 0 | |
| Complemento | 0 | | Suburbana | 0 | |
| Licenciatura | 75 | | Urbana | 100 | |
| Área de residência | % | | Formação | % | |
| Rural | 12,5 | | Contínua | | |
| Suburbana | 0 | | Sim | 25 | |
| Urbana | 87,5 | | Não | 75 | |
| | | | Formação | % | |
| | | | Esporádica | | |
| | | | Sim | 37,5 | |
| | | | Não | 62,5 | |

Tabela 1 – Características da população em percentagem (%)

A grande maioria dos professores parece concordar com a implementação da educação sexual nos vários níveis de ensino. O nível em que há mais professores a não concordarem nem discordarem é no jardim-de-infância e no ensino superior, sendo unânimes na concordância da implementação no 3º CEB, conclusões que estão visíveis no gráfico da figura 1.

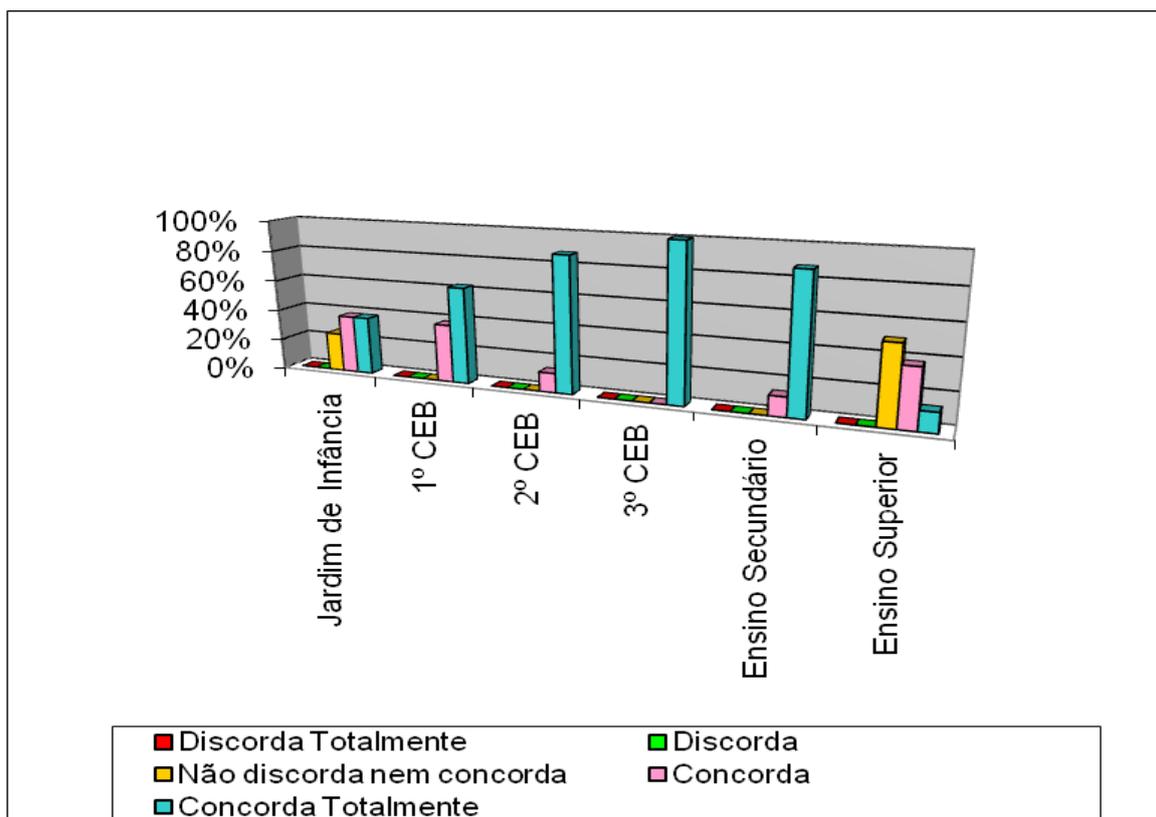


Figura 1 – Percentagem (%) para concordância com a educação sexual nos vários níveis de ensino

Categoria: Benefícios percebidos para a acção

Os resultados da análise descritiva indicaram que a maioria dos professores consideram que a educação sexual contribui para a promoção da saúde futura das actuais crianças nos seguintes aspectos: aumento dos conhecimentos sobre sexualidade; desenvolvimento da capacidade de pesquisar informações sobre sexualidade; desenvolvimento da capacidade de tomar decisões; desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco; capacidade de dialogar com os pais sobre sexualidade; prevenção da gravidez na adolescência; utilização eficaz da contracepção; autoconhecimento e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

De referir que a autora dos questionários utilizou o item “actividade sexual precoce” como distractivo – transformando-se no item em que os professores discordaram mais, tal como se esperava.

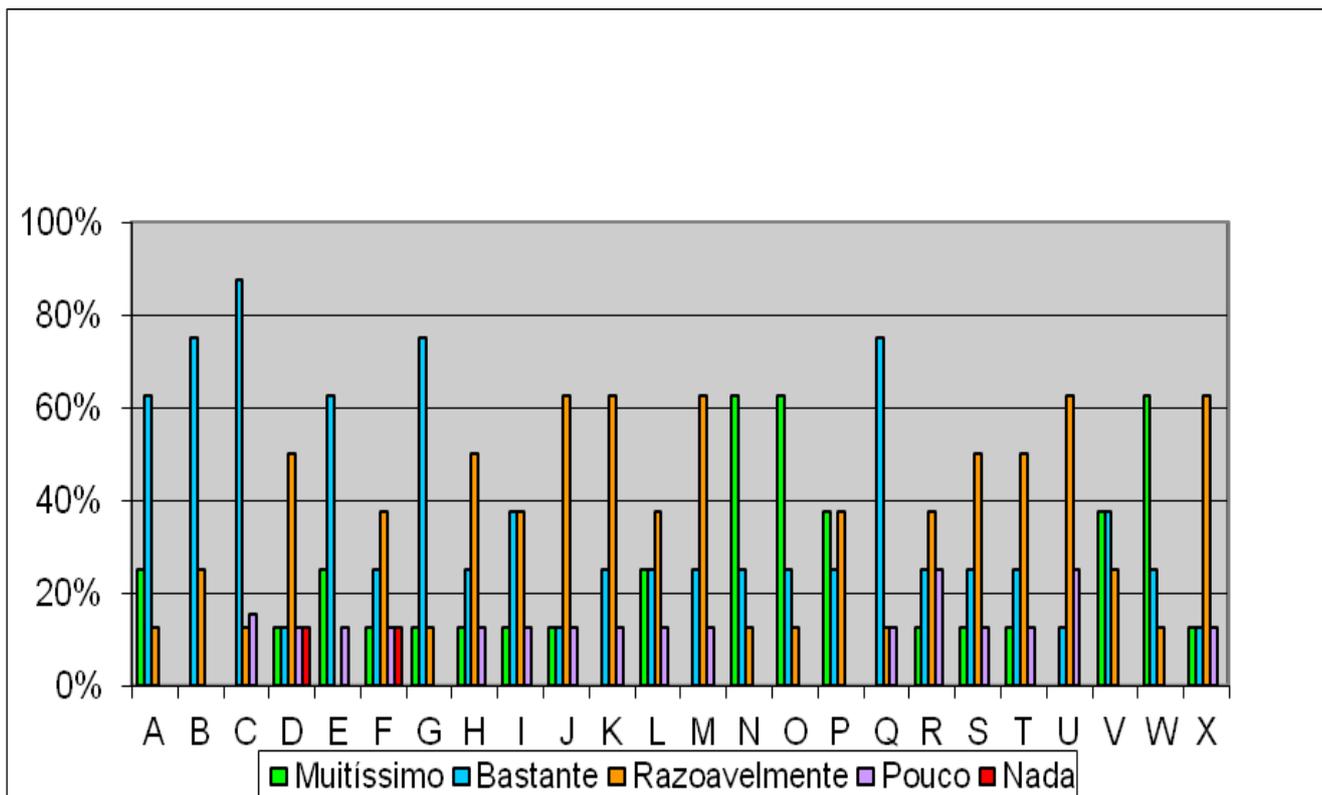


Figura 2 – Percentagem (%) para contributo da educação sexual para a promoção da saúde futura das actuais crianças.

A= Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade; B= Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade; C= Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões; D= Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal; E= Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco; F= Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais (homossexualidade, heterossexualidade); G= Facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade; H= Capacidade de resistir a pressões dos pares e amigos; I= Equilíbrio emocional; J= Respeito pelo outro e compromisso mútuo; K= Gratificação mútua e realização pessoal; L= Sexualidade responsável; M= Adiamento do início da actividade sexual; N= Prevenção da gravidez na adolescência; O= Utilização eficaz de contraceção; P= Adopção de comportamentos de «sexo seguro»; Q= Autoconhecimento; R= Autoconfiança; S= Autoestima positiva; T= Satisfação com a sua imagem corporal; U= Actividade sexual precoce; V= Diminuição de comportamentos sexuais de risco; W= Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; X= Sexualidade saudável.

Categoria: Auto-eficácia percebida

Os conteúdos da educação sexual em que os professores manifestaram mais dificuldades em abordar, foram as expressões da sexualidade (comportamentos sexuais nomeadamente carícias, beijos, masturbação e relações coitais, linguagem técnica e linguagem vulgar em relação à sexualidade), representado na figura 3.

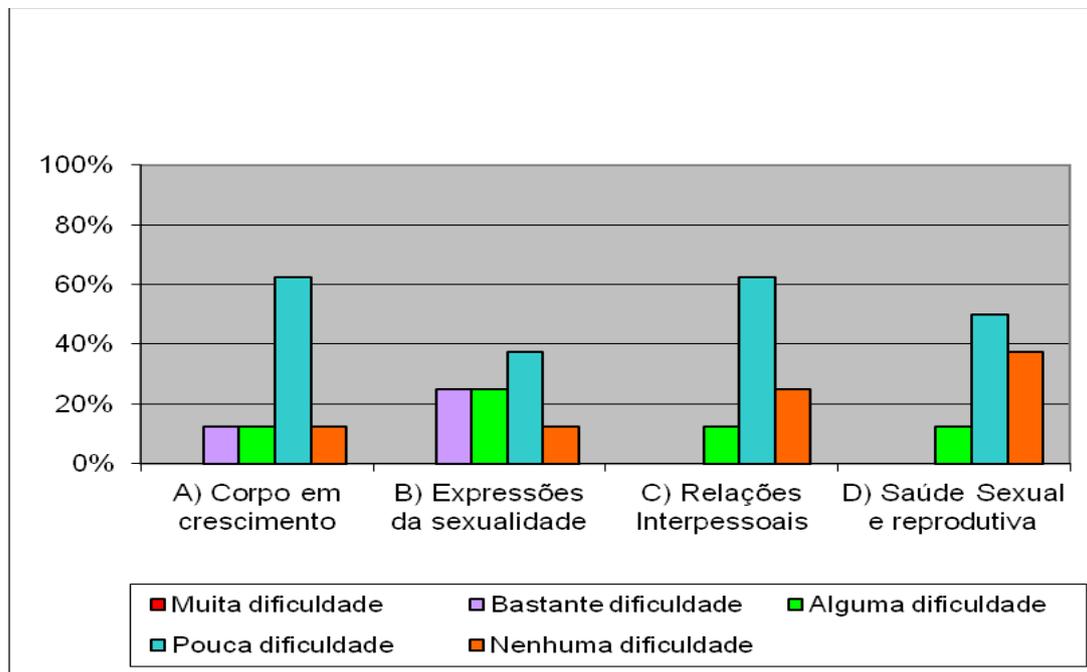


Figura 3 – Percentagem (%) para dificuldades para abordar conteúdos da educação sexual

Categoria: Sentimentos

Por sua vez o modo como os professores se sentem para abordar tópicos específicos da sexualidade não difere muito do grau de dificuldade para abordar os conteúdos gerais que vimos anteriormente, sendo manifestamente mais difícil para os professores tópicos relacionados com o prazer. Relações eróticas e pornografia foram assinaladas como as mais difíceis. Pelo contrário, relações afetivas, diferenças corporais, anatomia externa dos órgãos genitais bem como falar da sexualidade com função reprodutora são tópicos onde os professores se manifestam mais à vontade, tal como representado na tabela 2.

| | MD | AD | NDNV | MV | PV |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Freq. Relativa (%) | Freq. Relativa (%) | Freq. Relativa (%) | Freq. Relativa (%) | Freq. Relativa (%) |
| a) anatomia externa dos órgãos genitais | 0 | 0 | 0 | 37,5 | 62,5 |
| b) localização dos órgãos de prazer: pénis e clítoris | 0 | 0 | 12,5 | 75 | 12,5 |
| c) falar de sexualidade com função reprodutora | 0 | 0 | 12,5 | 12,5 | 75 |
| d) falar de sexualidade com função de prazer | 0 | 37,5 | 12,5 | 25 | 12,5 |
| e) abordar as relações afectivas | 0 | 0 | 0 | 25 | 75 |
| f) falar das relações eróticas | 25 | 37,5 | 37,5 | 0 | 0 |
| g) abordar a questão da pornografia | 37,5 | 37,5 | 0 | 25 | 0 |
| h) abordar a questão da homossexualidade | 0 | 50 | 25 | 25 | 0 |
| i) abordar a questão do exibicionismo | 25 | 37,5 | 12,5 | 25 | 0 |
| j) abordar a questão da pedofilia | 0 | 25 | 25 | 50 | 0 |
| k) abordar a questão dos abusos sexuais | 0 | 37,5 | 0 | 50 | 12,5 |
| l) falar das relações sexuais coitais | 25 | 50 | 25 | 0 | 0 |
| m) identidade sexual | 0 | 0 | 25 | 50 | 25 |
| n) diferenças corporais | 0 | 0 | 0 | 25 | 75 |
| o) papéis de género | 0 | 0 | 0 | 37,5 | 62,5 |

MD= Muita dificuldade; AD= Alguma dificuldade; NDNV= Nem com dificuldade nem à vontade; MV= Mais ou menos à vontade; PV= Perfeitamente à vontade.

Tabela 2 – Percentagem (%) para o modo como se sentem para abordar tópicos específicos da sexualidade

Categoria: Barreiras percebidas para a acção

A análise descritiva demonstrou que os professores receiam sobretudo as reacções dos alunos bem como a sua mentalidade e ainda a mentalidade dos pais dos alunos, como representa o gráfico da figura 4.

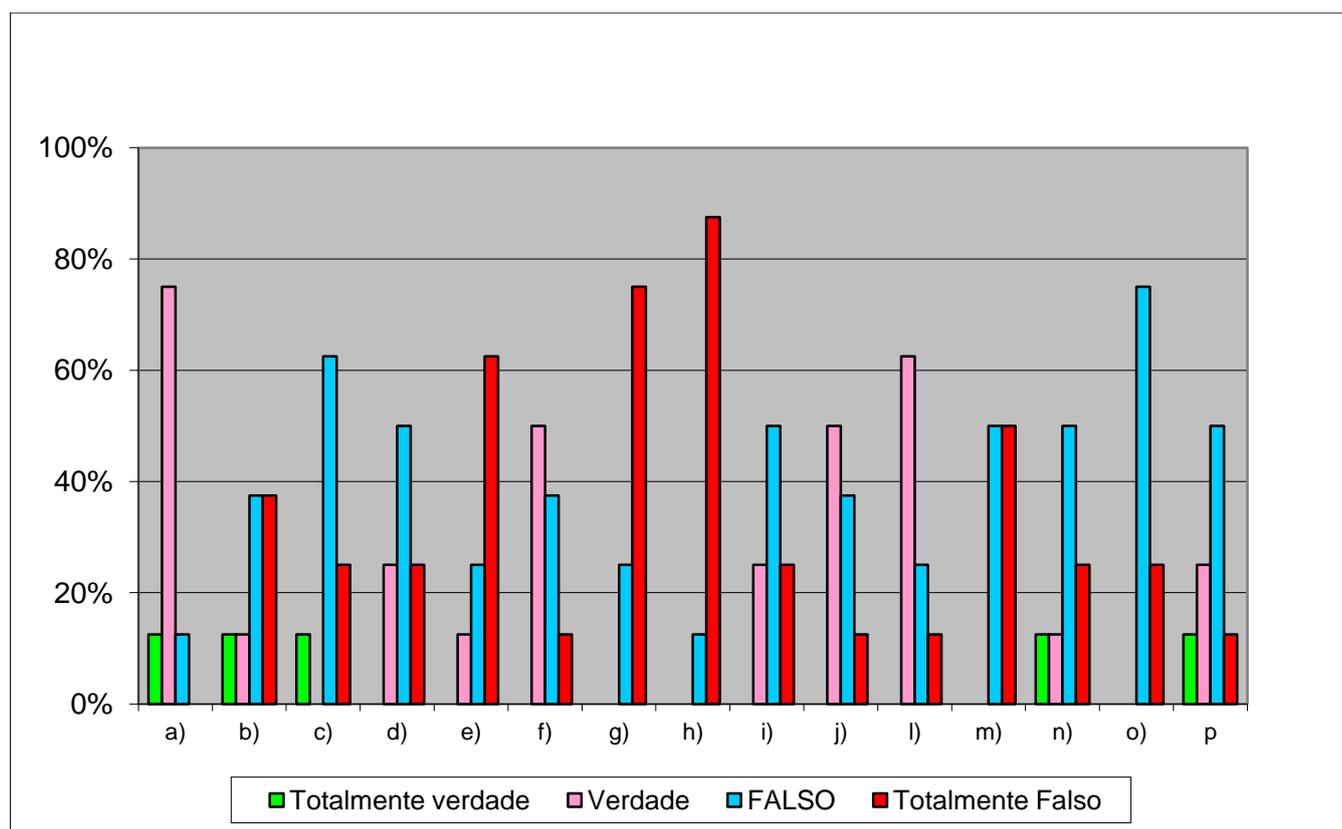


Figura 4 – Percentagem (%) para os receios no domínio da educação sexual.

a)= Reacções dos alunos; b)= Reacções dos seus colegas; c)= Reacções de auxiliares de acção educativa; d)= Reacções do Director da escola; e)= Reacções do Presidente do agrupamento; f)= Reacções dos pais dos alunos; g)= Reacções do pároco; h)= Reacções da assistente social; i)= Consequências jurídicas; j)= Mentalidade dos pais dos alunos; l)= Mentalidade dos alunos; m)= Mentalidade dos seus colegas; n)= Mentalidade das várias pessoas do meio; o)= O facto de ser um meio conservador; p) falta de à vontade (do/a próprio/a professor/a).

Entrevista

A aplicação das entrevistas permitiu-me conhecer melhor o grupo de professores, nomeadamente o seu comportamento anterior, as suas concepções sobre a temática da educação sexual, as barreiras que eles percebem para a acção e os sentimentos em relação à implementação de actividades relacionadas com a temática.

Tal como já identificado pelas enfermeiras de saúde escolar, não existe nesta escola nenhum projecto na área da saúde sobre educação sexual, sendo que só 42,86% dos professores afirma englobar a educação sexual na planificação das aulas. Por outro lado, a concepção que os professores evidenciam é ainda algo reducionista, uma vez que não estão despertados para a vertente da afectividade, não demonstrando a visão holística que se pretende com a educação sexual em contexto escolar, uma vez que, quando questionados sobre o que entendem por educação sexual no 1º CEB, 71,43% dos professores relacionam a temática às noções do corpo e só 42,86% fazem referência à afectividade e relações familiares. Corroborando assim que, embora conhecendo a existência de legislação específica, o seu conteúdo não mereceu ainda grande investimento por parte dos professores.

Ficou evidente também que os professores (85,71%) identificam como principal barreira a ausência de material de apoio pedagógico e que a temática despoleta neles sentimentos de desconforto e insegurança. A análise de conteúdo das entrevistas pode ser consultada em apêndice⁸.

4.2 - Diagnósticos de Enfermagem

Efectuado o tratamento dos dados formulou-se, através da taxonomia NANDA, o diagnóstico de enfermagem:

Comportamento de Promoção da Saúde Ineficaz.

Características definidoras:

- Sentimentos de insegurança relacionados com a implementação de actividades de educação sexual.
- Receio da reacção e mentalidade dos alunos.
- Receio da reacção e mentalidade dos pais.

Factores relacionados:

- Conhecimento diminuído dos conteúdos mínimos obrigatórios.
- Falta de sensibilização para dar resposta à legislação.
- Escassez de material de apoio pedagógico.

⁸ Ver apêndice 5

Johnson et al (2009, p. 107) define comportamento de busca de saúde como sendo “busca activa (por pessoa com saúde estável) de caminhos para alterar hábitos pessoais de saúde e/ou o ambiente a fim de mover-se rumo a um nível mais elevado de saúde”.

4.3 - Definição de Prioridades

Esta é a fase que se segue ao diagnóstico da situação e a partir desta estarão todas as condições reunidas para a etapa seguinte: a fixação de objectivos.

Dada a limitação temporal do projecto é fundamental determinar prioridades, para tal utilizei a grelha de análise⁹ de Pineault e Daveluy (1986) citados por Tavares (1990, p. 89) analisando os problemas quanto à sua importância, à relação problema/factores de risco, capacidade técnica de intervir e exequibilidade, respectivamente.

Todos os problemas foram considerados relevantes quanto à sua importância e relação com os factores de risco, traduzindo-se a capacidade técnica de intervir e exequibilidade diferenciadora tendo em conta o curto tempo de intervenção deste projecto. A fim de se contornar a subjectividade inerente a este processo, o mesmo foi validado pela enfermeira da equipa de saúde escolar e por uma professora responsável pelo projecto de educação para a saúde. Assim, considerou-se como prioritário dar resposta aos seguintes problemas:

- Conhecimento diminuído dos conteúdos mínimos obrigatórios e respectiva legislação;
- Escassez de material de apoio pedagógico que dê suporte à planificação e implementação de actividades sobre a temática da educação sexual;
- Sentimentos de insegurança relacionados com a temática da educação sexual.

Defini assim, o diagnóstico do qual partiram as intervenções:

Comportamento de promoção da saúde ineficaz relacionado com conhecimento diminuído dos conteúdos mínimos obrigatórios e com escassez de material de apoio pedagógico manifestado por sentimentos de insegurança para implementar actividades de educação sexual.

⁹ Ver apêndice 6

4.4 - Fixação de Objectivos

A fixação de objectivos é a terceira etapa do processo de planeamento. Os objectivos devem ser bem formulados de forma a fornecerem normas e critérios às actividades posteriores. Devem ainda ser geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis relativamente à população alvo. Imperatori e Giraldes (1982, p. 45) entendem por objectivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.”

Segundo Tavares (1990) para a formulação de objectivos é imperioso explicitar a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projecto; a zona de aplicação do projecto e o tempo em que deverá ser atingido, “quem não sabe para onde quer ir não chega a lado nenhum. Ter objectivos é condição *sine qua non* para decididamente progredir em direcção a eles” (TAVARES, 1990, p. 136).

Assim, nesta fase foi fixado o objectivo geral, detalhado em vários objectivos específicos e objectivos operacionais, com uma função determinante na orientação da intervenção e avaliação.

Com a elaboração deste trabalho pretendo atingir o seguinte objectivo geral:

Contribuir para a capacitação dos professores de uma escola do 1º CEB do ACES Lisboa Norte, no período de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, para desenvolverem comportamentos promotores de saúde no âmbito da temática da educação sexual.

| Objectivos Específicos | Objectivos Operacionais |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer os professores sobre a legislação em vigor, nomeadamente os conteúdos mínimos obrigatórios. • Sensibilizar os professores para a abordagem na educação sexual, da vertente da afectividade e relações interpessoais. • Contribuir para minimizar sentimentos de desconforto/insegurança. • Desenvolver estratégias que permitam colmatar a escassez de materiais de apoio pedagógico sobre a temática da educação sexual. • Motivar os professores para desenvolver actividades de educação sexual. | <ul style="list-style-type: none"> • Que 87,5% dos professores se afirme mais esclarecido sobre a legislação em vigor e seu conteúdo. • Que 75% dos professores compareça na sessão de educação para a saúde. • Que 75% dos professores afirme que existiu alteração da sua concepção acerca da temática da educação sexual. • Que 75% dos professores se sinta mais confiante e seguro para abordar a temática da educação sexual. • Que pelo menos um professor de cada ano de escolaridade participe na pesquisa de materiais de apoio. • Que 100% dos professores afirme sentir-se motivado para abordar a educação sexual com as crianças. • Que 100% dos professores assista à apresentação do portefólio. |

4.5 - Selecção de Estratégias

Após a identificação dos problemas, é necessário definir uma estratégia de maneira que o enfermeiro estabeleça uma relação com o indivíduo/grupo que facilite a introdução de novas ideias, fomentando nas pessoas o propósito de mudança e as ajude a traduzir este propósito em acções que constituam uma mudança contínua e estável.

É considerada uma das etapas mais importantes num processo de planeamento e é definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde.” (IMPERATORI E GIRALDES, 1982, p. 65).

Segundo Nola Pender (2011) a principal estratégia que permite mudar comportamentos é a **educação para a saúde** definida para desenvolver este projecto. Foi ainda escolhida

como estratégia, estimular o **papel activo dos professores**. Nola Pender reflecte a perspectiva da ciência comportamental e enfatiza o papel activo do indivíduo na gestão dos comportamentos de promoção da saúde, alterando o contexto ambiental, com a finalidade de obter resultados de saúde positivos tais como o bem-estar óptimo e realização pessoal (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011). “a participação da comunidade é um princípio básico na educação para a saúde e tem sido o foco principal na prevenção de doenças crónicas” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 70).

4.6 - Preparação Operacional

Durante esta etapa foram realizadas reuniões com os principais intervenientes, nomeadamente os professores envolvidos, a enfermeira da equipa de saúde escolar e a psicóloga. A partir dos objectivos e estratégias eleitas surgiram diversas actividades possíveis, ponderadas com os profissionais envolvidos a nível académico, com o professor orientador e no contexto profissional, com a Enfermeira da equipa de saúde escolar e com os professores. Estas reuniões foram essenciais para planear o decorrer das intervenções, estabelecendo desde logo a calendarização das mesmas.

O plano operacional da presente intervenção comunitária encontra-se em Apêndice¹⁰.

4.6.1 - Selecção de actividades em articulação com o MPS de Nola Pender

Da análise dos dados obtidos realço as categorias da auto-eficácia percebida, dos benefícios e barreiras percebidas para a acção bem como os sentimentos de insegurança relacionados com a abordagem da temática da educação sexual. Tendo em conta os resultados obtidos senti necessidade de aprofundar a teoria social cognitiva de Bandura, para compreender melhor o conceito de auto-eficácia utilizado no MPS. Bandura refere que quanto maior o sentido de eficácia, maior o esforço, a persistência e a resiliência, no entanto, quando as pessoas associam sentimentos negativos a uma determinada actividade, estes podem reduzir as percepções de auto-eficácia e causar um desempenho inadequado e temido. “uma maneira de aumentar as crenças de auto-eficácia é promover o bem-estar emocional e reduzir estados emocionais negativos” (BANDURA et al, 2008, p.105). As crenças de eficácia dos professores acabam por assumir uma característica

¹⁰ Ver apêndice 7

colectiva pelo facto de eles interagirem socialmente, trabalharem juntos, defrontarem-se com problemas similares, buscarem os mesmos objectivos e sofrerem enquanto grupo as mesmas limitações e obstáculos (Bandura, [1986; 1993] citado por BANDURA et al, 2008). Os mesmos autores afirmam que a motivação para um determinado comportamento, numa situação específica, dependerá do grau em que a pessoa revelar essa percepção positiva de eficácia. Bandura diferenciou essa expectativa de eficácia daquilo que ele denominou por expectativa de resultados, pela qual são esperadas consequências satisfatórias da própria acção. Trata-se pois, de duas expectativas distintas: uma pessoa pode acreditar que suas acções conduzam a determinadas consequências ou resultados, mas pode duvidar da sua capacidade de implementar as acções pertinentes. De acordo com Bandura, a pessoa é motivada a adoptar um determinado comportamento cujo resultado valoriza e que se sente capaz de desempenhar eficazmente. A auto-eficácia é tida como a crença que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de realizar com sucesso determinada actividade.

Neste caso concreto, embora os professores demonstrem pouca dificuldade em abordar os temas da educação sexual em termos de conteúdo e de conhecimento e reconheçam os seus benefícios, demonstram sentimentos de insegurança e receio em abordá-los. Isto porque as crenças de auto-eficácia sobre o funcionamento humano são afectadas por diversos factores. Bandura, na sua teoria social cognitiva explica que mesmo pessoas muito auto-eficazes podem não agir de acordo com as suas crenças, quando não existe incentivo para o fazer ou quando não possuem os recursos necessários.

“as pessoas podem possuir a capacidade e a auto-eficácia necessárias, mas podem não apresentar um bom desempenho porque não têm incentivo. Quando limitações sociais e recursos inadequados impedem os esforços do indivíduo e dificultam a realização de uma actividade (...)” (BANDURA et al, 2008, p. 108).

Esta ideia corrobora que a necessidade sentida pelos professores sobre a escassez de materiais de apoio influencia o seu comportamento desincentivando ao desenvolvimento de actividades sobre a temática. Modificar o ambiente de apoio à mudança de comportamento é um princípio importante da teoria cognitiva social, uma vez que a reconfiguração das condições ambientais aumenta o estímulo para comportamentos desejáveis e diminui a probabilidade para comportamentos indesejáveis (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 56). Neste sentido, considero importante antes de mais clarificar junto dos professores o que se pretende com a educação sexual na escola, quais os seus objectivos e conteúdos mínimos obrigatórios a abordar, de forma a

promover uma visão holística do que se pretende com a temática da educação sexual e ainda promover a construção de um portefólio de actividades que envolva a participação do grupo, sensibilizando os professores para o seu papel como agentes promotores de projectos de educação para a saúde criando assim condições para diminuir a insegurança e os sentimentos negativos associados ao desenvolvimento de actividades relacionadas com a educação sexual. Tal como refere Tavares (1990, p. 65) “os profissionais dos serviços e a população-alvo participarão tão activamente na implementação do projecto quanto mais tiverem participado na sua elaboração”. Pretende-se que este grupo de professores desenvolva competências de criatividade e de *empowerment* que lhes possibilite perceber a sua auto-eficácia com carácter positivo, para que, quando necessário, sejam capazes de seleccionar estratégias que lhes permitam usufruir de sentimentos de bem-estar durante o pleno exercício das suas funções.

4.7 - Execução

De acordo com o cronograma estabelecido, a etapa de execução decorreu durante o mês de Janeiro. A primeira actividade foi a sessão de educação para a saúde¹¹ que contou com a presença da psicóloga Dr.^a Dulce Malaia que colaborou no debate de ideias final, pretendendo-se transmitir aos professores uma atmosfera permissiva e não ameaçadora e que teve como objectivo permitir que os professores deixassem fluir as suas opiniões em ambiente de descontração, factores essenciais para a comunicação sobre um tópico sensível e delicado como é o da sexualidade. Partiu-se, então, de uma questão reflexiva sobre o motivo pelo qual a implementação da educação sexual nas escolas não estar ainda a ser seguida em pleno por todos os professores. Foram expostas várias situações, desde experiências com os alunos algo caricatas a experiências embaraçosas, dúvidas pessoais com os seus filhos, dúvidas sobre como falar com as crianças, que termos utilizar, que se foram tentando esclarecer neste momento. Para tal, foram reportados conhecimentos da teoria dos trabalhos de Hafnner e Walker e Milton, mas também foram mobilizadas experiências práticas da Dr.^a Dulce Malaia. Foi notório, logo nesta sessão a mudança de facies à entrada e à saída deste encontro.

Esta sessão permitiu esclarecer algumas dúvidas e desmistificar de certa forma a temática da educação sexual, orientando para os objectivos e conteúdos mínimos a

¹¹ Ver apêndice 8

abordar no 1º CEB, bem como dar a conhecer as perguntas mais frequentes que os seus alunos colocam, o que permitiu avançar para a construção do portefólio. Foi constituído um grupo de trabalho que, devido às limitações de tempo não permitiu a presença de todos, no entanto foi possível a presença de um professor representante de cada ano de escolaridade, tal como previamente definido para este trabalho como objectivo a atingir. Adquiri o Kit de Educação Sexual para o 1º Ciclo da Associação para o Planeamento Familiar (GIL e INÁCIO, 2010) que disponibilizei aos professores e que foi orientador para a selecção de actividades que os professores identificaram como adequadas para a sua população. Para esta selecção, foi também importante a consulta do programa da disciplina de estudo do meio, adaptando cada actividade a cada ano de escolaridade. Esta actividade decorreu ao longo de vários encontros, mais precisamente quatro durante o mês de Janeiro e foi muito enriquecedora quer a nível pessoal e relacional quer a nível profissional. Por outro lado, contribuiu também para melhorar a partilha e a comunicação entre os professores, que se foram apercebendo de actividades que um ou outro tinham colocado em prática em anos anteriores e que desconheciam, questionando-se e trocando ideias.

No final desta etapa, procedeu-se então à apresentação do portefólio¹² ao resto do grupo. A apresentação foi feita de forma organizada, a mestranda procedeu à apresentação do primeiro capítulo, constituído pela parte teórica do trabalho, reforçando assim, os conteúdos teóricos, uma vez que estavam presentes professores que na primeira actividade não tinham estado, e de seguida foi apresentado o segundo capítulo do portefólio, que foi organizado segundo os conteúdos mínimos obrigatórios preconizados na portaria nº 196-A/2010, de 9 de Abril, onde cada professor apresentou as actividades escolhidas, segundo os temas, para cada ano de escolaridade. O professor do 1º ano apresentou as actividades referentes ao 1º ano, o professor do 2º ano apresentou as actividades referentes ao 2º ano e assim sucessivamente. No final todos os professores puderam manipular o portefólio, tirar dúvidas e expressar a sua opinião.

¹² Ver apêndice 9

4.8 - Avaliação

A maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores que nos permitem conhecer a realidade e medir os avanços alcançados, assim, a avaliação tem como principal finalidade “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pelas experiências, e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (IMPERATORI E GIRALDES, 1982, p. 127-128).

Para avaliação das minhas intervenções foi formulado um questionário¹³ que se aplicou no final da sessão de educação para a saúde e aquando da apresentação do portefólio, que permitiu obter o *feedback* dos professores em relação ao trabalho desenvolvido. No sentido de avaliar da melhor forma possível, criaram-se indicadores de produtividade, indicadores de adesão e indicadores de qualidade.

Todos os objectivos delineados foram alcançados, tal como se pode constatar nas tabelas em apêndice¹⁴.

Em relação ao indicador de eficácia, apenas se pode concluir que foi possível a construção de um portefólio com diversas actividades de apoio à implementação da educação sexual como resultado da mobilização e dedicação dos professores envolvidos, traduzindo-se este portefólio como manual acessível a todos os professores. No entanto, não é possível avaliar se o mesmo desencadeou nos professores mudança de comportamentos e se este está a ser utilizado por eles para desenvolverem actividades relacionadas com a temática, uma vez que o período destinado às fases de execução e avaliação não permite a avaliação de comportamentos a médio prazo como defendem Carvalho e Carvalho (2006), pois o tempo preconizado é muito reduzido.

Por outro lado, recorreu-se também à avaliação subjectiva, de acordo com Redman (2003), perceptível em expressões e atitudes manifestadas pelos professores ao longo do trabalho. Como já foi referido, foi notória a modificação de fâcias à entrada e à saída da sessão de educação para a saúde, em que se desmistificou o palavrão “educação sexual”. Também ao longo do tempo em que se foi construindo o portefólio, a satisfação e envolvimento foram evidentes, pois através da mobilização dos professores envolvidos foi

¹³ Ver apêndice 10

¹⁴ Ver apêndice 11

possível a aquisição por parte da escola de alguns livros recomendados pela APF e introduzidos no portefólio, para a dinamização de actividades com os alunos.

A opinião informal dos professores e o desejo de continuidade do projecto, manifestam também a importância e o impacto positivo que o mesmo teve para os professores e para a comunidade escolar em geral.

5 – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Actualmente o enfermeiro especialista em saúde comunitária adopta um papel de relevo, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dando destaque às actividades de “educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p.8667).

A realização deste projecto de intervenção comunitária proporcionou o desenvolvimento de algumas competências através da mobilização dos saberes adquiridos durante a fase curricular mas também da utilização da metodologia do processo de planeamento em saúde, articulando esta metodologia com o MPS de Nola Pender, que permitiu a compreensão de um grupo enquanto cliente numa perspectiva holística.

A realização deste projecto contribuiu pessoalmente para estimular a minha criatividade e também as minhas capacidades de comunicação e relacionamento inter-pessoal, bem como capacidades de persuasão.

As principais competências desenvolvidas na qualidade de mestranda estão directamente relacionadas com a utilização da metodologia do processo de planeamento em saúde que me permitiu conceber, planear, implementar e avaliar um projecto de intervenção comunitária, na área da promoção da saúde escolar, com professores do 1º CEB na área específica da educação sexual, contribuindo para a consecução das actividades constantes do PNSE.

Por outro lado, a utilização do MPS permitiu-me mobilizar conhecimentos de diferentes disciplinas para o conhecimento da população e sua capacitação, nomeadamente da psicologia através da teoria cognitiva social de Albert Bandura.

O projecto ajudou a despertar nos profissionais da equipa de saúde escolar que participaram no projecto a necessidade de colaborar com os professores na implementação e desenvolvimento de projectos, capacitando-os e não substituindo-os nas suas funções junto das crianças, tornando a articulação mais eficaz.

Foi ainda impulsionador para aceitar o desafio lançado pela Senhora Enfermeira Chefe para integrar a Equipa de Saúde Escolar e relançar esta área de intervenção no Centro de

Saúde onde exerço funções. Acredito ser capaz de desenvolver as minhas funções como enfermeira de forma mais eficaz colocando em prática as competências até aqui desenvolvidas e permitindo-me a partir daqui aperfeiçoá-las.

De acordo com o modelo de aquisição de competência de Dreyfus, adoptado por Benner (2001), conclui-se a manutenção no nível de “iniciada”, uma vez que o nível seguinte requer uma prática profissional de pelo menos um ano na área, o que no entanto não menospreza o desenvolvimento das competências supracitadas.

6 – QUESTÕES ÉTICAS

Ao longo deste trabalho teve-se a preocupação de salvaguardar os princípios éticos inerentes às boas práticas profissionais, mas também respeitar as questões morais que, num tema tão sensível como a educação sexual, são evidentes. Assim, embora tratando-se de uma intervenção de enfermagem dirigida a um grupo da comunidade, esteve sempre presente a preocupação em respeitar a individualidade de cada um dos participantes, atendendo à subjectividade e complexidade inerentes a esta importante dimensão humana. Tais procedimentos foram enquadrados nas directrizes do processo de investigação segundo Fortin, Cotê e Fillion (2009). Neste sentido, tiveram-se em conta os princípios determinados pelos códigos de ética:

- Fornecer informação aos intervenientes sobre o tema e quais os objectivos do projecto;
- Obter autorização para a intervenção por parte da Directora da Escola;
- Garantir o anonimato e confidencialidade das informações obtidas;
- Garantir o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- Dar a conhecer os resultados do trabalho aos intervenientes;
- Respeitar as regras de funcionamento da comunidade escolar.

7 – LIMITAÇÕES DO PROJECTO/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

As principais limitações inerentes ao presente trabalho decorrem da sua limitação temporal, uma vez que o estágio teve a duração de cerca de quatro meses, agravado pelo facto de coincidir com avaliações lectivas que diminuíram a disponibilidade dos professores.

Assim, considero que o presente projecto poderia beneficiar de um período mais alargado. Esta limitação influenciou em grande parte o decorrer das etapas do planeamento em saúde. A fase do diagnóstico de situação de saúde da população é um estudo completo que implica tempo, para que as próximas etapas possam ser executadas com rigor. O mesmo ganharia outra dimensão se não se limitasse à estatística descritiva trabalhando os questionários com cruzamento de variáveis, como por exemplo, com a idade, o tempo de serviço, religião, etc.

Por outro lado, embora se reconheça a importância da família como agente educativo e parceiro fundamental dos professores para implementação de actividades de educação sexual, não foi possível trabalhar com esta população, pela limitação temporal já referida. Foi no entanto, realçado o seu papel junto dos professores em vários momentos, ficando programada para data posterior à realização deste projecto, uma reunião entre pais e professores, com a colaboração da enfermeira e psicóloga que colaboraram neste projecto. A pedido da equipa de Saúde Escolar, foi impresso um exemplar do portefólio para ficar também no serviço para, eventualmente, servir de modelo e se poder replicar o trabalho desenvolvido noutras escolas da área de influência, colmatando assim a escassez de materiais de apoio pedagógico sobre educação sexual que possa existir.

8 - CONCLUSÃO

O conceito de Escolas Promotoras de Saúde é recente e a cooperação entre as escolas e os centros de saúde tem sido uma mais-valia.

É uma responsabilidade social educar os jovens e provocar uma mudança social que valorize práticas saudáveis e desprestigie hábitos deletérios para a saúde. São os pais, os professores, os vizinhos, os idosos, os profissionais de saúde, entre outros, que poderão contribuir para uma nova construção de valores que levem as nossas crianças e jovens a desempenhar uma cidadania activa.

A promoção da saúde na escola, para além do investimento na aquisição de competências por parte dos jovens e dos adultos que com eles se relacionam, tem como principal objectivo mudar e desenvolver o ambiente físico e social. A época em que vivemos evidencia uma epidemia comportamental que se tem desenvolvido a uma velocidade alucinante sem que consigamos aperceber-nos das suas causas, no entanto as consequências são evidentes.

É imperioso que a escassez de recursos, quer materiais quer humanos, não coloque para segundo plano as actividades de educação e promoção para a saúde. Promover a saúde exige pro-actividade em capacitar, envolvendo os interessados como parceiros na construção de soluções. Hoje, a saúde é encarada como um bem da responsabilidade de todos e, em particular, dos organismos com vocação social. Há que estabelecer pontes entre os serviços de saúde e o poder local (autarquias, escolas, associações, por exemplo) para que as soluções dos problemas sejam as mais adequadas e a vitalidade da sociedade mais assertiva. É necessário também ter em consideração que a educação para a saúde não se pode limitar a abordagens simplistas das doenças, nem tão pouco privilegiar apenas a sua informação. Assim, torna-se evidente a relevância do papel do professor no efectivo processo de educação e promoção da saúde.

A sexualidade sempre foi um tema fundamental em todas as construções morais da humanidade. Abordar temas como este nem sempre é fácil, atendendo às particularidades do mesmo. No entanto, é inevitável ter que abordar o tema, se partirmos do princípio que a evolução da criança deve ser feita de uma forma contínua e integrada, estimulando o seu desenvolvimento moral contribuindo para a vivência de uma sexualidade saudável e natural.

A parceria com o centro de saúde é condição imprescindível a uma escola promotora de saúde (Faria e Carvalho, 2004), mas falar de parceria não significa substituir a necessária actividade contínua dos profissionais da área da educação por actividades esporádicas de profissionais de saúde na escola, mas sim ser um elemento fundamental para estimular e dotar os professores de ferramentas que lhes permitam usufruir de sentimentos de bem-estar no pleno exercício das suas funções nomeadamente em temas relacionados com a temática da educação sexual, possibilitando a construção de projectos de educação para a saúde cada vez mais auspiciosos e dotados de continuidade.

Como experiências inovadoras deste trabalho, salienta-se a interacção com o cliente no seu ambiente natural, em contexto escolar; o investimento na promoção da saúde; a capacitação para melhorar o desempenho profissional, a abordagem ao grupo como cliente e o aprofundamento de referenciais teóricos.

A metodologia do processo de planeamento em saúde demonstrou-se um instrumento valioso na gestão de recursos e implementação do projecto, cuja harmonia dependeu do respeito por cada etapa.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, revelou-se um modelo útil e adequado à intervenção comunitária que, “bebendo” da teoria cognitiva social, se mostrou fundamental ao desenvolvimento deste projecto, possibilitando a compreensão aprofundada da população e a escolha das estratégias.

Em relação ao percurso, as limitações do projecto propiciaram momentos de fortalecimento e aprendizagem.

De acordo com os resultados obtidos considero que este projecto foi um marco impulsionador para novos projectos de educação para a saúde mais dinâmicos, e que a educação sexual a crianças do 1º CEB é agora vista com outros olhos, perspectivando-se para este projecto continuidade e futuro.

BIBLIOGRAFIA

AERTS, Denise; et al (2004) – Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol. 20. Nº 4. P. 1020-1028.

AMOR PAN, Jose Ramon (1997) – Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental. Madrid. **Publ. Universidad Pontificia Comillas**, Catedra de Bioetica, nº2.

ANASTÁCIO, Zélia Ferreira (2007) – **Educação sexual no 1º CEB: concepções, obstáculos e argumentos dos professores para a sua (não) consecução**. Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento no Ramo de Estudos da Criança, Área de Conhecimento de Saúde Infantil.

BANDURA, Albert; et al (2008) – Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Artmed.

BAPTISTA, M.; LADEIRAS, L. (2009) – **Melhores Escolas, Escolas mais Saudáveis: Terceira conferência europeia de escolas promotoras de saúde**. Ministério da Educação – DGIDC/NESASE.

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-444-150-62.

BENNER, Patrícia (2001) – **De iniciado a Perito**. Coimbra: QUARTETO Editora. ISBN 172-8535-97.

BERGE, André (1978) - **A criança hoje**. Lisboa: Moraes.

BOTELHO; et al (2009) – **Educar para a sexualidade**. Ponta Delgada. Universidade dos Açores. Mestrado em ensino pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico.

BUSTON, Katie; WIGHT, Daniel; SCOTT, Sue (2001) - Difficulty and Diversity: the context and practice of sex education. **British Journal of Sociology of Education**, Vol. 22, Nº 3, pp. 353-368.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

CORTESÃO, Irene; et al (1989) – **Educação para uma sexualidade humanizada: guia para professores e pais**. Edição Afrontamento. ISBN 9723602067.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Lisboa. ESEL.

FARIA, Humberto Andrade; CARVALHO, Graça Simões (2004) – Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 22. Nº 2. P. 79-90.

FÉLIX, Ivone (1995) – **Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas Ida. ISBN 972-8383-10-x.

FORTIN, Marie Fabienne; COTÊ, José; FILION, Françoise (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

GIL, Helena; INÁCIO, Ana (2010) – **Corpo da Palavras – Kit de apoio às acções de educação sexual no 1º ciclo do ensino básico**. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

GOMES, José Precioso (2009) – As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**. Porto Alegre. Vol. 32. Nº 1. P. 84-91.

HAFFNER, Debra (2005) – **A Criança e a Educação Sexual**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 9789722333672.

<http://www.dgs.pt/> . Acedido a 9 de Junho de 2011.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1982) – **Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa. Obras Avulsas.

JOHNSON, Marion; et al (2009) – Ligações entre NANDA, NIC E NOC. Porto Alegre. Artmed. 2ª Edição. ISBN 978 853 631 769 4.

LÓPEZ, Jaume Sarramona (2002) - **Educação na família e na escola: o que é, como se faz**. São Paulo: Loyola. ISBN 8515023784.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia (2010) – **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-4399-9.

MARQUES, António e PRAZERES, Vasco (2000) – **Educação sexual em meio escolar – Linhas Orientadoras**. 1ª edição. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2000. ISBN 972-783-035-8.

MARQUES, António Manuel; VILAR, Duarte; FORRETA, Fátima (2010) – **Educação sexual no 1º ciclo. Guia para professores e formandos**. 1ª Edição. Lisboa. Texto Editores, lda. ISBN 978-972-47-4364-6.

MARQUES, António; VILAR, Duarte; FORRETA, Fátima (2002). **Educação Sexual no 1.º Ciclo – Um guia para Professores e Formadores**. Lisboa: Texto Editora.

OMS (1998) – **Health promotion glossary**, Geneva: OMS, 1998 (HPR/HEP/98.1).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública** – publicado em Diário da República, 2ª série – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8667-8669.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido em 30 de Março de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2002) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 4ª Edição. Prentice Hall. New Jersey. ISBN 0-13-031950-3.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2011) - **Health Promotion in Nursing Practice**, 6ª Edição, Pearson, ISBN 978-0-13-509721-2.

Portaria nº 196 – A/2010, de 9 de Abril.

PORTUGAL (2006) - Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: DGS.

REDMAN, Barbara Klug (2003) – *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972 838 339 8.

REIS, M.; VILAR, D. (2006) - Validity of a scale to measure teachers' attitudes towards sex education. **Sex Education**, Vol. 6, Nº 2, pp.185-192.

SCOTT, Tracy L.; et al (2002) – Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. **Medical Care**. Vol. 40. Nº 5. P. 395-404.

TAVARES, António. (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Ministério da Saúde. Cadernos de Formação nº 2. Lisboa.

VAZ, Júlio Machado; VILAR, Duarte; CARDOSO, Susana (1996). **Educação sexual na escola**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-152-1.

VEIGA, Luísa; et al (2006) – Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge, behaviours and belief of Portuguese future elementary school teachers. **Sex Education**, vol. 6. nº. 1. p. 17-29.

WALKER, Joy; MILTON, Jan (2006) - Teachers' and parents' roles in the sexuality education of primary school children: a comparison of experiences in Leeds, UK and Sydney, Australia. **Sex Education**, Vol. 6, Nº 4, pp. 415-428.

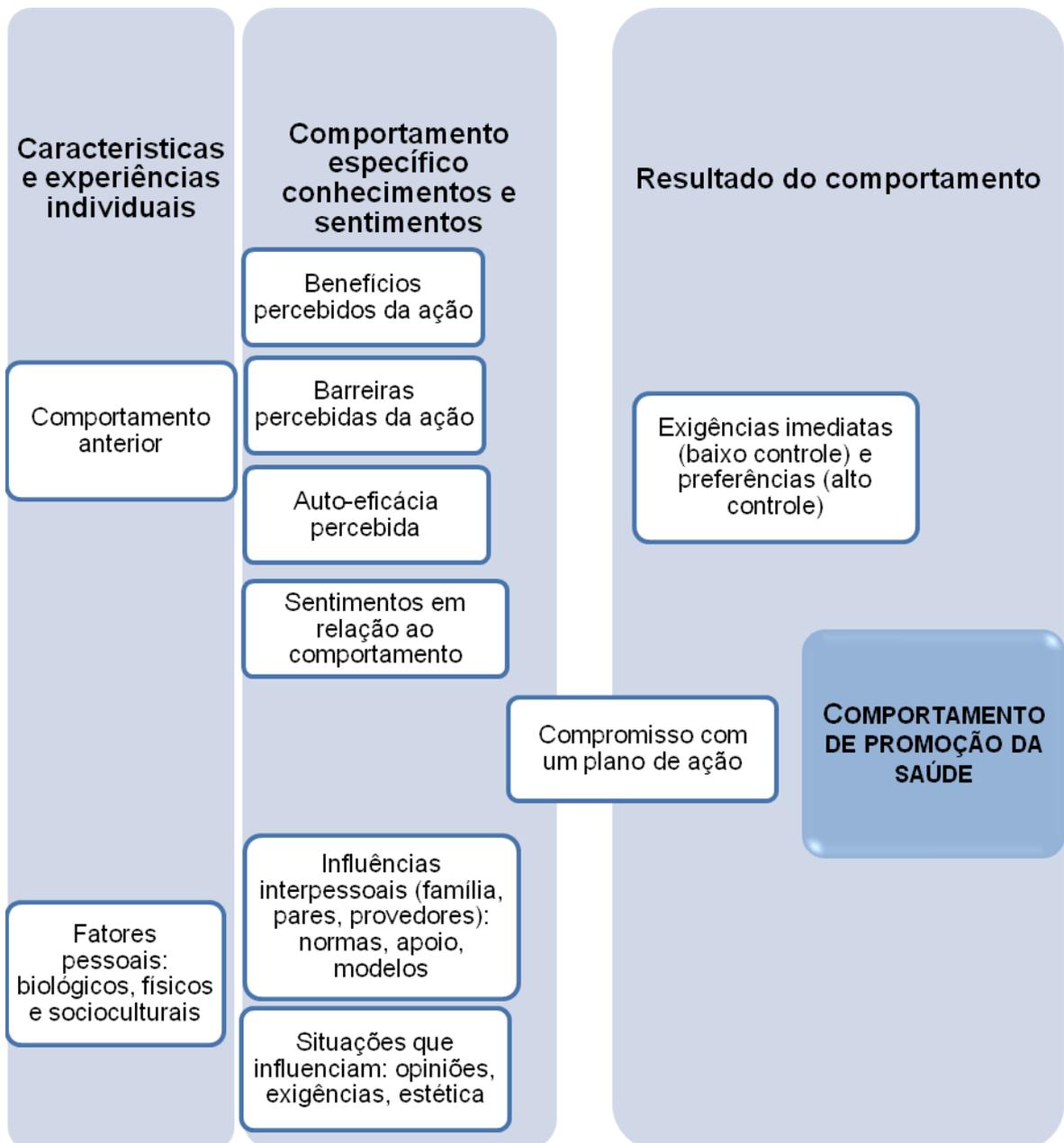
WHO – **Ottawa Charter for Health Promotion** – An International Conference on Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization, 1986.

WHO (1978) – Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC. Alma-Ata: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1

Representação gráfica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, adaptada
(Pender, Murdaught e Parsons, 2011)



ANEXO 2

Questionário: “Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução

QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES DE 1ºCEB

1. **Sexo:** Feminino Masculino
2. **Idade:** ____ anos
3. **Estado civil:** solteiro casado divorciado (ou separado) viúvo
4. **Tempo de serviço:** ____ anos
5. **Habilitação Acadêmica:** Magistério Bacharelato CESE (domínio: _____)
 Curso de Complemento (domínio: _____) Licenciatura (formação inicial)
6. **Área de residência:** Rural Suburbana Urbana
7. **Área de trabalho:** Rural Suburbana Urbana
8. **Assinale com um círculo a opção (DT, D, N, C ou CT) que melhor traduz o seu grau de concordância com a implementação da Educação Sexual em cada um dos seguintes níveis de ensino:**

DT = Discorda totalmente
D = Discorda
N = Não discorda nem concorda
C = Concorda
CT = Concorda totalmente

| | DT | D | N | C | CT |
|------------------------------|----|---|---|---|----|
| No Jardim de Infância | | | | | |
| No 1º Ciclo do Ensino Básico | | | | | |
| No 2º Ciclo do Ensino Básico | | | | | |
| No 3º Ciclo do Ensino Básico | | | | | |
| No Ensino Secundário | | | | | |
| No Ensino Superior | | | | | |

9. **Assinale com a letra correspondente (N, R, V ou M) a frequência com que as crianças, em cada ano de escolaridade, lhe costumam colocar as seguintes questões:**

N = Nunca
R = Raramente
V = Às vezes
M = Muitas vezes

| | 1º Ano | 2º Ano | 3º Ano | 4º Ano |
|---|--------|--------|--------|--------|
| a) Como se fazem os bebés | | | | |
| b) Como nascem os bebés (parto) | | | | |
| c) Como crescem os bebés na barriga da mãe | | | | |
| d) Como se juntam as células sexuais (espermatozóide e óvulo) | | | | |
| e) Como é que a “semente” passa de uma pessoa para outra | | | | |
| f) Que cuidados devem ter as grávidas | | | | |
| g) Com que idade se pode ter filhos | | | | |
| h) Como se pode evitar ter filhos | | | | |
| i) O que é sexo | | | | |
| j) Como se fazem relações sexuais | | | | |
| l) Por que alguns bebés nascem deficientes | | | | |
| m) Questões relativas ao cordão umbilical (encontrar-se à volta do pescoço, ou como se corta) | | | | |
| n) Raparigas perguntando sobre o período ou a menstruação | | | | |
| o) Rapazes perguntando sobre o período ou a menstruação | | | | |
| p) Acerca das doenças sexualmente transmissíveis | | | | |
| q) Como se faz para nascer menino ou menina | | | | |

10. Assinale com os números correspondentes (0, 1, 2 ou 3) o número de vezes com que já se deparou com as seguintes situações (com crianças de 1º Ciclo):

0 = Nunca
1 = Pelo menos uma vez
2 = Duas a três vezes
3 = Mais de três vezes

| | 1º Ano | 2º Ano | 3º Ano | 4º Ano |
|---|--------|--------|--------|--------|
| a) Crianças desenhando órgãos genitais | | | | |
| b) Crianças moldando órgãos genitais com plasticina | | | | |
| c) Crianças manipulando revistas pornográficas | | | | |
| d) Crianças falando sobre os(as) seus namorados(as) | | | | |
| e) Crianças beijando-se na boca | | | | |
| f) Crianças mostrando os seus órgãos genitais a colegas | | | | |
| g) Crianças masturbando-se na escola | | | | |
| h) Conhecimento que uma criança com NEE foi assediada sexualmente | | | | |
| i) Conhecimento que uma criança saudável foi assediada sexualmente | | | | |
| j) Conhecimento que uma criança com NEE foi vítima de abuso sexual | | | | |
| l) Conhecimento que uma criança saudável foi vítima de abuso sexual | | | | |
| m) Conhecimento de que crianças vêem filmes pornográficos com a família ou com amigos | | | | |
| n) Crianças apalpando colegas | | | | |
| o) Crianças com NEE observando colegas no WC | | | | |
| p) Crianças saudáveis observando colegas no WC | | | | |
| q) Outras situações relacionadas com a sexualidade | | | | |
| Queira por favor especificar | | | | |

11. Assinale com um círculo à volta da letra (M, B, R, P ou N) o seu grau de concordância relativamente ao contributo da Educação Sexual em crianças do 1º Ciclo para os seguintes aspectos da sua vida futura:

M = MUITÍSSIMO
B = Bastante
R = Razoavelmente
P = Pouco
N = Nada

| | M | B | R | P | N |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade | | | | | |
| b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade | | | | | |
| c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões | | | | | |
| d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal | | | | | |
| e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco | | | | | |
| f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais (homossexualidade, heterossexualidade) | | | | | |
| g) Facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade | | | | | |
| h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos | | | | | |
| i) Equilíbrio emocional | | | | | |
| j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo | | | | | |
| k) Gratificação mútua e realização pessoal | | | | | |
| l) Sexualidade responsável | | | | | |
| m) Adiamento do início da actividade sexual | | | | | |
| n) Prevenção da gravidez na adolescência | | | | | |
| o) Utilização eficaz de contraceção | | | | | |
| p) Adopção de comportamentos de «sexo seguro» | | | | | |
| q) Autoconhecimento | | | | | |
| r) Autoconfiança | | | | | |
| s) Autoestima positiva | | | | | |
| t) Satisfação com a sua imagem corporal | | | | | |
| u) Actividade sexual precoce | | | | | |
| v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco | | | | | |
| w) Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis | | | | | |
| x) Sexualidade saudável | | | | | |

12. Assinale com um círculo a letra (M, B, A, P ou N) da opção que melhor corresponde ao grau de dificuldades que sente para abordar cada um dos seguintes conteúdos:

M = Muita dificuldade
B = Bastante dificuldade
A = Alguma dificuldade
P = Pouca dificuldade
N = Nenhuma dificuldade

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| A) Corpo em crescimento (ex: diferenças anatómicas entre os sexos; denominação dos órgãos sexuais; mudanças da puberdade incluindo transformações corporais, ciclo menstrual, ejaculação e resposta sexual; identidade sexual) | M | B | A | P | N |
| B) Expressões da sexualidade (ex: comportamentos sexuais nomeadamente carícias, beijos, masturbação e relações coitais; linguagem técnica e linguagem vulgar em relação à sexualidade) | M | B | A | P | N |
| C) Relações interpessoais (ex: relações familiares; actividades domésticas; relações com amigos; valores de cooperação e ajuda; não discriminação das diferenças; abusos sexuais) | M | B | A | P | N |
| D) Saúde sexual e reprodutiva (ex: higiene corporal, fecundação, gravidez, parto, contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) | M | B | A | P | N |

13. Em sua opinião, qual deve ser o nível de participação na Educação Sexual das crianças, de cada um dos seguintes intervenientes?

(Assinale com um círculo a opção correspondente)

N = Nenhuma participação
R = Reduzida participação
A = Alguma participação
E = Elevada participação

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| a) Pais | N | R | A | E |
| b) Outros familiares próximos | N | R | A | E |
| c) Amigos da mesma idade | N | R | A | E |
| d) Professores | N | R | A | E |
| e) Médicos e enfermeiros | N | R | A | E |
| f) Psicólogos | N | R | A | E |
| g) Igreja (ex: padres e catequistas) | N | R | A | E |
| h) Assistentes sociais | N | R | A | E |

14. Assinale com um círculo à volta das letras (MD, AD, NDNV, MV ou PV) a opção correspondente ao modo como se sente para abordar, na sua turma, cada um dos tópicos seguintes:

MD = Muita dificuldade
AD = Alguma dificuldade
NDNV = Nem com dificuldade nem à vontade
MV = Mais ou menos à vontade
PV = Perfeitamente à vontade

| | | | | | |
|---|----|----|------|----|----|
| a) Anatomia dos órgãos genitais | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| b) Localização dos órgãos de prazer: pénis e clítoris | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| c) Sexualidade na perspectiva reprodutora | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| d) Sexualidade na perspectiva de prazer | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| e) Relações afectivas | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| f) Relações eróticas | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| g) Pornografia | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| h) Homossexualidade | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| i) Exibicionismo | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| j) Pedofilia | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| l) Abusos sexuais | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| m) Relações sexuais coitais | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| n) Identidade sexual | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| o) Diferenças corporais | MD | AD | NDNV | MV | PV |
| p) Papéis de género | MD | AD | NDNV | MV | PV |

15. De uma forma geral os seus receios no domínio da Educação Sexual relacionam-se com:

(Assinale com um círculo a sua opção)

TV = Totalmente verdade
V = Verdade
F = Falso
TF = Totalmente falso

| | | | | |
|--|----|---|---|----|
| a) Reacções dos alunos | TV | V | F | TF |
| b) Reacções dos seus colegas | TV | V | F | TF |
| c) Reacções de auxiliares da acção educativa | TV | V | F | TF |
| d) Reacções do Director da escola | TV | V | F | TF |
| e) Reacções do Presidente do agrupamento | TV | V | F | TF |
| f) Reacções dos pais dos alunos | TV | V | F | TF |
| g) Reacções do pároco | TV | V | F | TF |
| h) Reacções da assistente social | TV | V | F | TF |
| i) Consequências jurídicas | TV | V | F | TF |
| j) Mentalidade dos pais dos alunos | TV | V | F | TF |
| l) Mentalidade dos alunos | TV | V | F | TF |
| m) Mentalidade dos seus colegas | TV | V | F | TF |
| n) Mentalidade das várias pessoas do meio | TV | V | F | TF |
| o) O facto de ser um meio conservador | TV | V | F | TF |
| p) Falta de à vontade (do/a próprio/a professor/a) | TV | V | F | TF |

16. Em caso de situações difíceis relacionadas com a Educação Sexual na escola conta com a ajuda de:

(Assinale com um círculo a sua opção)

TV = Totalmente verdade
V = Verdade
F = Falso
TF = Totalmente falso

| | | | | |
|----------------------------------|----|---|---|----|
| a) Colegas | TV | V | F | TF |
| b) Director da escola | TV | V | F | TF |
| c) Presidente do agrupamento | TV | V | F | TF |
| d) Pais dos alunos | TV | V | F | TF |
| e) Auxiliares da acção educativa | TV | V | F | TF |
| f) Pároco | TV | V | F | TF |
| g) Psicólogo escolar | TV | V | F | TF |
| h) Assistente social | TV | V | F | TF |
| i) Justiça | TV | V | F | TF |
| j) DREN | TV | V | F | TF |
| l) CAE | TV | V | F | TF |

17. A formação de professores para a Educação Sexual deve:

(Assinale com um círculo o seu nível de concordância)

CT = Concordo totalmente
C = Concordo
N = Não concordo nem discordo
D = Discordo
DT = Discordo totalmente

| | | | | | |
|--|----|---|---|---|----|
| a) Dar preparação científica aos professores para leccionarem o que é necessário | CT | C | N | D | DT |
| b) Ser em articulação com o desenvolvimento de processos de Educação Sexual na escola | CT | C | N | D | DT |
| c) Ser feita por todos os professores | CT | C | N | D | DT |
| d) Apresentar todos os conteúdos teóricos a abordar em cada ano | CT | C | N | D | DT |
| e) Apresentar os objectivos específicos adequados a cada ano | CT | C | N | D | DT |
| f) Incluir a experimentação de metodologias a utilizar | CT | C | N | D | DT |
| g) Preparar os professores para responderem naturalmente a questões imprevisíveis das crianças | CT | C | N | D | DT |
| h) Incidir essencialmente nas questões afectivas | CT | C | N | D | DT |
| i) Incidir essencialmente no aparelho reprodutor | CT | C | N | D | DT |
| j) Preparar para trabalhar valores | CT | C | N | D | DT |
| l) Ajudar os professores a identificarem e resolverem problemas de abusos sexuais | CT | C | N | D | DT |
| m) Visar a elaboração de projectos educativos de Educação Sexual | CT | C | N | D | DT |
| n) Ser feita apenas por quem queira participar em programas de Educação Sexual na escola | CT | C | N | D | DT |
| o) Ensinar a lidar com os pais sobre este tema | CT | C | N | D | DT |
| p) Antecipar qualquer programa de Educação Sexual na escola | CT | C | N | D | DT |
| q) Estimular os professores para a auto-formação em vez de lhes fornecer dados concretos | CT | C | N | D | DT |
| r) Abordar a legislação existente sobre Educação Sexual | CT | C | N | D | DT |

18. Já frequentou alguma acção de formação contínua sobre educação sexual?

Sim Não Se sim, indique o número de horas: _____

19. Já frequentou alguma acção de formação esporádica sobre educação sexual (ex palestra, seminário, colóquio ou congresso)?

Sim Não Se sim, indique o número de horas: _____

20. Tem filhos? Sim Não Se sim, indique quantos: _____

21. Religião: Católica Outra. Qual? _____ Nenhuma

22. Quanto à prática religiosa considera-se:

Muito praticante Moderadamente praticante Pouco praticante Nada praticante

23. Assinale com X a sua tendência política:

Extrema esquerda Esquerda Centro Direita Extrema Direita

24. Represente, através de um desenho esquemático, os aparelhos reprodutores (masculino e feminino) e a fecundação. Legende-os.

25. Represente, agora, como acha que um aluno do 1º ciclo desenharia os aparelhos reprodutores (masculino e feminino) e a fecundação, antes da respectiva aprendizagem.

Justifique:

Muito obrigada pela sua colaboração.

Espero que também tenha gostado de participar neste trabalho. Se houver alguma outra questão que lhe pareça ser importante para a Educação Sexual no 1º Ciclo e que não esteja incluída neste questionário, ou se quiser manifestar outra opinião sobre este processo educativo, pode fazê-lo no espaço abaixo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Enquadramento Legal da Educação Sexual em Portugal

Enquadramento Legal da Educação Sexual em Portugal

A Educação Sexual, nos últimos anos, tem vindo a tornar-se, num objecto de discussão e polémica, para tal muito têm contribuído as medidas legislativas mais recentes sobre esta questão que impõe a sua introdução na escola.

Antes do 25 de Abril (no âmbito da reforma Veiga Simão em 1973) foi formada uma “comissão sobre educação e sexualidade” da qual faziam parte técnicos de várias áreas com ideias liberais e que apelavam para a necessidade da Escola abordar questões ligadas à sexualidade. No entanto é rapidamente extinta pelo regime vivido em Portugal. Só em 1984 é que a educação sexual é reconhecida na lei a nível nacional. Através da Lei 3/84, o estado garantiu o direito à educação sexual como componente essencial da educação de base e tomou a responsabilidade de proteger a família, bem como de cooperar com ela na educação sexual dos filhos através da escola.

A Lei n 45/86 de 14 de Outubro introduz a Lei de Bases do Sistema Educativo – refere no nº 2 do seu artigo 47º, que os planos curriculares do ensino básico incluirão, em todos os ciclos e de forma adequada, uma área de formação pessoal e social que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde entre outros.

Em Maio de 1999, a Assembleia da República aprovou nova legislação sobre educação sexual – a lei 120/99 – que reafirma a necessidade de ser desenvolvido um programa de educação sexual nos ensinos básico e secundário e estabelece como áreas deste programa: informação sobre sexualidade humana, aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras DST, métodos contraceptivos e planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros.

Finalmente em Outubro de 2000 foi publicada a regulamentação desta legislação Decreto-Lei 259/2000. Este decreto vem afirmar que a aplicação das medidas previstas desta lei é da competência dos estabelecimentos de ensino e dos serviços de saúde podendo estes trabalhar em parceria. Este documento dá igualmente relevo a uma abordagem integrada e transversal da Educação Sexual, no envolvimento de alunos, encarregados de educação e associações e finalmente a formação de professores.

Por outro lado, salienta-se que em final de Outubro de 2000 foram lançadas pela Secretaria de Estado de Educação e Inovação as “Linhas Orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar”, publicação essa que contou com a participação do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Associação de Planeamento Familiar. Neste documento

encontramos algumas orientações relativas à implementação da educação sexual em meio escolar; a formação de professores e de outros profissionais de educação e a importância da articulação família/escola.

Por último, o decreto-lei 6/2001 estabelece as novas áreas curriculares. Quer a Área de Projecto, quer a Formação para a Cidadania, surgem como novas oportunidades para o cumprimento do disposto na Lei de Bases do Sistema Educativo, no que respeita ao papel da escola na formação pessoal e social das crianças e jovens.

No início de 2009 a Assembleia da República voltou a debater vários projectos de lei sobre a educação sexual estabelecendo a Lei 60/2009, que dispõe a obrigatoriedade da existência de programas regulares de educação sexual em todos os ciclos de ensino, com uma duração mínima de 6 horas nos 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, e com uma duração mínima de 12 horas no 3º Ciclo do Básico e no Ensino Secundário. Estes programas deverão acontecer preferencialmente nas áreas curriculares não disciplinares – Formação Cívica e Área de Projecto. A lei clarifica também a estrutura organizativa em que se deve basear a educação sexual nas escolas, assente numa equipa dinamizadora e nos gabinetes de educação para a saúde. Posteriormente, saiu a Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril que vem reforçar que:

- A educação sexual foi integrada por lei na educação para a saúde precisamente por obedecer ao mesmo conceito de abordagem com vista à promoção da saúde física, psicológica e social.
- A educação sexual deve ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa.
- A gestão curricular da educação sexual deve ser estabelecida pelo professor coordenador da educação para a saúde, em articulação com os directores de turma/coordenadora de 1º ciclo/professores titulares.
- No 1º ciclo o professor poderá desenvolver os temas no Estudo do Meio de acordo com os conteúdos programáticos ou a sua dinâmica de sala de aula.

- A carga horária deve ser distribuída de forma equilibrada pelos três períodos do ano lectivo (mínimo 6h para 1º ciclo)
- As actividades de Educação sexual estão disponíveis para consulta dos Encarregados de Educação na respectiva escola do aluno, através do professor titular de turma.

Portanto existe hoje um quadro político e legal, positivo e claro sobre Educação Sexual nas escolas, quer ao nível da legislação como das orientações técnicas.

Esta listagem de legislação deixa transparecer uma evolução conceptual. As sucessivas correcções demonstram ao mesmo tempo a preocupação dos legisladores e a complexidade e delicadeza destas questões atribuindo a sua importância aos números crescentes de adolescentes grávidas, doenças e interrupção voluntária da gravidez. Foram, pois, precisos 25 anos, para a educação sexual passar de uma mera intenção legislativa (Lei 3/84) para um quadro legal e normativo bastante mais claro, quer em termos dos objectivos e finalidades da educação sexual, quer em termos dos seus conteúdos mínimos, quer ainda na forma como as escolas se devem organizar para a promover.

APÊNDICE 2

Guião da entrevista semi-estruturada

Guião da entrevista semi-estruturada

Solicitar autorização para proceder à gravação áudio da entrevista.

Garantir a confidencialidade dos dados recolhidos e o acesso exclusivo, se desejado, aos conteúdos transcritos após a recolha áudio da entrevista.

Características (comportamento anterior)

1. Em anos anteriores tem englobado a educação sexual na planificação das suas aulas? Se sim, de que forma? Se não, porquê?
2. Conhece a legislação em vigor sobre a educação sexual em contexto escolar?
3. O que entende por educação sexual em contexto escolar para crianças do 1º CEB?

Comportamento específico (barreiras para a acção, sentimentos)

4. Que barreiras identifica à implementação de actividades sobre a temática?
5. Abordar a temática da educação sexual que sentimentos lhe causa?

Muito obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE 3

Cronograma

Cronograma

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

| 3 Semestre | Anos | 2011 | | | | | | | | | | | | 2012 | | | | | | | | | | | |
|--|--------|---------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|---------|---|----|----|-----------|----|----|-----|----|----|---|--|
| | Meses | Outubro | | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | Janeiro | | | | Fevereiro | | | Mar | | | | |
| | Dias | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 | 7 | 14 | 21 | 28 | 5 | 12 | 19 | 26 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 | 5 | |
| | | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 2 | 9 | |
| Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório | Escola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



- Diagnóstico de Situação
- Priorizar e Planear as Intervenções
- Intervenções de Enfermagem
- Avaliação
- Redacção do Relatório

APÊNDICE 4

Análise dos questionários aplicados

Frequência, em percentagem, com que as crianças, em cada ano de escolaridade, colocam as seguintes questões:

| Questões | 1º ano | | | | 2º ano | | | | 3º ano | | | | 4º ano | | | |
|---|--------|------|------|---|--------|------|------|---|--------|------|------|------|--------|------|------|------|
| | N | R | V | M | N | R | V | M | N | R | V | M | N | R | V | M |
| a) Como se fazem os bebés | 75 | 25 | 0 | 0 | 25 | 37,5 | 37,5 | 0 | 12,5 | 12,5 | 37,5 | 37,5 | 12,5 | 12,5 | 50 | 25 |
| b) Como nascem os bebés (parto) | 62,5 | 12,5 | 25,0 | 0 | 25 | 25 | 50 | 0 | 0 | 25 | 25 | 50 | 12,5 | 25 | 25 | 37,5 |
| c) Como crescem os bebés na barriga da mãe | 50 | 12,5 | 37,5 | 0 | 37,5 | 25 | 37,5 | 0 | 0 | 12,5 | 25 | 62,5 | 12,5 | 12,5 | 50 | 25 |
| d) Como se juntam as células sexuais (espermatozóide e óvulo) | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 | 75,0 | 12,5 | 12,5 | 0 | 12,5 | 12,5 | 37,5 | 37,5 | 12,5 | 12,5 | 62,5 | 12,5 |
| e) Como é que a "semente" passa de uma pessoa para a outra | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 50 | 50 | 0 | 0 | 25 | 12,5 | 50 | 12,5 | 25 | 12,5 | 62,5 | 0 |
| f) Que cuidados devem ter as grávidas | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 25 | 62,5 | 12,5 | 0 | 75 | 25 | 0 | 0 |
| g) Com que idade se pode ter filhos | 100 | 0 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 12,5 | 62,5 | 25 | 0 | 25 | 37,5 | 37,5 | 0 |
| h) Como se pode evitar ter filhos | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0,0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 |
| i) O que é sexo | 100 | 0 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 12,5 | 25 | 50 | 12,5 |
| j) Como se fazem relações sexuais | 100 | 0 | 0 | 0 | 75 | 25 | 0 | 0 | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 | 12,5 | 25 | 50 | 12,5 |
| l) Porque alguns bebés nascem deficientes | 100 | 0 | 0 | 0 | 75 | 25 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 25 | 37,5 | 37,5 | 0 |
| m) Questões relativas ao cordão umbilical (encontrar-se à volta do pescoço, ou como se corta) | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 25 | 25 | 50 | 0 | 50 | 25 | 25 | 0 |
| n) Raparigas perguntando sobre o período ou a menstruação | 100 | 0 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 50 | 37,5 | 12,5 | 0 | 12,5 | 12,5 | 37,5 | 37,5 |
| o) Rapazes perguntando sobre o período ou a menstruação | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 | 50 | 12,5 | 25 | 12,5 |
| p) Acerca das doenças sexualmente transmissíveis | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 |
| q) Como se faz para nascer menino ou menina | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 | 50 | 25 | 25 | 0 |

N = Nunca; R = Raramente; V= Às vezes; M= Muitas vezes

Percentagem, com que os professores já se depararam com as seguintes situações enumeradas na tabela seguinte:

| Questões | 1º ano | | | | 2º ano | | | | 3º ano | | | | 4º ano | | | |
|---|--------|------|------|------|--------|------|------|------|--------|------|------|------|--------|------|------|------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| a) Crianças desenhando órgãos genitais | 100 | 0 | 0 | 0 | 62,5 | 25,0 | 12,5 | 0 | 50,0 | 37,5 | 12,5 | 0 | 50 | 25 | 12,5 | 12,5 |
| b) Crianças moldando órgãos genitais com plasticina | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 0 | 12,5 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 0 | 0 | 12,5 |
| c) Crianças manipulando revistas pornográficas | 75 | 0 | 0 | 25 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 0 | 12,5 | 0 |
| d) Crianças falando sobre os (as) seus namorados (as) | 62,5 | 12,5 | 0 | 25 | 12,5 | 12,5 | 37,5 | 37,5 | 12,5 | 12,5 | 12,5 | 62,5 | 0 | 0 | 12,5 | 87,5 |
| e) Crianças beijando-se na boca | 87,5 | 0 | 0 | 12,5 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 37,5 | 37,5 | 12,5 | 12,5 | 37,5 | 37,5 | 0 | 25 |
| f) Crianças mostrando órgãos genitais a colegas | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 25 | 75 | 0 | 0 | 62,5 | 37,5 | 0 | 0 | 37,5 | 62,5 | 0 | 0 |
| g) Crianças masturbando-se na escola | 100 | 0 | 0 | 0 | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| h) Conhecimento que uma criança com NEE foi assediada sexualmente | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| i) Conhecimento que uma criança saudável foi assediada sexualmente | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 |
| j) Conhecimento que uma criança com NEE foi vítima de abuso sexual | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| l) Conhecimento que uma criança saudável foi vítima de abuso sexual | 100 | 0 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| m) Conhecimento de que crianças vêem filmes pornográficos com a família ou com amigos | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 62,5 | 25 | 12,5 | 0 |
| n) Crianças apalpando colegas | 75 | 0 | 12,5 | 12,5 | 50 | 37,5 | 12,5 | 0 | 25 | 50 | 25 | 0 | 12,5 | 25 | 37,5 | 25 |
| o) Criança com NEE observando colegas no wc | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| p) crianças saudáveis observando colegas no wc | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 |
| q) Outras situações relacionadas com a sexualidade | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 |

0= Nunca; 1= Pelo menos uma vez; 2= Duas a três vezes; 3= Mais de três vezes

Os resultados da análise descritiva representados nas tabelas anteriores, indicaram que as questões colocadas pelas crianças, relacionadas com a temática da educação sexual e a curiosidade que ela suscita, vão aumentando ao longo dos anos, sendo mais frequentes nas crianças do 3º e 4º anos. As questões que suscitam maior curiosidade são: como se fazem os bebés; como nascem os bebés (parto); como crescem os bebés na barriga da mãe, como se juntam as células sexuais (espermatozóide e óvulo); como é que a “semente” passa de uma pessoa para a outra. No 4º ano as crianças demonstram já preocupações relacionadas com o seu corpo, como por exemplo: raparigas perguntando sobre o período ou a menstruação e ainda sobre o que é o sexo e como se fazem relações sexuais.

Estes resultados foram transmitidos aos professores, para que tomassem conhecimento da realidade concreta onde estão inseridos.

Na figura 5, podemos observar que os professores colocam os pais como principais intervenientes na educação sexual das crianças, seguidos dos médicos e enfermeiros e dos psicólogos, colocando-se a si próprios em terceira linha. A intervenção por parte da igreja é posta quase de parte, o que faz entender que os professores entendem a educação sexual, não como uma ferramenta para a construção integral da criança, dos seus valores e dimensões afectivas, psicológicas e sociais mas limitam-na ao conceito sexual.

Para ultrapassar situações difíceis relacionadas com a educação sexual, os professores contam com a ajuda dos colegas e eventualmente do director da escola. O psicólogo escolar é também uma figura importante, tal como evidencia os dados da figura 6.

Por outro lado, na figura 7, pode ver-se que os professores consideram que a formação de professores para a educação sexual deve, essencialmente, ser em articulação com o desenvolvimento de processos de educação sexual na escola; apresentar todos os conteúdos teóricos a abordar em cada ano; apresentar os objectivos específicos a cada ano; preparar os professores para responderem naturalmente a questões imprevisíveis das crianças; ajudar os professores a identificarem e resolverem problemas de abusos sexuais; visar a elaboração de projectos educativos de educação sexual; ensinar a lidar com os pais sobre este tema; abordar a legislação sobre educação sexual.

Figura 5 - Opinião dos professores sobre qual deve ser o nível de participação na educação sexual das crianças, de cada um dos intervenientes:

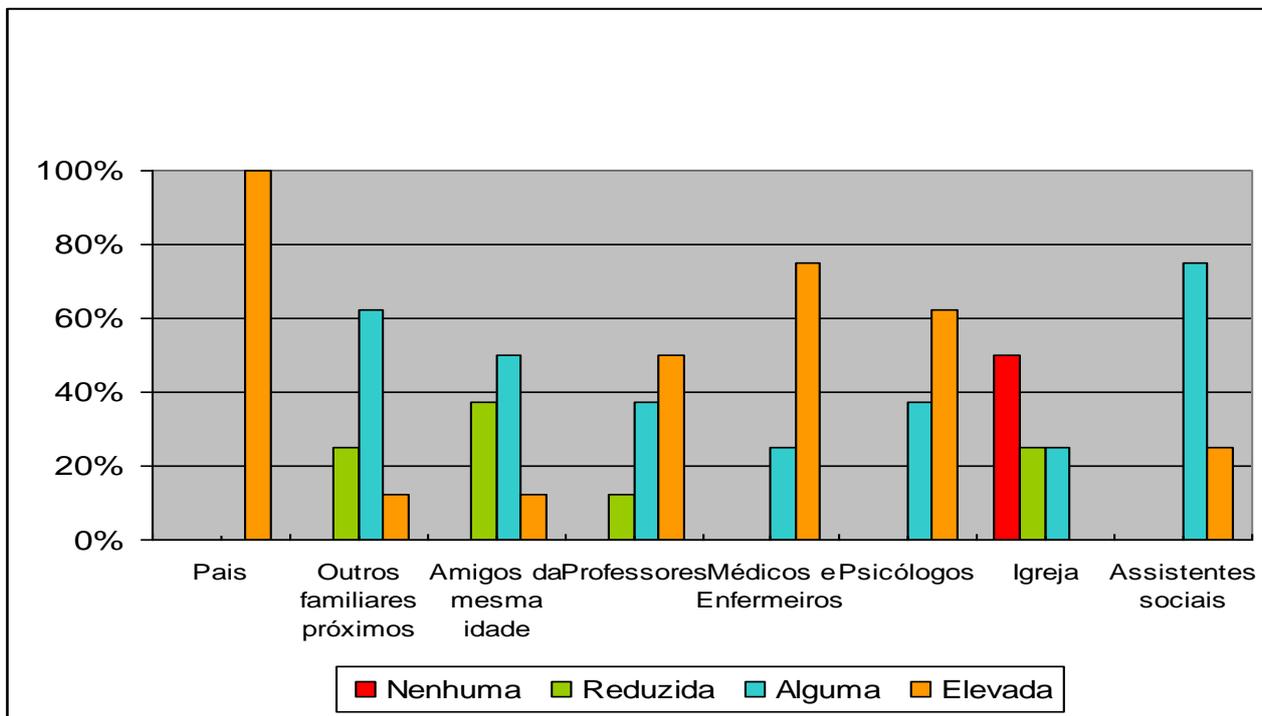


Figura 6 - Em caso de situações difíceis relacionadas com a educação sexual na escola, os professores contam com:

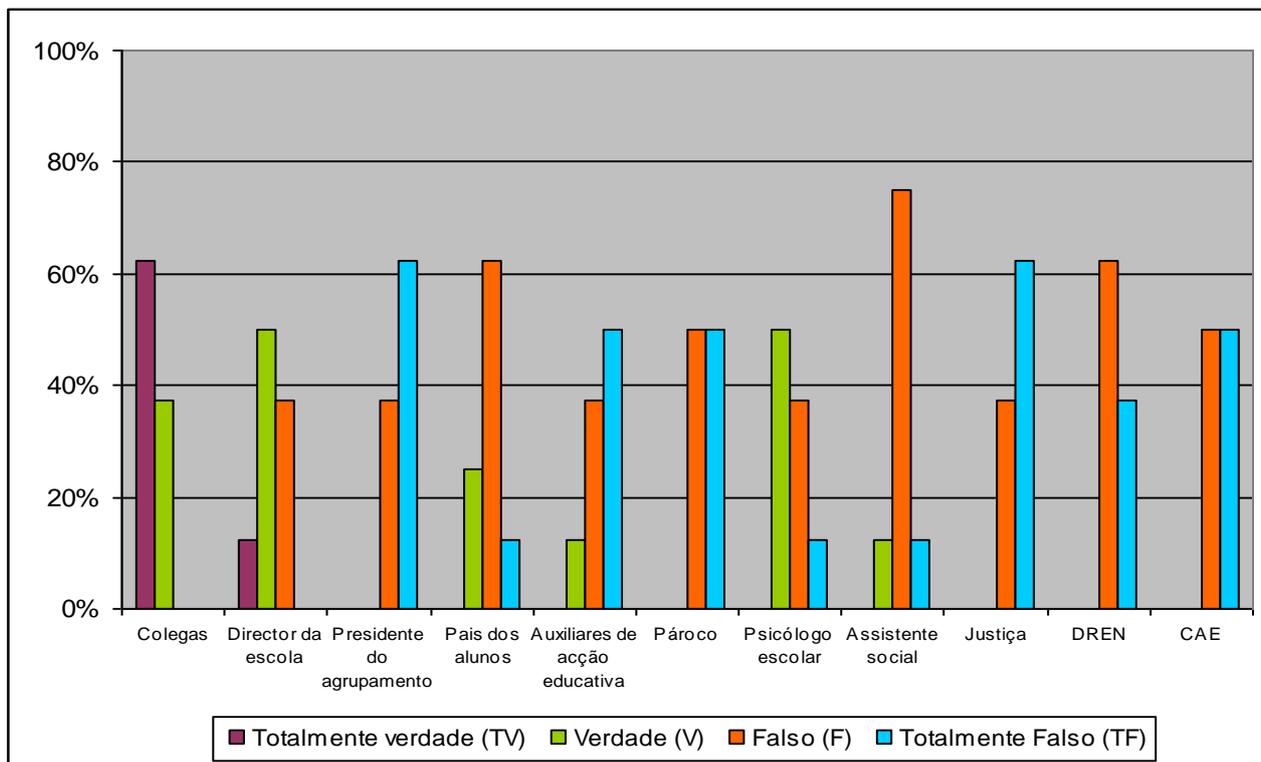
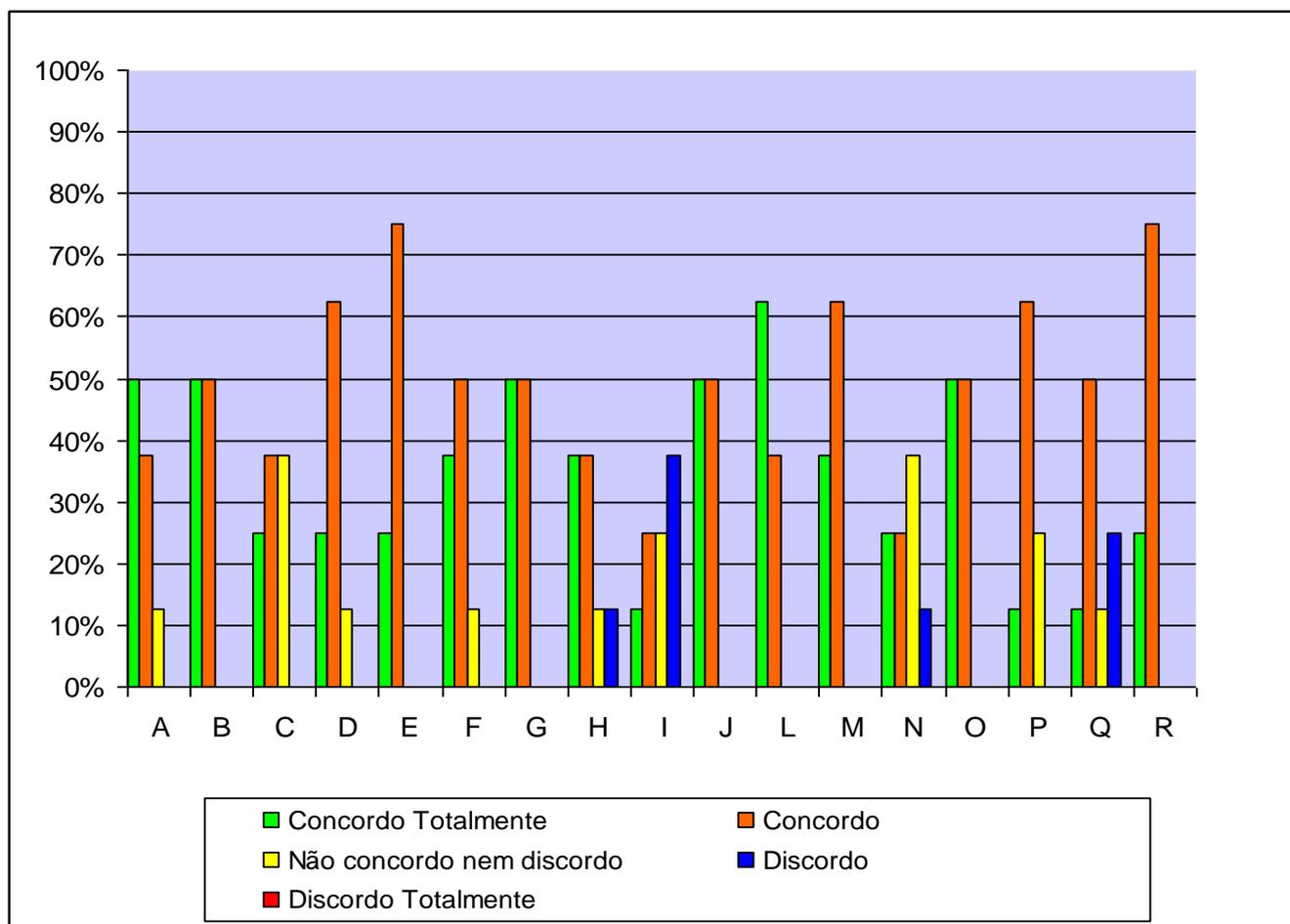


Figura 7 - A formação de professores para a educação sexual deve:



A= Dar preparação científica aos professores para leccionarem o que é necessário; B= Ser em articulação com o desenvolvimento de processos de educação sexual na escola; C= Ser feita por todos os professores; D= Apresentar todos os conteúdos teóricos a abordar em cada ano; E= Apresentar os objectivos específicos adequados a cada ano; F= Incluir a experimentação de metodologias a utilizar; G= Preparar os professores para responderem naturalmente a questões imprevisíveis das crianças; H= Incidir essencialmente nas questões afectivas; I= Incidir essencialmente no aparelho reprodutor; J= Preparar para trabalhar valores; L= Ajudar os professores a identificarem e resolverem problemas de abusos sexuais; M= Visar a elaboração de projectos educativos de educação sexual; N= Ser feita apenas por quem queira participar em programas de educação sexual na escola; O= Ensinar a lidar com os pais sobre este tema; P= Antecipar qualquer programa de educação sexual na escola; Q) Estimular os professores para a auto-formação em vez de lhes fornecer dados concretos; R) Abordar a legislação existente sobre educação sexual.

APÊNDICE 5

Análise de conteúdo das entrevistas

Análise de conteúdo das entrevistas

No quadro seguinte apresentam-se as categorias e somatório das unidades de quantificação, que traduzem o número de ocorrências para cada categoria. A cada categoria de análise corresponde um conjunto de unidades de registo, recolhidos no discurso dos professores, que contribuem para a compreensão do objecto de estudo.

| Categorias | Sub-categorias | Frequência | | Unidade de registo |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|--|
| | | Absoluta (n) | Relativa (%) | |
| Comportamento anterior | Tem englobado a educação sexual na planificação das aulas | 3 | 42,86% | P1E3 "Tal como perspectivado para o 1º ciclo há que ter em conta a vertente da educação sexual na planificação das aulas (...)" P2E6 "Sim. Valorizando aspectos relacionados com a educação sexual(...)" |
| | Não tem englobado a educação sexual na planificação das aulas | 4 | 57,14% | NP1E1 "(...) explicitamente planificar aulas de educação sexual, não." NP4E7 "Não faço nenhuma planificação específica. Abordo quando estão no programa de estudo do meio". |
| Legislação | Sim | 2 | 28,57% | L1E1 "conheço, (...) aborda vários aspectos não só ligados directamente a temas da sexualidade mas também a vivências sociais" |
| | Não | 5 | 71,43% | L2E2 "sei que existe mas o que refere ao certo não lhe sei dizer..." L3 E3 "sei que existe legislação que obriga a falar de educação sexual um x de horas por ano, mas não reparei se define os conteúdos!" L4 E4 "Não conheço muito bem, mas sei que existe." |

| | | | | |
|---|---|---|--------|---|
| Concepção Significação da temática Educação Sexual | Corpo | 5 | 71,43% | C1E2 "(...) a descoberta do corpo (...)" C2E4 "Conhecimento do corpo e suas transformações (...)" C3E7 " É essencialmente o conhecimento do corpo (...)" |
| | Noção de família | 3 | 42,86% | F1E3 "(...) cuidados com os recém-nascidos (...)" |
| | Diferenças entre rapazes e raparigas | 4 | 57,14% | D1E3 "(...) as questões relacionadas com os mecanismos básicos dos sistema reprodutor (...)" D4E7 "e as diferenças entre os géneros" |
| | Protecção do corpo e noção dos limites | 1 | 14,29% | L1E3 "a importância dos relacionamentos e o respeito mútuo" |
| | Afectos | 3 | 42,86% | A1E2 "(...) os sentimentos" A2E3 " (...) relações de afectividade" |
| Barreiras para a acção | Ausência de material de apoio pedagógico | 6 | 85,71% | Po1E1 "Poderá ser sim, devido às dúvidas e vazio metodológico" Po2E4 "O material ajudaria mais (...)" PoE7 "Sim, seria facilitador e vantajoso quer para os professores quer para os meninos (...)" |
| | Formação de Prof. | 3 | 42,86% | F1E5 "Sim, a falta de formação para docentes." |
| | Ausência de um grupo de trabalho multidisciplinar | 2 | 28,57% | G1E3 "Para uma abordagem mais alargada e mais específica destes assuntos deveriam ser criadas equipas multidisciplinares (psicólogos, enfermeiros, etc.)" |
| Sentimentos | Positivos | 2 | 28,57% | SP1E2 "Sentimentos de alegria e bem estar" SP2E3 "A questão da educação sexual deve ser encarada como qualquer outro tema" |
| | Negativos | 5 | 71,43% | SN1E1 "Algumas dúvidas mediante a forma do conteúdo" SN2E4 "Algumas dúvidas na forma como responder tendo em conta a faixa etária" SN4E7 "Desconforto em alguns temas" |

APÊNDICE 6

Priorização dos problemas

| Problemas | Crítérios | Recomendações |
|---|---|---------------|
| Sentimentos de insegurança relacionados com a abordagem da temática | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (-) Exequibilidade..... (+) | 3 |
| Conhecimento diminuído dos conteúdos obrigatórios para o 1º ciclo | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (+) Exequibilidade..... (+) | 1 |
| Falta de sensibilização para dar resposta à legislação | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (+) Exequibilidade..... (+) | 1 |
| Escassez de material de apoio pedagógico | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (+) Exequibilidade..... (+) | 1 |
| Receio da reacção e mentalidade dos alunos | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (-) Exequibilidade..... (-) | 4 |
| Receio da reacção e mentalidade dos pais | Importância do problema..... (+) Relação problema/Factores de risco..... (+) Capacidade técnica de intervir..... (-) Exequibilidade..... (-) | 4 |

Pineault e Daveluy (1986) in Tavares (1990, p. 89)

APÊNDICE 7

Plano operacional

| ACTIVIDADE | RECURSOS | QUANDO | ONDE | COMO | OBJECTIVOS | AVALIAÇÃO |
|--|---|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <p>1. Sessão de educação para a saúde em grupo dirigida à população definida para este projecto</p> | <p>Humanos: - Enfermeira Mestranda - Psicóloga</p> <p>Materiais: - Computador - Projector</p> | <p>5 de Janeiro de 2012</p> | <p>Sala de audiovisuais da escola</p> | <p>40 min de exposição em power-point</p> <p>20 min brainstorming com intervenção da psicóloga</p> | <p>Sensibilizar os professores para a importância da educação sexual em contexto escolar</p> <p>Fornecer feedback acerca dos resultados globais apurados da análise dos questionários:</p> <p>Esclarecer sobre legislação em vigor e conteúdos mínimos a abordar, realçando a temática afectiva e social</p> <p>Reflectir sobre objectivos preconizados para o 1º CEB</p> <p>Promover a partilha de experiências e emoções relacionadas com a temática da educação sexual</p> <p>Transmitir estratégias minimizadoras de situações embaraçosas</p> | <p>Serão apurados indicadores de adesão, de produtividade e de qualidade</p> |

| ACTIVIDADE | RECURSOS | QUANDO | ONDE | COMO | OBJECTIVOS | AVALIAÇÃO |
|---|--|--------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>2. Grupo de trabalho para elaboração de um portefólio sobre a temática da educação sexual</p> | <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Mestranda - Enfermeira da UCC - Professores <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kit de educação sexual para o 1º CEB da APF - Programa de Estudo do Meio - Impressora, folhas, dossier, separadores | <p>De 12 a 31 de Janeiro de 2012</p> | <p>Sala de Reunião dos Professores na Escola</p> | <p>Proporcionar diverso material de apoio pedagógico</p> <p>Orientar para a construção do portefólio</p> | <p>Criar ambiente facilitador para partilha de opiniões</p> <p>Seleccionar actividades para o portefólio</p> <p>Fomentar a participação activa de todos os professores presentes</p> <p>Motivar os professores para desenvolver actividades de educação sexual</p> <p>Contribuir para minimizar sentimentos de insegurança</p> | <p>Serão apurados indicadores de adesão e de produtividade</p> |

| ACTIVIDADE | RECURSOS | QUANDO | ONDE | COMO | OBJECTIVOS | AVALIAÇÃO |
|---|---|------------------------------|--|--|---|--|
| <p>3. Apresentação do portefólio construído</p> | <p>Humanos: - Enfermeira Mestranda - Enfermeira da UCC - Professores que participaram na construção do portefólio</p> <p>Materiais: - 2 Portefólios impressos</p> | <p>31 de Janeiro de 2012</p> | <p>Sala de Reunião dos Professores na Escola</p> | <p>Apresentação do portefólio pelo grupo de professores que participaram na sua construção</p> | <p>Envolver o grupo de professores sensibilizando-os para o seu papel de agentes promotores de projectos de educação para a saúde</p> <p>Motivar todos os professores para desenvolver actividades de educação sexual</p> <p>Contribuir para minimizar sentimentos de insegurança</p> | <p>Serão apurados indicadores de adesão e de qualidade</p> |

APÊNDICE 8

Sessão de educação para a saúde

A Educação Sexual no 1º Ciclo do Ensino Básico

Cláudia Isabel Borges Teixeira



Janeiro, 2012

Educação Sexual no 1º Ciclo do Ensino Básico

Trabalho realizado por:

Enª Cláudia Teixeira

Com a colaboração:

Drª Dulce Malia

Educação Sexual?!



Pertinência

A Educação Sexual encontra lugar no conceito de Promoção da Saúde, o qual conta já com duas décadas e emerge da Carta de Ottawa como sendo

"o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar".

Carta de Ottawa (1986, p. 1)

Pertinência

"As crianças necessitam de informação sobre sexo pelas mesmas razões que necessitam de informação sobre outras coisas pois faz parte da aprendizagem da vida".

(Botelho et al, 2009, p. 9)

A escola é "uma instituição em que o ser humano passa longa e importante etapa da sua vida"

(Aerts, 2004, p.1024)

Pertinência

"A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral (...)"

(Portugal, 2006, p. 5)

Anthony e Williams (1994) dizem que o papel do professor é o de complementar o conhecimento obtido em casa através de informação adicional no momento apropriado.

A Educação Sexual em Contexto Escolar

Uma Escola Promotora de Saúde "é uma escola que implementa planos estruturados e sistematizados tendo em conta o bem-estar e a saúde, um desenvolvimento social para os alunos, pessoal docente e não docente" (Portugal, 2009, p.1)

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) define quatro áreas prioritárias de intervenção:

- saúde individual e colectiva;
- inclusão escolar;
- ambiente escolar;
- estilos de vida.

Educação Sexual

A Educação Sexual em Contexto Escolar

A educação sexual pode ser definida como:

"um processo pelo qual os pais e os educadores se esforçam para informar e formar os educandos no campo da sexualidade, para que estes possam aceder ao total desenvolvimento do seu ser, como homens e como mulheres, de modo a que sejam capazes de viver como seres plenamente humanos na sua vida afectiva, pessoal e social, e, por sua vez, livres e responsáveis"

(Amor Pan, 1997, p. 300)

A Educação Sexual a Crianças do 1º CEB

Os comportamentos promotores de saúde são adquiridos mais facilmente na infância quando as rotinas e os hábitos se estão a formar.

O desenvolvimento de comportamentos saudáveis em crianças muito jovens é fundamental para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis na população total.

(Pender, Murdaugh e Parsons 2011, p. 307)

A Educação Sexual a Crianças do 1º CEB

O objectivo da Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras :

"contribuir para que as crianças construam o «eu da relação», através de um melhor conhecimento do seu corpo, da compreensão da sua origem, da valorização dos afectos e da reflexão crítica acerca dos papéis sociais de ambos os sexos"

(Marques e Prazeres, 2000, p. 66)

Objectivos da Educação Sexual para Crianças do 1º CEB (Marques e Prazeres, 2000)

"Aumentar e consolidar os seus conhecimentos acerca:

- Das diferentes componentes anatómicas do corpo humano, da sua originalidade em cada sexo e da sua evolução com a idade;
- Dos fenómenos de discriminação social baseada nos papéis de género;
- Dos mecanismos básicos da reprodução humana, compreendendo os elementos essenciais acerca da concepção, da gravidez e do parto;
- Dos cuidados necessários ao recém-nascido e à criança;
- Do significado afectivo e social da família, das diferentes relações de parentesco e da existência de vários modelos familiares;
- Da adequação dos diferentes contactos físicos nos diversos contextos de sociabilidade;
- Dos abusos sexuais e outros tipos de agressão."

Objectivos da Educação Sexual para Crianças do 1º CEB (Marques e Prazeres, 2000)

"Desenvolver atitudes:

- De aceitação das diferentes partes do corpo e da imagem corporal;
- De aceitação positiva da sua identidade sexual e da dos outros;
- De reflexão face a papéis de género;
- De reconhecimento da importância das relações afectivas na família;
- De valorização das relações de cooperação e interajuda;
- De aceitação do direito de cada pessoa a decidir sobre o seu próprio corpo."

Objectivos da Educação Sexual para Crianças do 1º CEB (Marques e Prazeres, 2000)

“Treinar e adquirir competências para:

- Expressar opiniões e sentimentos pessoais;
- Comunicar acerca de temas relacionados com a sexualidade;
- Cuidar, de modo autónomo, da higiene do seu corpo;
- Actuar de modo assertivo, nas diversas interacções sociais (com os familiares, amigos, colegas e desconhecidos);
- Adequar os contactos físicos aos diferentes contextos de sociabilidade;
- Identificar e adoptar respostas assertivas em situações de injustiça, abuso e perigo e saber procurar apoio, quando necessário.”

Legislação em vigor

- Lei nº 3 / 84 de 24 de Março – educação sexual e planeamento familiar
- Lei nº 120/99 de 11 de Agosto – reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva
- Decreto-Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro – promoção da educação sexual em meio escolar
- Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto – estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar
- **Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril – regulamenta a lei anterior**

Conteúdos Mínimos

Os objectivos preconizados devem ser operacionalizados tendo em conta os conteúdos mínimos no âmbito da educação sexual definidos na Portaria nº 196-A/2010, de 9 de Abril:

1º ciclo (1º ao 4º anos)

- Noção de corpo;
- O corpo em harmonia com a natureza e o seu ambiente social e cultural;
- Noção de família;
- Diferenças entre rapazes e raparigas;
- Protecção do corpo e noções dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

Perfil Desejável dos Professores

Segundo Dilys Went citado por Marques (2002, p.29)

- Genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros;
- Respeito pelas opiniões das outras pessoas;
- Atitude favorável ao envolvimento dos pais e encarregados de educação bem como outros agentes de educação;
- Compromisso de confidencialidade, sobre informações pessoais que possam ser lícitadas pelos alunos;
- Capacidade para reconhecer as situações que requerem a intervenção de outros profissionais/técnicos;
- Não atribuir «certos e errados»

Perfil Desejável dos Professores

Segundo Dilys Went citado por Marques (2002, p.29)

- Não emitir juízos de valor;
- Ser tão neutro quanto possível;
- Envolver as crianças no processo de ensino aprendizagem “planeando e avaliando”;
- Reconhecer a aprendizagem cognitiva bem como a afectiva (a aprendizagem ocorre através das relações interpessoais).
- Qualquer professor tem de ajudar os seus alunos a ler e a integrar o mundo onde vivem, a construir a autonomia e a gerir a relação destes com os complexos sistemas de valores que pautam as actuais sociedades democráticas.

Pais e Encarregados de Educação

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2006, p. 5) refere que “a família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral (...)”

A qualidade da educação para López (2002, p. 82), depende do envolvimento da família “a eficácia da educação escolar depende do grau de implicação, enfim, do grau de participação dos pais”.

O mesmo autor afirma que:

“além disso, não é possível enfrentar seriamente um tema de educação sem que as duas mais importantes instituições educacionais da sociedade actual, a família e a escola unam esforços em busca de objectivos e estratégias comuns”

(Lopez, 2002, p. 8)

Bibliografia

<http://www.dgs.pt>. Acesso a 20 de Outubro de 2011.

- IMPERATORI, E., GIRALDES, M. (1993) – Metodologia do planeamento em saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Obras Avulsas. ISBN 972-0-34203-X.
- KATZ, L. (1996) – Qualidade e Projecto na Educação Pré-Escolar. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. ISBN 972742113x.
- Kit Educação Sexual 1º Ciclo – Associação para o Planeamento da Família.
- LOBAO, A. (2007) – A Relevância da Educação Sexual no 1º Ciclo do Ensino Básico: Um Estudo de Caso. Porto: Universidade Portucalense. Tese de Mestrado.
- LÓPEZ, S. Educação na família e na escola: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola, 2002.
- MARQUES, A.; VILAR, D. e FORRETA, F. (2010) – Educação sexual no 1º ciclo: guia para professores e formadores. Texto Editores. Lisboa. ISBN 978-972-97-4364-6.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. ISBN 978-92-95094-35-2.
- PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn and Parsons, Mary (2002) – Health Promotion in Nursing Practice. 4ª Edição. Prentice Hall, New Jersey. ISBN 0-13-031950-3.
- PORTUGAL (2009) – Melhores Escolas, Escolas mais Saudáveis: Terceira conferência europeia de escolas promotoras de saúde. Ministério da Educação – DGIDC/NESASE.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar (2006) – Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS.
- REIS, M. e VILAR, D. (2006). Validity of a scale to measure teachers' attitudes towards sex education. Sex Education, Vol. 6, Nº 2, pp.185-192.
- TAVARES, A. (1950). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. (Coleções de Formação 2).
- WALKER, J. & MILTON, J. (2006). Teachers' and parents' roles in the sexuality education of primary school children: a comparison of experiences in Leeds, UK and Sydney, Australia. Sex Education, Vol. 6, Nº 4, pp. 415-428.
- WHO – Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization, 1986.

APÊNDICE 9

Portefólio



APÊNDICE 10

Questionários de avaliação das actividades

Sessão de educação para a saúde

1. Achou os conteúdos abordados importantes/úteis para a sua prática?

Nada Pouco Importante Muito Importante

2. Gostou da maneira como lhe foram transmitidos?

Não Sim

3. Há temas que gostaria de abordar e que não foram abordados?

Não Sim

Quais? _____

4. Considera que esta sessão alterou de algum modo a representação que tinha sobre a temática da educação sexual?

Não Sim

Porquê?

5. Ficou mais esclarecida sobre a legislação em vigor?

Não Sim

6. Acha que este tipo de sessões se deve repetir?

Não Sim

Obrigada pela colaboração

Educação Sexual no 1º Ciclo
Avaliação

1 Achou os conteúdos abordados importantes/úteis para a sua prática?

Nada Pouco Importante Muito Importante

2 Como classifica o portefólio quanto à sua organização e pertinência?

Coloque um círculo no valor desejado numa escala de 1 a 5 (**em que 1-mau e 5-muito bom**)

1 2 3 4 5

3 Sente-se motivado a desenvolver actividades relacionadas com a temática da educação sexual com as crianças?

Não Sim

4 Considera que a existência de um portefólio com materiais de apoio na escola sobre a temática, contribui para minimizar sentimentos de insegurança que possam existir?

Não Sim

5 De uma forma geral, como classifica o trabalho desenvolvido?

Coloque um círculo no valor desejado numa escala de 1 a 5 (**em que 1-mau e 5-muito bom**)

1 2 3 4 5

APÊNDICE 11

Indicadores de avaliação

Indicador de adesão

| Actividade | Objectivo | Indicador de avaliação | Resultado | Interpretação |
|--|---|--|---|---------------------|
| Sessão de educação para a saúde: Sexualidade e afectos | Que 75% dos professores compareça na sessão de educação para a saúde | Nº de professores presentes / Nº total de professores x 100 = 6 / 8 x 100 | 75% | Objectivo alcançado |
| Grupo de trabalho para elaboração de um portefólio sobre a temática da educação sexual | Que pelo menos um professor de cada ano de escolaridade participe na pesquisa de materiais de apoio | Nº de professores que pertenceram ao grupo de trabalho do 1º ano / Nº total de professores do 1º ano x 100 = 1 / 1 x 100 Nº de professores que pertenceram ao grupo de trabalho do 2º ano / Nº total de professores do 2º ano x 100 = 1 / 2 x 100 Nº de professores que pertenceram ao grupo de trabalho do 3º ano / Nº total de professores do 3º ano x 100 = 1 / 3 x 100 Nº de professores que pertenceram ao grupo de trabalho do 4º ano / Nº total de professores do 4º ano x 100 = 1 / 2 x 100 | 100% = 1 50% = 1 25% = 1 50% = 1 | Objectivo alcançado |
| Apresentação do portefólio construído | Que 100% dos professores assista à apresentação do portefólio | Nº de professores presentes / Nº total de professores x 100 = 8 / 8 x 100 | 100% | Objectivo alcançado |

Indicador de qualidade

| Actividade | Objectivos | Indicador de avaliação | Resultado | Interpretação |
|--|---|---|-----------|---------------------|
| Sessão de educação para a saúde: Sexualidade e afectos | Que 87,5% dos professores se afirme mais esclarecido sobre a legislação em vigor e seu conteúdo. | Nº de professores que se afirma mais esclarecido / Nº total de professores presentes na sessão x 100 = 6 / 6 x 100 | 100% | Objectivo alcançado |
| Apresentação do portefólio construído | Que 100% dos professores afirme sentir-se mais motivado para abordar a educação sexual com as crianças | Nº de professores que afirma sentir-se motivado / Nº total de professores presentes x 100 = 8 / 8 x 100 | 100% | Objectivo alcançado |
| | Que 75% dos professores afirme que existiu alteração da sua concepção acerca da temática da educação sexual | Nº de professores que afirmam existir alteração da concepção e diminuição de sentimentos de desconforto / Nº total de professores presentes x 100 = 7 / 8 x 100 | 87,5 % | Objectivo alcançado |
| | Que 75% dos professores se considere mais confiante e seguro | Nº de professores que se considera mais confiante e seguro / Nº total de professores x 100 = 7 / 8 x 100 | 87,5% | Objectivo alcançado |

Indicador de Produtividade

Nº de intervenções realizadas / Nº de intervenções programadas x 100 = 3 / 3 x 100 = 100%