

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**



**PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS NA ÁREA DA  
SEXUALIDADE**

**Teresa Alcaso  
Nº6090**

**Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Especialidade em Psicologia Clínica**

**2009**

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

**PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS NA ÁREA DA  
SEXUALIDADE**

**Teresa Alcaso**

**Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Especialidade em Psicologia Clínica**

**2009**

NOME: Maria Teresa Oliveira Alcaso

Nº ALUNO: 6090

CURSO: Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2008/2009

DATA: Abril de 2009

TÍTULO DO RELATÓRIO: Promoção de Competências Sociais na Área da Sexualidade

### RESUMO

Com a elaboração deste trabalho pretende-se descrever e comentar a aplicação de um programa de Promoção de Competências Sociais na área da Sexualidade a um grupo de jovens que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro e apresentam dificuldades a nível do relacionamento interpessoal.

Este programa visa promover competências pessoais e sociais nos jovens de forma a favorecer uma aceitação positiva da própria identidade sexual e a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias.

Após diagnóstico da situação local, verificou-se que parte das dificuldades de relacionamento apresentadas por estes jovens resultava da existência de um repertório de comportamentos sociais muito limitado. Assim, procurando incidir na aprendizagem social de cada indivíduo e no seu universo relacional, foi desenvolvido um programa com base nas seguintes propostas:

- Trabalhar competências de relacionamento interpessoal alternativas que lhes permitam o estabelecimento de relações satisfatórias;
- Optimizar a comunicação interpessoal verbal e não-verbal;
- Trabalhar a assertividade para que os jovens sejam capazes de manifestar comportamentos ajustados às situações;
- Treinar a resolução de problemas

O trabalho constará de uma primeira parte de enquadramento teórico e de uma segunda na qual é feita a descrição da aplicação do programa, da metodologia utilizada e das estratégias seguidas. Por fim proceder-se-á à análise dos resultados e respectivas conclusões. Os resultados obtidos demonstram que os jovens fizeram uma evolução extremamente positiva, mostrando-se capazes de desenvolver as suas capacidades de relacionamento interpessoal e utilizá-las em situações de vida real.

Key-words: adolescência; sexualidade; competências sociais

## Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico .....	3
Promoção da saúde.....	3
Intervenção Psicológica em Cuidados Saúde Primários .....	6
Adolescência .....	8
Educação sexual .....	11
Educação sexual/promoção de competências.....	16
Competências sociais.....	17
Aplicação do programa .....	24
Objectivos.....	25
Metodologia .....	26
Diagnóstico da situação.....	28
População alvo.....	29
Áreas temáticas.....	30
Áreas fortes/áreas fracas.....	31
Recursos .....	31
Estratégias.....	32
Implementação .....	33
Estrutura .....	34
Planeamento .....	34
Execução .....	34
Avaliação.....	35
Apresentação e discussão dos resultados.....	35
Conclusões .....	37
Bibliografia .....	40
Anexos .....	42

# INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objectivo apresentar um programa de Promoção de Competências Sociais na área da Sexualidade, o programa “Aprender a Ser e a Estar” realizado com um grupo de jovens que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro.

A Educação Sexual, entendida como uma vertente do processo global da educação, bem como uma das componentes da promoção da saúde representa uma das áreas em que a colaboração entre os sectores da educação e da saúde se torna indispensável. Nessa medida, trabalhar o tema da sexualidade em meio escolar torna-se cada vez mais pertinente, não só como meio de prevenção (gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, etc.) mas também como meio de promoção de um crescimento saudável e harmonioso.

Entendendo-se que o programa de Competências Sociais tem como objectivo “ajudar as crianças e adolescentes a desenvolverem as capacidades pessoais e relacionais, permitindo a cada indivíduo reflectir sobre o modo de se relacionar com os outros, encontrando alternativas adequadas à situação” (Matos M.e al., 1990), podemos dizer que a seguinte proposta visa a promover a educação para uma sexualidade saudável através do treino das capacidades de relacionamento social, num grupo de adolescentes que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro.

A aplicação de um programa específico de Competências Sociais surge como uma resposta estruturada e sistemática de modificação comportamental através da promoção de comportamentos sociais ajustados no intuito de prevenir situações de violência, indisciplina, agressividade e comportamentos de risco.

Assim, através de um conjunto de metodologias activas e utilizando exercícios de carácter essencialmente lúdico pretende-se facilitar nestes jovens o reconhecimento das suas capacidades e a possibilidade de as aplicar no seu relacionamento com o meio social envolvente (família, escola e grupo social).

Tendo em conta a individualidade de cada jovem pretende-se ajudá-lo na sua socialização proporcionando-lhe um trabalho de reflexão sobre o modo individual de se relacionar com o mundo físico e social, alargando o leque de comportamentos alternativos possíveis nos jovens implicados no programa.

O trabalho desenvolvido no Centro de Saúde de Rio de Mouro proporcionou-me o contacto permanente com grupos de adolescentes, quer ao nível da Saúde Escolar quer ao nível do Gabinete de Atendimento ao Adolescente, denominado “Vem daí”. Sendo uma experiência muito enriquecedora, torna-se necessário a procura de mais e melhores métodos e técnicas de trabalho, simultaneamente com a aquisição de novos instrumentos que me permitam alargar o meu repertório ao nível dos comportamentos sociais e da educação da sexualidade, de forma a ser capaz de uma intervenção directa com um grupo de adolescentes, incidindo na aprendizagem social de cada indivíduo e no seu universo relacional.

Numa primeira fase será feito um breve enquadramento teórico, com abordagem das seguintes temáticas: promoção da a saúde; intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários na prevenção e promoção da saúde; adolescência; educação sexual e competências sociais, ao que se seguirá uma descrição do programa proposto e realizado e por fim a avaliação e conclusão do trabalho e programa efectuado. Em anexos constarão algumas sessões realizadas, bem como os aspectos positivos e negativos nelas observados e exemplares dos instrumentos de avaliação utilizados.

# ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## Promoção da Saúde

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde, como “um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1993, p.5)

Assim a saúde é considerada como um direito fundamental e, conseqüentemente todas as pessoas devem ter acesso aos meios básicos para a saúde.

A Carta de Ottawa (OMS,1986), enfatiza alguns pré-requisitos para a saúde que incluem paz, meios económicos adequados, alimentação e abrigo, e um ecossistema estável e uso de meios sustentáveis.

Kickbusch (1986, citado por Ribeiro, 1998) considera as seguintes recomendações que reforçam a interdependência sistémica entre factores comportamentais, cognitivos, emocionais, culturais, sociais, económicos, etc., que os programas de promoção para a saúde devem espelhar.

- O estado de saúde das populações é resultado da privação e/ou excesso de recursos fundamentais à saúde;

- Os padrões comportamentais das populações resultam da selecção habitual de entre

um número de escolhas limitadas, e esses hábitos de escolha estão relacionados com:

- a) a percepção das opções disponíveis;
- b) crenças e expectativas desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo do tempo através da socialização, aprendizagem formal, e experiência imediata;

- As escolhas feitas pelos indivíduos num determinado momento relacionadas com a promoção ou prejuízo para a saúde são afectadas pelo esforço para maximizar os recursos mais valiosos e estão relacionadas com:

a) os recursos pessoais

b) os recursos sociais

- A educação para a saúde enquanto processo de ensino e de aprendizagem de informação relacionada com a saúde pode ter pouco impacto no comportamento e nas escolhas das pessoas que não percebem que têm à sua disposição maneiras alternativas de melhorar a saúde.

Entendendo-se que quase todos os comportamentos ou actividades de um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde. É importante distinguir entre comportamentos protectores, comportamentos que são adoptados propositadamente para promover ou proteger a saúde, de comportamentos de risco, comportamentos que podem ser adoptados indiferentemente das suas consequências para a saúde.

Matarazzo (1984, citado por Ogden,1999) definiu os comportamentos de saúde em termos de:

- Hábitos prejudiciais para a saúde – “comportamentos patogénicos”, como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, beber grandes quantidades de álcool;
- Comportamentos de protecção de saúde – “comportamento imunogénicos”, tais como lavar os dentes, usar cinto de segurança, procurar informações relacionadas com a saúde, realizar check-ups regulares, dormir um número adequado de horas por noite.

Os comportamentos de risco são por definição formas específicas de comportamento associadas com o aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à “doença-saúde (WHO,1998, citado por Nutbeam,1998). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como “perigosos” com base em dados sociais e epidemiológicos.

Dentro da ampla estrutura da promoção da saúde, os comportamentos de risco podem ser vistos como uma resposta, ou mecanismo para lidar com condições de vida adversas. Estratégias de resposta para alteração de comportamentos de risco incluem o desenvolvimento de competências devida, e a criação de mais envolvimento facilitadores da saúde (Nutbeam, 1998).

Os comportamentos de saúde e de risco estão frequentemente relacionados em grupos num padrão de comportamentos mais complexo referido como estilos de vida (Nutbeam, 1986).

O número de factores que ameaçam o ajustamento psico-social e comportamental das crianças e adolescentes, é conhecido como o efeito cumulativo dos factores de risco, e constitui um tema central recente na estudo da protecção da saúde. Aponta-se o número de quatro factores de risco como um número quase certamente associado a problemas de saúde psico-social ( GATES, 2007, citando, Forehand, Bigger & Kutchick, 2002; Werner & Smith, 2001).

Assim e segundo GATES (2007) para efeitos de intervenção na área da promoção da saúde nas escolas, temos a juntar aos já conhecidos conceitos de comportamentos de risco e de protecção duas ideias:

- 1) A necessidade de ter uma visão integrada do ajustamento psico-social da criança e do adolescente e de sermos capazes de mapear os “trunfos” pessoais para a saúde (incluindo aqui factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares) e centrarmo-nos preferencialmente em factores positivos e em comportamentos alternativos.
- 2) A necessidade de combater o efeito cumulativo dos factores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, actuando de modo articulado e integrado (incluindo factores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

Os programas de promoção da saúde incluem uma grande variedade de propostas para ajudar os indivíduos e grupos, incluindo conselhos, transmissão de conhecimento e treino de competências.

A promoção da saúde pode dirigir-se a vários tipos de agrupamentos de pessoas, individual, comunitária e social. Começa com pessoas que são basicamente saudáveis e procura aplicar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar as pessoas a desenvolver estilos de vida que mantenham ou exaltem o estado de bem-estar.

## Intervenção Psicológica em Cuidados de Saúde Primários na Prevenção e Promoção da Saúde

A Prevenção é um problema de todos

Era uma vez um grupo de pessoas que se chamavam:

Ninguém, Alguém, Não Importa Quem, Cada Um e Todos

Havia um trabalho importante a realizar e

Todos tinha a certeza que Alguém o realizaria.

Não Importa Quem poderia tê-lo realizado mas Ninguém não o quis realizar.

Alguém aborreceu-se porque se tratava de um trabalho de Todos.

Cada Um pensou que Não Importa Quem tê-lo poderia realizado,

Mas Ninguém não compreendeu que Todos o não realizaria.

Daí, Cada Um adomestou Alguém porque Ninguém não tinha feito o trabalho,

Que Não Importa Quem teria podido realizar...

Os Cuidados de saúde primários possuem como preocupação base o “bem-estar psicológico dos sujeitos e dos grupos sociais, nomeadamente em diferentes fases do ciclo da vida” (Trindade e Teixeira, 2000). Sendo assim, a intervenção psicológica, no desenvolvimento de projectos que visem a promoção e manutenção da saúde no seio da comunidade abrangida pelo centro de saúde, permite que também sejam levados em conta os factores psicológicos envolvidos na saúde e nas doenças.

A intervenção do psicólogo nesta área visa as actividades de saúde comunitária, desenvolvidas tanto pelo Centro de Saúde, como por organizações comunitárias ou autarquias locais, isto se os projectos em causa forem elaborados em colaboração com o Centro de Saúde.

A integração do psicólogo passará pela implementação de práticas de saúde, como a realização de “Acções de Educação para a Saúde e de Desenvolvimento Comunitário relacionadas com alimentação, prática de exercício físico, contracepção e planeamento familiar, tabaco, álcool e drogas, prevenção de acidentes/segurança no trabalho, etc” (Trindade e Teixeira, 2000).

A Educação para a Saúde é uma actividade planeada que beneficia uma abordagem multidisciplinar na qual a participação do psicólogo é essencial para a avaliação de comportamentos, para a análise dos possíveis programas de intervenção e para a implementação dos programas.

Segundo Schmidt (cit. Trindade e Teixeira, 2000), “é necessário promover uma abordagem psicológica dos problemas de saúde comunitária”, tanto no plano dos conteúdos, como no plano metodológico, abrangendo modelos teóricos e metodologias de avaliação e intervenção, acompanhados de estudos de psicoepidemiologia que permitam recolher dados sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde e aspirações dos indivíduos, grupos e população em geral.

A intervenção psicológica na Prevenção visa a participação em programas de saúde escolar, saúde oral, saúde materna, saúde infantil, saúde ocupacional, saúde dos idosos, tal como em programas de prevenção de doenças cardiovasculares, cancro e DST's, entre outros.

Assim sendo, ao psicólogo compete “fornecer as contribuições específicas da psicologia para as acções e projectos de prevenção, que considerem aspectos educacionais, cognitivos, comportamentais e de influência social e que permitam mudar crenças, alterar ilusões optimistas de controlo, desenvolver a assertividade e as expectativas de auto-eficiência, diminuir os obstáculos aos comportamentos preventivos, mudar normas de grupos, etc” (Trindade e Teixeira, 2000)

A sua participação em acções e projectos de prevenção, exige ao psicólogo que tome em consideração determinados aspectos:

1. A importância de proceder a uma avaliação prévia das necessidades do grupo-alvo e a uma avaliação dos resultados, nomeadamente introduzindo variáveis psicológicas que sejam pertinentes nessas avaliações.
2. A dinamização dos parceiros necessários ao desenvolvimento da participação comunitária nas acções e projectos de prevenção.
3. A credibilidade transmitidas pelos intervenientes junto do grupo-alvo.
4. A adequação do conteúdo das mensagens transmitidas face aos níveis de desenvolvimento psicológico dos receptores, com a inclusão de emoções que poderão servir de estímulo para a acção bem como de sugestões sobre formas de resolver problemas. (Trindade e Teixeira, 2000)

A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa. (Protocolo entre o ministério da educação e o ministério da saúde, 2005)

## **Adolescência**

A adolescência é um período de desenvolvimento com rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia (DiClemente, Hansen e Ponton,1996)

O contexto em que a adolescência se desenvolve, afecta o desenvolvimento e o comportamento do adolescente a nível da família, do grupo de pares, da escola ou do trabalho, assim como o seu próprio bem-estar a nível da saúde. ( Steinberg, 1985).

Esta etapa do desenvolvimento tem características próprias e tarefas bem definidas. Nela ocorrem alterações fundamentais de ordem biológica (início da puberdade), cognitiva (raciocínio mais elaborado) e social (transição para o desempenho de novos papéis).

São estes três aspectos que tornam a adolescência distinta dos outros períodos do ciclo de vida e lhe conferem um significado tão especial. Estes marcos são universais: sem excepção, todos os adolescentes em qualquer sociedade passam por eles.

As principais alterações biológicas da adolescência, que no conjunto são denominadas de puberdade, envolvem alterações importantes ao nível da aparência física que vão influenciar a auto-imagem.

Ao nível cognitivo, surge um pensamento mais elaborado com capacidade de formulação de conceitos abstractos e um raciocínio lógico.

A puberdade exerce um grande impacto no desenvolvimento psicológico do adolescente e na sua socialização. A nível social, assiste-se a uma mudança de estatuto, com novos direitos e privilégios, mas também novas responsabilidades.

Surgem preocupações ligadas com o corpo e a sexualidade. Assiste-se à procura de uma identidade e à construção da autonomia. Ocorrem alterações intrafamiliares importantes, nomeadamente a nível das regras e da comunicação, assim como modificações nas relações com os pares.

A influência cultural é aqui determinante, sendo este fenómeno nalgumas culturas assinalado por uma cerimónia formal (rito de passagem). Surge, assim, uma redefinição de capacidades e competências, o desempenho de novos papéis, uma alteração da auto-imagem e da relação

com os outros (família, escola, amigos) e uma confrontação com a necessidade de fazer opções.

O impacto psicológico das alterações biológicas, cognitivas e sociais difere de adolescente para adolescente e depende da relação entre essas alterações e o contexto em que são vividas. (Alvin, 1991).

A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representam desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde (Matos,1997)

Muitas das consequências adversas da saúde experienciadas pelos adolescentes são, dentro de um grande âmbito, o resultado de comportamentos de risco (Ginzberg,1991, citado por DiClemente, Nansen e Ponton,1996). Deste modo, eles são evitáveis.

Considerando que anteriormente as infecções eram a causa de uma grande parte de doenças e mortalidade, actualmente a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é o resultado dos estilos de vida praticados. A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores sociais, envolvimento e comportamentais (DiClemente, Hansen e Ponton,1996). Estes factores, que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados tais como o uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen e Ponton,1996; Lerner,1998)

O processo básico do desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que o jovem se encontra. Variações na existência e no ritmo dessas relações promovem uma grande diversidade na adolescência e representam factores de risco ou protectores através deste período de vida (Lerner, 1998; Matos, 1997)

A adolescência constitui para o jovem um tempo de incerteza, em que por um lado o jovem é já um adulto biológico, mas um dependente sob o ponto de vista sócio-cultural.

Ao passar da infância para a idade adulta, ele vai sentir-se fragilizado, e até um pouco perdido sendo-lhe difícil ligar a infância que viveu com segurança a uma fase posterior da vida que para ele é desconhecida.

Se por um lado tem que se confrontar com o seu corpo em transformação, ligadas ao aparecimento de características sexuais secundárias; tem também que renegociar a sua relação com a família que lhe transmite por vezes uma certa dualidade, se por um lado lhe exige como se fosse um adulto, por outro trata-o como uma criança; por último, mas não menos importante, tem ainda que remodelar a sua relação com os pares, nomeadamente no que respeita às relações sexuais.

Contudo dada a especificidade de cada adolescente, e constante mutação a que está sujeito mais do que “normalizá-lo” importa fundamentalmente ir ao seu encontro, compreendê-lo, ajudá-lo e aceitá-lo.

Nos nossos dias, adolescência é considerada um período de desenvolvimento muito importante, caracterizado, entre outros, por um gradual declínio do embate da influência dos pais e um paralelo aumento da influência da rede de pares.

Osborne (1975, citado por Neto 2004), refere que os pais que valorizam a autonomia e a disciplina no comportamento estimulam mais o desenvolvimento da confiança, da responsabilidade e da independência. Pais autoritários e que tendem à repressão, têm filhos adolescentes que provavelmente acabam por ser menos seguros, pensando e agindo pouco por si próprios. Pais que não oferecem a ajuda que o adolescente necessita, deixam que os filhos percam o caminho, não lhes oferecendo modelos de um comportamento adulto responsável (Neto, 2004).

As relações estabelecidas no interior da família podem favorecer ainda o aparecimento de comportamentos sociais desviantes quando os pais não organizam formalmente o desenvolvimento dos filhos, ou seja quando não se preocupam em mediatizar nos filhos o desenvolvimento de um conjunto de meios e aptidões que lhes permitam atingir um fim ou uma realização pessoal (Matos, 1998).

Segundo Coleman (in Meadows 1986, citado por Matos, 1998), embora o adolescente tenda a conformar-se às normas do grupo, mesmo às anti-sociais. Os valores da família continuam a ter influência, sendo os pais e os colegas os indivíduos mais importantes no universo relacional do adolescente (Ramos, 1979).

## Educação Sexual

“Haverá quem diga que, no capítulo da sexualidade, o conhecimento é algo que lhe retira o encanto; mas poderá haver também quem imagine que o conhecimento é que irá resolver esse problema. Porventura, nem lhe retira o encanto, nem a resolve como que por encanto... pode constituir um ingrediente extremamente importante para a elevação e enriquecimento da qualidade que nós pomos no modo de habitar o mundo, a história, a vida e a relação de uns com os outros.”

J. Barata Moura, Op. Cit.

Entendemos a sexualidade como uma dimensão da identidade pessoal e do relacionamento humano que vai evoluindo no contexto do nosso desenvolvimento global e que se expressa de diferentes formas nas várias etapas do ciclo de vida, atravessando períodos de evolução brusca e acelerada, nomeadamente durante a adolescência (López & Fuertes, 1999).

A sexualidade, entendida no seu sentido mais lato e como realidade complexa, precisa de ser conceptualizada de forma holística, porque multideterminada e multidimensional, na qual para além da dimensão biológico-reprodutiva também se inscrevem as dimensões psico-afectiva, relacional, sociocultural e ética.

Sendo assim e por consequência, para garantir que a Educação Sexual seja coerente com a complexidade e riqueza dos seres humanos e, logo, com a sua sexualidade, é necessário que os

conteúdos as estratégias e as finalidades, sejam também alargados e complexificados (Frade e tal,1992;Marques,1997)

Não se resumindo à explicação acerca do corpo e dos fenómenos directamente relacionados com a reprodução, a Educação Sexual tem, portanto, de *“apoiar-se numa concepção ampla da sexualidade, que faça justiça ao ser humano na sua globalidade, entendida em termos de relação”* (Amor Pan,1997;p.306).

Hoje, admitimos que a sexualidade se manifesta desde o início da vida e que se desenvolve, acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo e integrada no seu bem-estar biopsicossocial (López & Fuertes, 1999). Sabemos que independentemente do ciclo de vida em que estejamos, somos sexuados e temos manifestações e interesses sexuais. Sabemos igualmente 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 (Félix,1995).

Existem dois processos básicos que condicionam a sexualidade infantil e, em muitos casos, a sexualidade adolescente e adulta. Falamos dos processos de vinculação afectiva e dos processos de aquisição da identidade sexual e do papel de género.

A sexualidade é também uma das características humanas mais determinadas e moldadas pelo processo de socialização, é o resultado de um processo contínuo de aprendizagens, interações e reflexões realizado em todas as fases do ciclo de vida e contextos sociais de aprendizagem formal e informal (Marques e col.,2000).

Compreender a nossa própria sexualidade e a dos outros constitui um aspecto de vida de tal modo importante que é inconcebível que o seu conhecimento seja deixado ao acaso. Assim, a Educação Sexual deve ser um conjunto de actividades, formais e informais, que ajudem as pessoas a encarar a sexualidade como uma componente do seu corpo, das suas vidas, das relações que estabelecem, a escolherem os seus caminhos de uma forma informada e consciente e contribuirá assim para a formação de cidadãos mais conscientes, mais responsáveis e mais felizes.

A sexualidade infantil e a sexualidade adolescente são importantes etapas preparatórias para a construção da sexualidade adulta. Embora todos nasçamos equipados para o sexo dada a existência de órgãos específicos, a sexualidade é um processo de maturação física e psicológica, que se organiza a partir de uma evolução interna e é construído na relação com os elementos significativos do universo relacional de cada indivíduo.

Os primórdios da sexualidade humana encontram-se na relação precoce entre a mãe e o bebé. O prazer desse encontro e dessa satisfação recíproca molda a tonalidade afectiva da criança e tem repercussão no seu evoluir sexual. (GTES, 2007)

Durante o período intra-uterino, o feto humano é já alvo de mensagens conscientes e inconscientes do pai e da mãe no sentido da sua definição como sendo género masculino ou feminino, definição que se intensificará após o parto. A primeira fase é marcada pelo prazer oral, seguindo-se a fase genital precoce, entre o ano e meio e os três anos, na qual a criança distingue os sexos e se define como um ser sexuado. Descobre o prazer da presença do contacto corporal com os pais, seguindo-se a satisfação e estimulação de órgão ou da zona produtora de prazer, ao mesmo tempo que intui a possibilidade de ter um bebé como os pais.

Entre os três e os seis anos, a criança, vai construir a sua identidade sexual por identificação ao modelo escolhido, esta fase é designada por fase edipiana ou fase genital infantil. Neste período, o prazer está sobretudo ligado ao facto de ser reconhecido como um rapaz ou rapariga competente, sobretudo pelo progenitor do mesmo sexo.

Cerca dos seis anos até ao início da adolescência, definido pelo aparecimento da puberdade, dá-se o período de latência, em que a identidade sexual se afirma e consolida pela aprendizagem dos papéis sexuais de homem e mulher, tal como surgem na família e na escola (GETS, 2007).

**Na puberdade assiste-se frequentemente ao aparecimento de sentimentos mais ou menos novos de pudor e vergonha face ao corpo. Estes jovens formam muitas vezes grupos mono sexuais nos quais se processa um jogo ambivalente de provocação e sedução entre rapazes e raparigas, de paixões escondidas por um aparente afastamento, desdém e troça. Posteriormente todos estes sentimentos se acentuam, misturados com as transformações biológicas e emocionais de puberdade, como o aparecimento da menstruação, das primeiras ejaculações, do crescimento físico e de um acentuado aumento do desejo sexual e das sensações**

eróticas. Começa-se a quebrar a mono sexualidade e as paixões antes escondidas começam a ser declaradas e algumas a concretizar-se nas primeiras relações amorosas. Muitos jovens começam a experimentar os sucessos, insucessos e dificuldades na esfera amorosa, assim como podem consolidar positiva ou negativamente a auto-estima e a auto-confiança.

A actvidade masturbatória passa a constituir uma prática frequente. Também a relação com os adultos significativos se vai modificando como necessidade de conquista de cada vez mais autonomia. Por último há um aumento da ocorrência do relacionamento amoroso e sexual que anteriormente se caracterizava mais frequentemente pela masturbação e carícias mútuas sem penetração.

A sexualidade progride assim de experiências de auto-erotismo para interacções de carícias e beijos com colegas e amigos.

A experiência da primeira relação sexual com penetração constitui em importante ritual de passagem para ambos os sexos e tende a ocorrer primeiro nos rapazes. A pressão dos pares e as tensões e impulsos sexuais sentidos pelos adolescentes são importantes para o começo da vida sexual, mas as atitudes dos pais e educadores são fundamentais, sendo que uma informação criteriosa e uma disponibilidade incondicional para ouvir devem ser a regra (GETS, 2007).

Há também que salientar a existência de diferenças de género, os rapazes inquietam-se mais com a sua capacidade de desempenho, sobretudo no que se relaciona com o controlo ejaculatório e com a ideia que a rapariga poderá fazer sobre o que se passou e ainda com a ideia que os outros rapazes poderão fazer da sua masculinidade. As raparigas preocupam-se mais com questões relacionadas com a perda da virgindade, esta por sua vez está relacionada com questões culturais e familiares e com o risco de gravidez não desejada.

Estas vivências da sexualidade são muitas vezes pautadas pelas sensações de experimentação e risco o que pode dificultar em alguns casos a adopção de práticas preventivas.

**A forma como a criança viveu a infância e a maneira como os pais (ou substitutos parentais) lidaram com as questões relacionadas com a sexualidade surgidas nesse período, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência.**

Segundo Sadock (2005) a sexualidade depende de quatro factores psicossociais: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.

A identidade sexual define-se como sendo o padrão definido pelas características biológicas e sexuais, que formam um conjunto coerente: através dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários, na grande maioria dos casos o indivíduo não tem dúvidas acerca do seu sexo, existindo contudo casos em que poderão ocorrer certas vicissitudes que necessitem de abordagem especializada.

A identidade de género relaciona-se com o sentido de ser masculina ou feminina e estabelece-se muito precocemente, cerca dos 2 ou 3 anos.

A orientação sexual descreve o objecto dos impulsos sexuais: heterossexual, homossexual ou bissexual. Este factor poderá desencadear dúvidas transitórias na puberdade e adolescência até que se consolide.

O comportamento sexual inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e todas as tentativas de obter satisfação ao nível das necessidades sexuais.

Na área da saúde escolar compete aos técnicos de saúde em estreita colaboração com os professores e familiares, a promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens.

Sendo a Educação Sexual uma componente do processo educativo global com implicações na realização individual e no relacionamento interpessoal de cada um, estão implícitos um conjunto de valores pessoais, familiares e culturais:

- O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual.

- O reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação, e uma componente de realização pessoal e das relações interpessoais.

- O respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas.
- A promoção da igualdade de direitos e de oportunidades entre homens e mulheres.
- A promoção da saúde dos indivíduos e dos casais nas esferas sexuais e reprodutiva.
- O reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis
- O reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida.
- A recusa de expressões da sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou relações pessoais de dominação e de exploração.

O Protocolo celebrado entre os Ministérios da Educação e da Saúde em Fevereiro de 2006, veio viabilizar a articulação necessária entre a escola (através dos seus agrupamentos escolares) e a saúde (através dos Centros de Saúde). Segundo este Protocolo

“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.” (protocolo entre ministério da educação e ministério da saúde, 2006).

O grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES), definiu no seu Relatório Preliminar, a Educação Sexual como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Estabelecendo como objectivos:

- ✚ O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- ✚ A melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais;

- ✚ A redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✚ A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais. A longo prazo, deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida. (GTES, 2005)

O objectivo principal da Educação Sexual é favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias.

“Estabelecer relações afectivas satisfatórias, expressando livremente os próprios sentimentos, assim como desenvolver atitudes de ajuda e colaboração mútua e de respeito pelas diferenças individuais”

Tem como objectivo ajudar os jovens a tomar decisões responsáveis no que respeita às relações que têm com os outros, o que implica ajudar os jovens a desenvolver um sentido positivo de si próprios, aumentando a sua auto-estima e trabalhando assertividade, a expressão de ideias e sentimentos próprios, a tomada de decisões e o respeito pelos outros.

## **Educação Sexual/Promoção de Competências Sociais**

Segundo GETS (Grupo de Trabalho de Educação Sexual) no seu relatório final de 2007, o conceito actual de saúde preconiza a integração de intervenções preventivas globais, através da promoção de competências pessoais e sociais para a saúde.

A Educação Sexual passa a fazer parte da Educação para a Saúde, sendo mesmo definida como uma das áreas prioritárias.

Entendendo-se que a Educação Sexual, também designada de Educação para a Sexualidade é o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual, a Promoção de Competências de Relacionamento Interpessoal adquire um papel fundamental, uma vez que permite o desenvolvimento de competências nos

jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas, conscientes e seguras na área da sexualidade.

Embora a informação sobre a sexualidade seja uma vertente essencial na Educação Sexual, ela não é de forma alguma suficiente.” Para que os programas sejam eficazes, é necessário que os jovens possam adquirir competências nesta área, em muitos casos idênticas às que necessitam para a vida: A Educação Sexual é, por isso e acima de tudo, uma questão de educação. Deve promover, numa perspectiva de educação global do indivíduo, a capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões, ou de destacar a informação pertinente”.(GTES,2005).

A responsabilidade no âmbito da vivência sexual tem de ser evidenciada no campo pedagógico e nos relacionamentos interpessoais na escola: para além da informação prestada é necessário abordar afectividade como uma das componentes essenciais para uma sexualidade responsável (GTES,2007).

Implicando ainda o respeito e compreensão pelas diversas perspectivas sociais e morais existentes, resultantes da multiplicidade de culturas com que convivemos.

O grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES), definiu no seu Relatório Preliminar, a Educação Sexual como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Estabelecendo como objectivos:

- ✚ O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- ✚ A melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais;
- ✚ A redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✚ A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais. A longo prazo, deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida. (GTES, 2005)

A Educação Sexual deverá ainda constituir para os jovens uma oportunidade de compreender a dimensão afectiva da sexualidade, ajudando-os a compreender as emoções, os sentimentos e as decisões envolvidas no comportamento sexual

Preconiza-se assim que estas intervenções actuem através da promoção de competências pessoais e sociais para a saúde. Deste modo a educação sexual aparece claramente integrada numa dinâmica promotora da saúde, sugerindo uma abordagem integrada numa perspectiva mais abrangente da educação para a saúde. (GTES,2005).

## **Competências Sociais**

**Segundo Matos (1998) a Competência social traduz-se, numa avaliação de um comportamento social enquanto comportamento adequado a circunstâncias determinadas. Assim e dependendo das situações o mesmo comportamento social pode ser considerado adequado ou inadequado a determinada circunstância, estando dependente de variáveis como quem, faz o quê, com quem, como e em que contexto, com que finalidade, com que resultado, entendendo-se que os padrões de relacionamento interpessoal variam de forma inter-cultural e intra-cultural, com a idade, sexo, estatuto socio-económico e educação.**

**Entendendo-se por comportamento social, num sentido lato, um conjunto de acções, atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta em relação à comunidade, aos indivíduos com que interage e a ele próprio. Sendo a qualidade desta interacção resultante da conjugação de dados inatos com os processos de socialização.**

**O conceito de Competência social é contudo um conceito difícil de definir, uma vez que vários autores sublinham componentes diferentes:**

**Em certos autores, surge-nos como sinónimo de afirmação de si, (Boisvert e Beaudry 1983, in, Matos,1998), segundo estes autores uma definição de competência social deverá ter em conta : comportamentos observáveis e aspectos cognitivos, bem como as consequências de tais comportamentos sobre o envolvimento social, noutros aparece-nos como sinónimo de assertividade ou asserção (Gosalves, Chabrol, Moron 1984).**

Para Caballo (1987) a Competência social é o conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo, num contexto interpessoal, que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões, direitos, de um modo adequado à situação, respeitando as condutas dos demais, e que, geralmente, resolva os problemas imediatos, minimizando a probabilidade de futuros problemas.

Hops e Greenwood (1988, cit. Matos, 1998) e Hops (1983, in, Matos, 1998) propõem considerar-se Habilidades sociais, os comportamentos observáveis relacionados com a possibilidade de estabelecer com os outros relações gratificantes, e Competência social o juízo de valor sobre o comportamento social do indivíduo. Ainda estes autores defendem que a falta de Competência social ocasiona dificuldades de relacionamento interpessoal e provém de uma deficiência/falha no repertório comportamental do indivíduo.

Spence (1981) define Habilidades Sociais, como um repertório de respostas básicas e estratégias de resposta, específicas em função de cada situação, que permite ao indivíduo obter resultados positivos de uma interacção social, de forma socialmente aceitável e de que não resultem danos para terceiros. Neste contexto, as carências de Habilidades sociais provocam dificuldades em situações de interacção social como, por exemplo, estabelecer novas amizades, aceitar críticas, lidar com provocações, pedir ajuda, resistir à pressão dos pares, lidar com a política.

Spence (1981) frisa que jovens com Habilidades sociais deficientes, têm dificuldades em encontrar e aproveitar oportunidades sociais, o que pode levar não só à delinquência, como ao desajustamento escolar, desmotivação em aprender, e abandono escolar.

Caballo (1987) descreve tipos de competências sociais como o dar e aceitar elogios, o expressar afecto, o iniciar e manter conversas, o defender direitos, o expressar opiniões incluindo o desacordo e

desagrado, o desculpar-se, o lidar com críticas. Estas competências sociais incluem ainda, para além do aspecto comportamental aberto, variáveis cognitivas, tais como a capacidade de transformar e empregar a informação, o conhecimento de comportamentos socialmente competentes, o conhecer as posturas sociais, o conhecer os diferentes tipos de resposta, o ser capaz de tomar o lugar do outro, a capacidade de identificar e resolver problemas sociais, o possuir estratégias que lhes permitam analisar o comportamento social dos outros.

Cavell (1990), por seu lado, sublinha que um indivíduo não competente socialmente pode ter um vasto repertório de competências sociais.

Podendo ser que sejam os objectivos sociais que sejam desadequados, como, por exemplo:

- no caso da delinquência qualificada;
- na falta de incentivo para procurar alternativas;
- na indiferença emocional.

Cavell propõe diferenciar na noção de competência social:

- o ajustamento social, que inclui o estatuto e equilíbrio escolar, social e familiar;
- o desempenho social, que tem a ver com o impacto do comportamento social do indivíduo nos outros, e é função de critérios de oportunidades e dos juízos de valor habituais na comunidade, e, por fim,
- as habilidades sociais que incluem respostas sociais simples.

As Habilidades sociais devem permitir relações interpessoais satisfatórias para todas as pessoas implicadas, tendo em consideração, na sua definição, os comportamentos, os sujeitos e as situações no interior de cada cultura.

**A Competência social é, pois, também dependente de factores como a idade e capacidade de compreensão das situações de relacionamento interpessoal (Caballo 1987).**

Comunicação Verbal e Não Verbal

**Segundo Matos (1998), o comportamento verbal e não verbal são meios de comunicação interpessoal e ambos incluem elementos básicos na habilidade social.**

**A Comunicação Não Verbal é, sem dúvida, inevitável para o relacionamento e desenvolvimento interpessoal. Para comunicar adequadamente com o outro de forma a estabelecer relações pessoais gratificantes, não basta saber o que diz. É necessário saber também como o fazer (Boisvert, Beaudry, 1979).**

**Os componentes não verbais da comunicação são aqueles que, dando sentido às componentes verbais da comunicação, nos situam melhor no contexto e são-nos transmitidos por:**

- **gestos - a gesticulação pode ser reflexo de diversos estados de espírito;**
- **posturas - através destas podemos transmitir emoções e sentimentos de grande importância quando se tenta comunicar, adquirindo particular relevo no início de uma conversa ou no estabelecimento de primeiros contactos;**
- **expressões - a fonte mais importante para a transmissão de sentimentos é a expressão facial, assumindo um papel importante na interacção social, acompanhando e reformando o discurso verbal, revelando também o estado emocional do interlocutor;**
- **espaço interpessoal – depende do tipo de interacção social e pode transmitir sentimentos bem como a proximidade entre as pessoas;**
- **contacto visual – é uma importante fonte de informação sobre a atenção auditiva e o interesse no que o outro está a dizer;**

- **aparência física – dá-nos a primeira impressão acerca do indivíduo: o seu estatuto, poder atractivo, estilo, gosto, personalidade, sexualidade, idade, bem como o seu grau de conformidade com as normas, inclui aspectos como: o vestuário, o cabelo, a higiene aparente, etc.**
- **sorriso – comunica simpatia e agrado em relação ao outro, enquadrado na expressão facial, integra uma das seis expressões de emoções: a alegria (Matos, 1993);**
- **voz – fazendo parte das componentes para linguísticas da comunicação, as características da voz, tais como: o volume, o tom, a clareza, o ênfase, a fluidez, as pausas, as oscilações são muitas vezes determinantes na qualidade e percepção desta;**
- **movimentos da cabeça – especialmente importante para a audição, transmitem interesse na comunicação.**

**Estes componentes permitem-nos ainda aprender as atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta, não só relativamente ao meio que o rodeia, como acerca daqueles com quem estabelece interacções.**

#### **A Assertividade**

**A assertividade é “... um comportamento que habilita o indivíduo a ir em seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva, expressa os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazer valer os seus direitos sem negar os direitos dos outros”. ( Alberti e Ermmons, 1974; in Matos, 1993).**

**Para Galassi e Galassi (1977 in Silva 1985, in Matos 1998), a assertividade envolve a comunicação directa das necessidades, vontades e opiniões do próprio, sem punir, ameaçar ou humilhar o interlocutor, defender os seus direitos sem violar os dos outros e sem manifestar receio indevido.**

**Segundo Caballo (1982), o conceito assertividade, engloba as quatro dimensões propostas por Lazarus (1973, in Matos 1998):**

- **capacidade de dizer NÃO,**

- capacidade de pedir ou fazer favores,
- capacidade de expressar sentimentos positivos e negativos,
- capacidade para iniciar, manter e terminar conversas gerais.

Ao nível dos comportamentos não assertivos podemos encontrar os comportamentos agressivos e os comportamentos inibidos.

O comportamento agressivo envolve uma expressão emocionalmente inadequada entre dois indivíduos ou grupos (Matos, 1998). No indivíduo agressivo observa-se uma violação dos direitos do outro.

Para Jakubowski e Lange (1980), o comportamento agressivo, resulta geralmente:

- de uma sensação de ameaça e impotência;
- como consequência de comportamentos inibidos anteriores, nos quais os seus direitos foram violados;
- em virtude deste comportamento ter sido adoptado por pessoas com quem o indivíduo se relaciona ou se relacionou e que lhe são significativas;
- por crer que este comportamento é a forma mais eficaz de se relacionar com os outros;

Relativamente ao comportamento não verbal, o sujeito agressivo é caracterizado por manifestar:

- contacto visual directo, insisivo e persistente;
- uma voz estridente, num tom alto e sarcástico, pretendendo parecer ameaçador;
- postura tensa e altiva;
- espaço interpessoal reduzido

Por parte do indivíduo inibido verifica-se uma falta de respeito pelas suas próprias, necessidades o que dificilmente lhe permite tomar iniciativas, realizar o que pretende e atender aos seus fins pessoais.

As principais causas do comportamento inibido, (Jakubowski e Lange, 1980), relacionam-se, com o não entendimento por parte do indivíduo da diferença entre assertividade e agressividade; assertividade e delicadeza; com a não aceitação dos seus direitos pessoais, como seus; com a sensação de ansiedade perante as consequências da sua assertividade.

O sujeito inibido apresenta frequentemente como comportamentos não verbais:

- contacto visual evasivo; gestos nervosos; ombros encolhidos; linguagem hesitante.

Assim, temos que comportamentos sociais aparentemente opostos, como a inibição e a agressividade reflectem uma dificuldade de relacionamento com os outros, gerando por vezes conflitos (Matos, 1998).

### Resolução de Problemas

No nosso quotidiano confrontamo-nos por vezes com situações que exigem uma decisão adequada, anterior a uma acção adaptada. Alguns indivíduos confrontados com uma situação de escolha, de tomada de decisão, mostram-se incapazes de agir ou, pelo contrário, agem de um modo irreflectido, impulsivo (Fontaine, 1987, in Matos 1998).

Num programa de competências sociais pretende-se ensinar uma metodologia de abordagem a situações problema, de forma a minimizar respostas extemporâneas e impulsivas que impliquem toda uma lógica de pensamento alternativo e conseqüente, apelando à capacidade de planeamento, previsão e execução, sendo composta pelos seguintes passos (Matos, 1993):

- Compreender e pensar sobre a situação problema;
- Procurar diversas alternativas para a resolução do problema;
- Antecipar (prever) as conseqüências de cada uma das possíveis alternativas;
- Selecção de entre as possíveis alternativas daquela que for considerada a melhor solução para o problema;
- Aplicação prática da alternativa;
- Avaliação das conseqüências da opção:
  - sucesso – recompensa pela sua escolha;
  - insucesso – deverá existir um retrocesso ao início da sequência.

**APLICAÇÃO DO PROGRAMA  
PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS NA ÁREA DA  
SEXUALIDADE**

**O programa apresentado “Aprender a Ser e a Estar”, resulta das necessidades detectadas em jovens que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro, ao nível do seu repertório de competências sociais e pessoais, que vinha a ter repercussões a nível do relacionamento interpessoal, dada a faixa etária a que se dirigia e as preocupações manifestas por alguns jovens na área da sexualidade entendemos ser pertinente a inclusão desta temática, de certa forma já implícita neste programa.**

**O Centro de Saúde de Rio Mouro estabelece em 2002 em protocolo com a Câmara Municipal de Sintra no sentido de utilizar uma sala das instalações do Centro Lúdico, como Gabinete de Atendimento a Adolescentes. O trabalho desenvolvido pelas equipas de técnicos pertencentes aos dois organismos alargou-se para além do âmbito do Atendimento e a parceria tornou-se real na planificação de projectos conjuntos, assim surgiu a ideia de pensar um programa que atendesse em particular às necessidades de alguns jovens que, frequentando o Centro Lúdico apresentavam problemas de comportamento ao nível da relação com adultos e pares, manifestos aos vários níveis escolar, espaço social (Centro Lúdico) e por vezes familiar, dificuldade no cumprimento de regras.**

A delinquência tende a ser maior nos grandes núcleos urbanos, e agravada com a evolução desordenada implicando uma consequente degradação de algumas zonas, sem condições de habitabilidade, sem espaços abertos e centro de lazer, com grande densidade populacional, com baixo nível de escolaridade e onde predomina o desemprego, associado ao elevado número de elementos das famílias, com consequente baixo rendimento económico (Azevedo 1981, Scozka 1985)

A adolescência constitui para o jovem um tempo de incerteza, em que por um lado o jovem é já um adulto biológico, mas um dependente sob o ponto de vista sócio-cultural.

Se por um lado tem que se confrontar com o seu corpo em transformação, ligadas ao aparecimento de características sexuais secundárias; tem também que renegociar a sua relação com a família que lhe transmite por vezes uma certa dualidade, se por um lado lhe exige como se fosse um adulto, por outro trata-o como uma criança; por último, mas não menos importante, tem ainda que remodelar a sua relação com os pares, nomeadamente no que respeita às relações sexualizadas.

Vários autores referem que o trabalho ao nível das competências pessoais e sociais é fundamental nesta fase da adolescência, de modo a permitir ao jovem uma maior protecção face ao risco, uma vez que, a prevenção total dos “riscos” se torna impossível.

A intervenção na área dos problemas de comportamento social tem como objectivo permitir a cada indivíduo reflectir sobre o modo de se relacionar com os outros e encontrar e experimentar alternativas mais flexíveis, ajustadas e adaptadas às situações vivenciais.

**Assim nasceu a ideia de avançar com um programa que contemplasse a vertente das competências sociais e a promoção de uma sexualidade saudável.**

Uma vez que a origem em si mesma do sexo estabelece um modelo biopsicossocial na compreensão da sexualidade humana, trabalhar num projecto desta natureza implica trabalhar em equipa multidisciplinar, a equipa foi constituída por 2 técnicos pertencentes ao Centro de Saúde uma psicóloga, uma enfermeira e uma monitora do Centro Lúdico.

O trabalho realizou-se no ano lectivo 2004/2005, e a sua aplicação decorreu de Janeiro a Junho de 2005.

Dada a faixa etária da população destinatária (pré-adolescentes), foi dado maior enfoque à vertente emocional, às questões relacionadas com os comportamentos, atitudes e desenvolvimento de competências.

Entendendo-se a sexualidade como uma dimensão humana eminentemente relacional e íntima e um elemento essencial na formação da identidade global, foram tratados temas relacionados com: o auto conceito, a auto-estima, identidade e papeis de género, orientação do desejo sexual, comunicação, assertividade, gestão de conflitos e resolução de problemas.

## 1.Objectivos

### **Objectivo geral da intervenção**

**Dadas as especificidades que caracterizam a adolescência e as diferentes necessidades que daí advêm, no âmbito do programa de Sexualidade e Promoção de Competências Sociais foi formulado o seguinte objectivo geral:**

- Ajudar os jovens a tomar decisões responsáveis no que respeita às relações que têm com os outros, o que implica ajudar os jovens a desenvolver um sentido positivo de si próprios, aumentando a sua auto-estima e trabalhando a assertividade, a expressão de ideias e sentimentos próprios, a tomada de decisões e o respeito pelos outros.

### **Objectivos específicos**

- Analisar comportamentos verbais e não verbais habituais e otimizar a comunicação interpessoal
- **Trabalhar competências de relacionamento interpessoal**
- **Praticar a assertividade**
- Reflectir sobre vantagens e inconvenientes de diferentes tipos relacionais;
- **Negociar e gerir conflitos, aprender um método de abordar situações problema;**
- Analisar e modificação de determinadas crenças e crenças associadas a
  - comportamentos-problema
- Favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias.

## 2. Metodologia

**Tendo em conta que cada adolescente é possuidor de características e necessidades específicas terá de ser encontrado para cada um deles o seu caminho e ritmos próprios. Comum a todos é a nossa convicção de que a Educação Sexual não se pode limitar a aspectos meramente informativos. Exige um debate de ideias sobre valores pessoais e deve facultar aos jovens os dados necessários para que construam o seu próprio quadro de referências, definido pelas suas opções individuais. Neste sentido é nosso propósito que os jovens assumam um papel predominantemente activo e participativo.**

A metodologia utilizada assenta fundamentalmente na execução de jogos, os quais permitem uma flexibilidade de abordagem, sendo contudo uma tentativa séria de desenvolver um programa integral de educação do indivíduo. Os jogos podem ser praticados de uma maneira construtiva. Cada jogo pode encerrar diferentes finalidades que se podem sempre definir, pois até mesmo a “diversão” tem uma finalidade.

“O objectivo fundamental dos jogos em grupo é o de proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do fundamento humano, e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros”.(Manes,1998)

Os jogos criam interesse, eles precisam de entusiasmo e promovem uma comunicação efectiva entre os indivíduos, podem debelar hostilidades e remover barreiras. O prazer gerado a partir dos jogos resulta mais do que qualquer outro recurso no desenvolvimento da identidade do grupo.

Segundo Manes (1998), em grupo é possível trabalhar e estimular, três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotivo-afectiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial.

Os jogos psicológicos possuem desde logo uma determinada estrutura que favorece a activação de processos dinâmicos dentro do próprio grupo, esta estrutura inclui;

- ✚ Regras e normas que orientem o comportamento dos elementos do grupo
- ✚ A existência de um espaço lúdico que fomenta um certo ambiente que facilite a experiência de relacionamento interpessoal
- ✚ Trabalhar temáticas que se considerem importantes para os objectivos definidos recorrendo a um simulacro da realidade.

É necessário atender à pertinência dos jogos consoante o tempo de vida do grupo: há jogos mais indicados para a fase inicial e outros para a fase conclusiva do trabalho de grupo.

A escolha deste tipo de abordagem deve-se ao facto de nos ter parecido a mais adequada e recomendada por vários autores, atendendo às características motivacionais deste grupo e ao escalão etário com que íamos trabalhar. Estes jovens possuíam uma verbalização em geral deficiente com um nível léxico reduzido, apresentando alguma dificuldade numa intervenção que implicasse mais verbalização.

### 3. Diagnóstico da Situação

O Centro de Saúde de Rio de Mouro encontra-se situado na freguesia de Rio de Mouro, concelho de Sintra. Este Centro é constituído por duas unidades funcionais, um edifício sede que se encontra instalado em Rio de Mouro e prestava serviço a 37 000 pessoas inscritas e uma extensão em Albarraque que dava resposta a cerca de 10 000 utentes.

Rio de mouro constitui uma das principais zonas periféricas de Lisboa em franca expansão demográfica com uma densidade populacional considerável. A sua população é maioritariamente jovem e de nível sócio económico médio, ligado aos sectores secundário e terciário.

O significativo distanciamento do local de trabalho da maioria dos habitantes relativamente à área de residência faz de Rio de Mouro uma zona dormitório. Este facto implica grande dispêndio de tempo em deslocações, trazendo custos acrescidos na qualidade de vida da maioria da população e diminuição do tempo de acompanhamento das crianças e jovens nas suas actividades escolares e extra-escolares (Alcasso, 2000).

Importa ainda salientar dois importantes aspectos que invertem esta situação de aparente homogeneidade:

- A inserção de diversas comunidades migrantes provenientes dos PALOPs e Timor, originando minorias étnicas e culturais;

**- A formação relativamente recente de “gangs” organizados de jovens, que constitui uma das principais preocupações da comunidade. (Alcasso, 2000).**

**A estes factos acresce ainda uma ausência de políticas de preservação de espaços verdes de recreio e equipamentos de ATL, dirigidos a crianças e jovens.**

A delinquência tende a ser maior nos grandes núcleos urbanos, e agravada com a evolução desordenada implicando uma consequente degradação de algumas zonas, sem condições de habitabilidade, sem espaços abertos e centro de lazer, com grande densidade populacional, com baixo nível de escolaridade e onde predomina o desemprego, associado ao elevado número de elementos das famílias, com consequente baixo rendimento económico

(Azevedo 1981, Scozka 1985)

**Neste contexto é construído pela Câmara Municipal de Sintra um espaço de raiz destinado há ocupação de tempos livres de crianças e jovens, com equipamento adequado e técnicos especializados. O Centro Lúdico, é frequentado por diversos jovens, de várias etnias, com diferentes tipos de frequência, existem os que comparecem de forma regular (Ex. todos os dias depois das aulas), ou aqueles que aparecem ocasionalmente ou mesmo aqueles que são vão acompanhados pelos amigos. Mas há também os que vão à procura de apoio, de um gesto amigo e reconfortante que não encontram no seio familiar. Entre estes jovens deparam-se problemáticas variadas relacionadas com insucesso escolar: dificuldades relacionadas com problemas de comportamento, (agressividade), no cumprimento de regras e normas, vítimas de abuso, iniciação a algumas práticas sexuais e consumos nocivos para a saúde. Os problemas de comportamento aparecem ligados a um desinteresse e a faltas de percepção de uma eficácia pessoal Matos (1998). Assim, foi proposto a alguns técnicos do Centro de Saúde a elaboração conjunta com o técnico do Centro um programa de Competências sócias que abordasse simultaneamente a questão da Sexualidade.**

- Grupo de adolescentes que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro
- Maioritariamente de descendência africana
- Com problemas de insucesso escolar
- Em risco de comportamentos sociais desviante

#### 4. População Alvo

No que diz respeito à composição do grupo, a maioria dos especialistas concorda com o critério que sugere um equilíbrio entre a homogeneidade e heterogeneidade (Manes,1998)

Para a formação do grupo ponderamos algumas das características que nos pareceram mais representativas do grupo constituído pelos jovens que frequentavam o Centro Lúdico: a grande maioria dos adolescentes apresentava problemas de comportamento;

as habilitações literárias variavam entre o 4ºano e o 8ºano; eram predominantemente de etnia africana; provinham na sua maioria de famílias pouco estruturadas e com nível socio-económico baixo. Pelo que, no sentido de permitir um certo equilíbrio ao nível das vivências, alargamos o grupo a adolescentes provenientes da escola E,B,2,3 Padre Alberto Neto com a qual trabalhávamos, abrindo inscrições para 6 a 7 jovens que mostrassem interesse e disponibilidade, uma vez que as sessões se iriam efectuar fora do horário escolar. Coincidiu que 2 jovens que se inscreveram eram também frequentadores do Centro Lúdico o que facilitou também a integração destes no espaço.

- Grupo foi inicialmente formado por 17 adolescentes que frequentam o Centro Lúdico de Rio de Mouro, e o 2º, 3º ciclo da Escola E,B,2,3 Padre Alberto Neto, situados na faixa etária dos 12 aos 15 anos. A razão de formarmos de início um grupo tão numeroso relacionou-se com o facto de sabermos à partida que alguns jovens iriam desistir, o que se veio a confirmar a partir da 1º

sessão, sendo que só a partir da 4ª, 5ª sessão o grupo estabilizou em 14 elementos.

## 5. Áreas Temáticas

Numa fase inicial da aplicação do projecto as questões que nos pareceram de maior relevância estão relacionadas com as “competências”: competências pessoais e sociais, competências de prevenção e algumas competências relacionadas com a protecção da saúde e bem-estar, posteriormente a expressão dos afectos, a sua importância ao nível da sexualidade e a protecção face ao risco.

Estas áreas temáticas, entendidas como vertentes da sexualidade, não devem ser separadas, uma vez que se conjugam para a construção do “eu em relação”, isto é para o desenvolvimento pessoal e social dos jovens nos seus contextos de vida.:

- ❖ **Comunicação com os outros (aspectos verbais e não verbais)**
- ❖ **Identificação de problemas e resolução de problemas e conflitos (“para e pensa”)**
- ❖ **Assertividade, espaços de escolha positiva**
- ❖ **Aprender a dizer “Não”, defesa de opiniões, resistência à pressão dos pares**
- ❖ **Educação para a igualdade e diversidade individual, de géneros e de culturas**
- ❖ **Aprender a diferenciar pensamentos, sentimentos e acções**
- ❖ **Educação para os afectos e para a sexualidade**
- ❖ **Prevenção da provocação/vitimização**
- ❖ **Protecção e prevenção, a violência e o abuso físico e sexual**

- Frequência regular do local
- Bom relacionamento com os técnicos do Centro
- Existência de um espaço apropriado para a realização das actividades
- Experiência multicultural
- Frequência semanal
- Frustração
- Falta de auto-controlo
- Problemas conflituais
- Dificuldade em cumprir regras
- Dificuldade em gerir a agressividade
- Fraca resistência à
- Grande heterogeneidade em termos de habilitações académicas

## Recursos

Num programa de educação Sexual os educadores constituem um valioso recurso, pois o que os alunos aprenderão será directamente influenciado pela maneira como responderem às perguntas por eles formuladas, como reflectirem sobre pontos de vista divergentes e, sobretudo, pelo respeito que mostram pelas perguntas e respostas dos adolescentes. Para que as acções de educação sexual tenham sucesso é necessário que o educado:

- seja tão neutro quanto possível;
- não atribua previamente “certos” e “errados”;
- controle a emissão de juízos de valor;
- proporcione a identificação de valores pessoais, criando um clima aberto e não constrangedor;
- actue pedagogicamente através da partilha em vez da imposição de definições do saber;
- permita que se façam escolhas;
- disponibilize material de apoio;
- demonstre disponibilidade e confiança;
- utilize vocabulário adequado do ponto de vista técnico e pedagógico;
- assente as suas informações/conhecimentos em dados científicos correctos e actualizados;

- aborde conteúdos apropriados à faixa etária e nível de desenvolvimento dos alunos tendo sempre em conta os interesses destes;

- procure a coerência entre as suas intervenções pedagógico-profissionais e as suas práticas como pessoa;

**È pois imprescindível que os educadores se sintam bem com a sua própria sexualidade.**

- Humanos - **Equipa formada por: 1 Psicóloga**

**1 Enfermeira**

**1 Animadora**

- Materiais: **Espaço cedido nas instalações do Centro lúdico**

- **Cedência de material necessário para as actividades por parte do Centro Lúdico**

## Estratégias

Procurou-se que as estratégias utilizadas permitissem o crescimento intelectual e afectivo do jovem, incentivando a participação e criatividade através de dinâmicas de grupo, cada sessão contemplou diferentes momentos de exposição, lúdicos, de reflexão e debate.

Tentou-se que as sessões seguissem a planificação estabelecida, sendo a sua preparação realizada em equipa, contudo adoptou-se por uma flexibilidade a nível das estratégias, uma vez que após cada sessão com os jovens a equipa de técnicos reunia e fazia uma avaliação sumária da forma como esta tinha decorrido. Por volta da 4ª sessão e perante o aparente desinteresse de alguns jovens (digo aparente porque alguns destes elementos vieram mais tarde a mostrar uma atitude muito participativa), resolvemos criar uma estratégia que implicasse uma maior participação de todo o grupo. Assim criamos uma história que se iria desenrolar no decurso de uma possível viagem de barco, criando pontos de paragem que coincidiam com as zonas de onde os jovens eram oriundos ou tinham as suas raízes.

Procuramos integrar a estrutura da sessão em cada encontro e acabamos ficando surpresos com o envolvimento que os jovens progressivamente vieram a demonstrar.

Esta veio também a mostrar-se a melhor forma de conseguir a colaboração dos pais que vieram a participar ajudando os filhos na exposição dos seus usos e costumes, quer confeccionando alimentos, quer fornecendo objectos, experiências ou mesmo contos característicos das suas regiões.

No início do programa foi programado um encontro com os pais, marcado em horário pós laboral. Na convocatória havia sido explicado o objectivo da reunião e relevada a importância da sua participação. Tal reunião veio a revelar-se desmotivante uma vez que só tivemos a comparência dos pais de três crianças. Percebemos assim que teríamos de tentar outro tipo de abordagem e na festa final para a qual os pais foram também convidados contámos já com mais participantes, entre os quais irmãos e amigos.

### **Em resumo as estratégias utilizadas passaram por:**

- **Sessões semanais com o grupo de adolescentes, com duração de 60 minutos**
- **Reuniões semanais com a equipa de técnicos**
- **Sessões informais com os outros animadores**
- **Dinamização de uma festa para concluir o programa**
- **Informações e reuniões com os pais**

### Implementação

**As diferentes fases de elaboração do programa: criação, planificação e implementação, foram realizadas pela equipa e implicaram pesquisa de projectos similares, elaboração de protocolos e divulgação aos seguintes grupos:**

- **Divulgação do programa junto dos técnicos (monitores) e solicitar a sua colaboração para a selecção dos jovens do Centro Lúdico**
- **Divulgação do programa junto dos professores da Escola E.B, 2,3 e solicitar a estes colaboração para a selecção de 6 a 7 jovens na faixa etária dos 12-13 anos que mostrem interesse e disponibilidade para frequentar as sessões**

- **Divulgação do programa junto dos pais, pedido de autorização para que os filhos o frequentem e pedido de colaboração, sempre que solicitado, nomeadamente na participação conjunta com os filhos em alguns trabalhos para casa.**

As sessões obedeceram à seguinte estrutura:

- 1. Diálogo inicial**
- 2. Jogo de Cooperação**
- 3. Trabalho de Competências**
- 4. Jogo de regras**
- 5. Reflexão/Desconstracção**
- 6. Diálogo final e Trabalho de casa**

Planeamento

Sessões	Temáticas	Datas
1	Apresentação	5/1
2,3,	Comunicação verbal e não verbal	12/1,19/1,
4,5,	Expressar emoções e sentimentos “Nós e os outros”	26/1,16/2,
6,7,	Aprender a dizer “Não”	23/2, 02/3,
8,9,	Assertividade	30/3, 06/4
10,	Identidade e género	13/4
11,12	Enamoramento e Namoro	20/4,27/4
13	Igualdade e diversidade individual	11/5

<b>14</b>	<b>Resolução de problemas</b>	<b>18/5</b>
<b>15</b>	<b>Violência e abuso</b>	<b>01/6</b>
<b>16</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>	<b>08/6</b>
<b>17</b>	<b>Encerramento</b>	<b>18/6</b>

## Execução

**Como consta do planeamento apresentado o projecto constou de 17 sessões que procuraram obedecer à estrutura já apresentada. De salientar o facto de nem sempre isso se verificar devido a factores inerentes aos próprios jovens e à orgânica do grupo. Em Anexo encontra-se a descrição de algumas sessões.**

## Avaliação

A avaliação foi feita de forma contínua e sistemática desenvolvendo-se em três etapas:

Preenchimento de uma Escala de Ajustamento Social a preencher pelos jovens no início e final do programa afim de perceber qual o tipo de atitude comportamental dominante em cada jovem

Avaliação realizada pelos técnicos no início e final do programa para perceber se houve ou não evolução dos jovens ao nível dos seus skills sociais

Preenchimento de uma grelha de avaliação pelos jovens no final de cada sessão, em que estes colocavam uma cruz em “gostei”, “não gostei”; “participei”, “não participei”

Avaliação da equipa (técnicos de saúde e monitores) sobre o impacto da actividade, no final de cada sessão e avaliação através de uma grelha de observação, em que era feito o registo da participação dos jovens ao nível da: relação com os pares; relação com os técnicos; concentração; empenho e integração no grupo. permitiu-nos atender às necessidades dos jovens de uma forma contínua e mais sistematizada.

No final do programa passagem de um questionário aos jovens pedindo a sua opinião acerca do programa

- **Inicial e final aos jovens – Escala de Ajustamento Social (ver Anexos)**
- **Inicial e final realizada pelos técnicos – adaptação da Checklist (ver Anexos)**
- **Contínua, realizada pelos jovens e técnicos – Grelhas (ver Anexos)**
- **Final do programa – Questionário (ver Anexos)**

Apresentação e discussão dos resultados

**Os jovens apresentaram ganhos da avaliação inicial para a avaliação final: na Escala de Ajustamento Social, verificando-se a mudança de respostas "agressivas" e "passivas" para "assertivas" em cerca de 60% dos casos.**

**Nas respostas à Checklist, os resultados demonstram um aumento significativo ao nível de todos os skills, da avaliação inicial para a final (ver anexos). Verificando-se a maior evolução ao nível dos skills sociais básicos, com um acréscimo de cerca de 40%. Mostraram ainda grande dificuldade ao nível dos skills para lidar com o stress e dos skills de planeamento.**

**Foi ao nível dos skills para lidar com os sentimentos que a evolução foi mais significativa, mostrando um acréscimo de cerca de 50%.**

Avaliação da equipa (técnicos de saúde e monitores) sobre o impacto da actividade, no final de cada sessão e avaliação através de uma grelha de observação permitiu-nos atender às necessidades dos jovens de uma forma contínua e mais sistematizada.

O questionário passado no final do programa não nos permitiu uma análise final porque na sua maioria resultaram incompletos. Com efeito a situação escolhida para o seu preenchimento foi a menos adequada, final do programa e situação de festa.

Da observação durante as sessões, apesar de se tratar de uma avaliação cuja subjectividade não nos permite ser peremptórios, registaram-se ganhos consideráveis, colocando-nos numa perspectiva preventiva, em que o que se controla não são os resultados de uma aprendizagem mas o impacto na vivência quotidiana das crianças. A este nível os dados obtidos referem-se quase em exclusivo ao comportamento dos jovens no contexto do Centro Lúdico, onde segundo os monitores se foram verificando melhorias significativas em termos de comportamento, verificando-se uma maior envolvência nas actividades do Centro e na relação com os pares.

## CONCLUSÕES

Ao finalizar este trabalho, tenho a noção do muito que fica ainda por dizer quer ao nível do enquadramento teórico, quer ao nível da apresentação do projecto.

Importa, contudo salientar o muito que me apraz ter tido a oportunidade de desenvolver um projecto de sexualidade e competências sociais para uma população alvo, referida como problemática. Na realidade foi necessário ultrapassar certos obstáculos que colocaram à prova a capacidade de resistência à frustração de nós, técnicos, ao mesmo tempo que nos era solicitado (indirectamente) pelos jovens um investimento cada vez maior.

Dificuldades que se relacionaram com a mobilidade de elementos existente no decorrer das primeiras sessões, para ultrapassar este contratempo foi essencial a experiência da animadora, conhecedora da forma de interagir com estes jovens que normalmente se propõem à realização de tarefas voluntariamente, mas que rapidamente desinvestem. Como Matos (1998, citando Bierman 1989e Vaughn 1987), optámos por um modelo de intervenção onde tentámos aumentar o repertório de comportamentos sociais dos jovens, tentando em alguns casos diminuir a ocorrência de alguns comportamentos indesejáveis à actividade em grupo.

Pensamos que o recurso ao jogo como metodologia permitiu aos jovens uma aprendizagem em que foi possível estabelecer uma interacção entre as componentes cognitiva e afectiva do funcionamento psíquico, (nomeadamente através da reflexão proposta no final de cada jogo) e promover o seu bem-estar psíquico-emotivo, (que esteve patente em alguns jogos de relaxamento).

Inicialmente alguns participantes reagiram às propostas de trabalho através de piadas, e tentando perturbar a atenção do grupo, mas percebemos tratar-se de uma resposta defensiva, típica de quem não está habituado a um trabalho deste género. Com o decorrer das sessões foi notório o entusiasmo e investimento que progressivamente os jovens foram demonstrando.

Segundo Matos (1998), nos casos em que os problemas sociais sejam de tendência agressiva, sobretudo nos casos com antecedentes sociais e

**escolares de risco, será de prever uma intervenção com grupos menores, com um ainda maior comprometimento do envolvimento, com um aumento do tempo e frequência da intervenção.**

**Assim e após as dificuldades sentidas nas primeiras sessões optamos pela criação de grupos mais pequenos e mais facilitadores da situação de reflexão e troca de experiências.**

**A expressão verbal pareceu também um pouco comprometida nas sessões iniciais, mas no decorrer do programa, a verbalização começou a acontecer como uma consequência das acções vividas.**

**Tal como Matos (1998), pensamos que um programa que permite um leque variado de situações capazes de envolver estes jovens, é essencial para evitar desistências ou o estabelecimento de um clima anti-grupo. A diversidade das situações propostas não invalida, contudo, de modo nenhum, a estrutura (pré-estabelecida) do programa e a identidade dos objectivos gerais entre as diferentes situações.**

Ao trabalhar com estes jovens percebi que alargar as perspectivas das crianças em termos de um mundo mais vasto e, simultaneamente, respeitar os valores do seu próprio mundo é, de facto, uma tarefa delicada e difícil mas extremamente gratificante. Antes de receber algo é preciso investir muito, mas a recompensa supera, certamente, as nossas expectativas.

**Os dados quantitativos obtidos apesar de positivos não nos permitem chegar a conclusões definitivas, só com o tempo se poderia avaliar da sua repercussão na vida quotidiana destes jovens, talvez possível com um estudo longitudinal. Ainda assim é de referir que ao longo das sessões se foi verificando um maior amadurecimento, traduzido por um acréscimo no repertório de competências sociais dos jovens, facto que é também testemunhado pelos animadores do Centro Lúdico que privam com eles quase diariamente.**

**O número de sessões foi significativo, uma vez que a periodicidade foi praticamente semanal, contudo o tempo utilizado na abordagem de certos temas foi manifestamente insuficiente. No início do programa era nossa intenção poder dar-lhe continuidade no ano seguinte, o que permitiria uma abordagem temática mais criteriosa e adequada às necessidades e preocupações dos jovens. Tal intenção veio a mostrar-se impossível não**

**por falta de interesse manifesto pelos jovens, mas por falta de técnicos de saúde.**

No balanço final sentimo-nos enquanto equipa, extremamente gratificados com o trabalho desenvolvido com estes jovens, pelo muito que aprendemos, pelo muito que partilhamos, acreditando que a prevenção implica a redescoberta do prazer de viver utilizando como principal instrumento a relação.

## BIBLIOGRAFIA

Alcasso, T. (2002) *Experiência no Centro de Saúde de Rio de Mouro em Actas da*

*III Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: José Carvalho

Teixeira

**BOISVERT, J.; Beaudry, H. (1983). *Les difficultés interpersonnelles et l'entraînement aux habilités sociales*, in Fontaine O.; Cottraux J.; Ladoucer R., *Clinique de Thérapie Comportementale*, Bruxelles: Mardaga**

**Steinberg I. (1985) *Adolescence*. New York : Alfred Knopf**

**Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Valencia: Promolibro**

**Cavell, T. (1990). *Social adjustment, social performance and social skills: a tri-component model of social competence*, *Journal of Clinic Child Psychology*, 19,2, 111-122**

**DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.**

**GTES (2005). Relatório Preliminar. Lisboa. [http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio Preliminar ES 31-10-2005.pdf](http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio%20Preliminar%20ES%2031-10-2005.pdf) (Pesquisa em Março de 2008)**

**GTES (2007). Relatório Progresso. Lisboa. <http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio%20progresso.pdf> (Pesquisa em Março de 2009).**

Gosalves, L.; Chabrol, H. ; Moron, P. (1984). *Assertion, lieu de controle et dépendence du champs dans les tentatives de suicide de l'adolencent*, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32, 12, 583-589

Jakubowski, P.; Lange, A (1978). *The assertive option*, Illinois: Research Press

Lerner, R. (1998). *Adolescent development*. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World Wide Web: [psych.annualreviews.org](http://psych.annualreviews.org)

Manes, S. (1998). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*,\_San Paolo, 6-7

Matos, M. G. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*, Lisboa: FMH/UTL

Neto, A. (2004). *Gravidez na adolescência*. Retirado em 28 de Maio de 2008 de [http: www.psicologia.org.br internacional psc171.htm](http://www.psicologia.org.br/internacional/psc171.htm).

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.

Ogden, J.(1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Ramos, V. (1979). *As pessoas significativas do Universo da adolescente*. *Análise Psicológica*, 4, 535-546

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*, Lisboa: ISPA, 168-170

Sadock, V. (2005). Human Sexuality in Kaplan & Sadock´s Comprehensive textbook of Psychiatry. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.

**Spence, S. (1981). *Differences in social skills performance between institutionalised juvenile male offenders and comparable group of boys without offence records*, British Journal of Clinical Psychology, vol. 20; 163-171**

**Trindade, I. (1999). "*Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários*". *Análise Psicológica*, 17 (3), 569-587**

**Trindade, I.; Teixeira, J.A.C. (2007), *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, Climepsi Editores**

## ANEXOS

### SESSÃO 1 - 5/1/05

Objectivos:

- **Apresentar o projecto ao grupo**
- **Facultar a apresentação de todos os elementos do grupo e identificar cada participante pelo nome**
- **Possibilitar a auto-conhecimento**
- **Preencher escala de Ajustamento Social**

Descrição das Situações	Tempo	Material	Estratégias
- <b>Diálogo inicial - apresentação do programa de competências sociais ao grupo</b>	<b>5m</b>	<b>Cavalete com folhas, canetas de feltro</b>	<b>Método expositivo</b>
- <b>Jogo de apresentação 1 - cada elemento diz o seu nome e o de um animal, começado pela mesma inicial, repetindo o dos elementos que o antecederam</b>	<b>10m</b>		<b>Utilizar jogos que permitam dar a conhecer o identificação de um indivíduo ao grupo.</b>
- <b>Jogo de apresentação 2 - foram colocados uma série de objectos no chão, cada elemento escolheu aquele com que mais se identificou, apresentou-o ao grupo referindo as razões da sua escolha.</b>	<b>15m</b> <b>5m</b>	<b>Objectos vários: relógio, bola, livros, computador, jogos, peluche, bilhetes, chave, telemóvel,</b>	<b>Proporcionar um tempo de calma e diálogo.</b>

<p><b>-Reflexão- sobre os jogos realizados</b></p> <p><b>-Preenchimento das Escalas de Ajustamento Social</b></p> <p><b>-Preenchimento da grelha de avaliação</b></p>	<p><b>15m</b></p>	<p>almofada, etc.</p> <p>Folhas de escala, canetas</p> <p>Folhas avaliação (smilles)</p>	<p><b>Auto-avaliação</b></p>
---	-------------------	--	------------------------------

Aspectos positivos:

- **Nesta sessão participaram 14 jovens (havam-se inscrito 15 jovens)**
- **Os jogos de apresentação decorreram com grande adesão e entusiasmo do grupo, particularmente o primeiro.**

Aspectos negativos:

- **Dificuldade inicial em os fazer manter silêncio para o diálogo**
- **Dificuldade por parte de alguns elementos em justificarem a escolha de determinado objecto**
- **Na fase da reflexão apenas 5 elementos se manifestaram, dizendo ter gostado, pelo que o tempo de reflexão foi encurtado, pelo risco de dispersarem e não concluírem o trabalho.**

- **Grande dificuldade por parte de alguns elementos no preenchimento da escala, apesar da colaboração dos técnicos.**

SESSÃO 2 – 12/1/05

Objectivos:

- **Desenvolver a consciência do corpo e das suas possibilidades expressivas na comunicação interpessoal**
- **Quebrar barreiras sociais que dificultam a comunicação entre os elementos do grupo, desinibindo-os tornando o clima relacional mais favorável**

Descrição das Situações	Tempo	Material	Estratégias
- Diálogo inicial – referência à sessão anterior, exercício para relembrar os nomes	5m		Recurso à memória com auxílio do jogo
- Dramatização de um naufrágio -apresentação de uma história da qual eles iriam ser os protagonistas e que consistia num naufrágio das suas pequenas embarcações (cadeiras) que os obrigaria a unirem-se e construir um só barco (disposição das cadeiras em forma de barco)	20m	Cadeiras, gravador e cassete com música (tempestade e calma)	Criar situações de risco e aventura. Promover a comunicação não verbal e o contacto físico entre os elementos do grupo
- Organização da população pelo tamanho das mãos	5m		
-Reflexão- sobre os jogos realizados	10m		Proporcionar um espaço de calma e diálogo.
- Proposta para casa – pensar em regras para o funcionamento do barco	5m		Incentivar a continuação do trabalho iniciado
-Preenchimento da grelha	5m	Folhas de avaliação (smilles)	Auto-avaliação

de avaliação			
--------------	--	--	--

Aspectos positivos:

- **Reconhecimento do nome de quase todos os elementos presentes na sessão anterior**
- **Grande entusiasmo e participação de todos no jogo do naufrágio**
- **Participação na reflexão lembrando alguns elementos a necessidade da criação de regras**

Aspectos negativos:

- **Mobilidade de elementos - falta de 5 elementos presentes na sessão anterior, pedido de entrada de mais 3 elementos**
- **Dificuldade no cumprimento de regras durante a realização dos jogos**
- **Dificuldade em utilizarem formas de comunicação não verbal**
- **Dificuldade em respeitar os períodos de pausa e reflexão**

SESSÃO 3 – 19 / 1/05

Objectivos:

- **Estabelecer as regras fundamentais para o funcionamento do grupo**
- **Incentivar a comunicação não verbal**
- **Perceber e analisar o funcionamento do grupo na realização de uma tarefa**
- **Reflectir sobre o estar dentro/estar fora do grupo**

Descrição das Situações	Tempo	Material	Estratégias
- <b>Diálogo inicial – referência à sessão anterior, relembrar o trabalho proposto para casa</b>	<b>5m</b>		<b>Recurso à memória</b>
- <b>Estabelecer regras – elaboração de um cartaz</b>	<b>10m</b>	<b>Cavalete com cartolina, canetas</b>	<b>Utilização de Técnica de “Brainstorming”</b>
- <b>Reconstrução do barco e com recolha de novos elementos (náufragos com as suas cadeiras)</b>	<b>10m</b>	<b>Cadeiras</b>	<b>Promover a comunicação não verbal e o contacto físico entre os elementos do grupo</b>
- <b>Organização da tripulação por alturas</b>	<b>5m</b>	<b>Cartões com diversos alimentos</b>	
- <b>Corrida de barco para recolha de alimentos numa meta assinalada e</b>	<b>10m</b>		<b>Criar situações – problema para</b>

volta ao local de origem (cada elemento poderia apenas recolher três alimentos			resolução individual, proporcionando o conhecimento das variáveis inerentes à resolução de uma tarefa
-Reflexão- sobre os jogos realizados	5m		Proporcionar um espaço de calma e diálogo
- Proposta para casa - pensar em função (profissão) a desempenhar no barco	5m	Folhas de avaliação (smilles)	Incentivar a continuação do trabalho iniciado
-Preenchimento da grelha de avaliação	5m		Auto-avaliação

Aspectos positivos:

- **Concretização do trabalho de casa por parte de alguns elementos**
- **Maior facilidade na utilização da linguagem não verbal**
- **Realização da recolha de alimentos no tempo estipulado**

Aspectos negativos:

- **Mobilidade do grupo – faltaram 4 elementos da sessão anterior, houve mais 3 pedidos de novos elementos para integrar o grupo**
- **Manteve-se a dificuldade no cumprimento das regras mesmo com estas afixadas**

- **Dificuldade na reflexão sobre as actividades desenvolvidas**

SESSÃO 4 – 26 /1/05

Objectivos:

- **Desenvolver competências de comunicação verbal**
- **Dar-se conta da percepção que o grupo tem de cada um dos seus elementos**
- **Possibilitar a identificação de liderança**

Descrição das Situações	Tempo	Material	Estratégias
- <b>Diálogo inicial</b> - referência à sessão anterior, lembrar o trabalho proposto para casa	<b>5m</b>		<b>Recurso à memória</b>
- <b>Jogo “ O Comandante manda...”</b> - neste jogo cada elemento é convidado a dar uma instrução que todos devem seguir	<b>10m</b>	. <b>Cartões com diversas profissões necessárias</b>	<b>Promover a comunicação não verbal e o contacto físico entre os elementos do grupo</b>
- <b>Distribuição de diversas tarefas por todos os elementos, por não se conseguir chegar a um consenso as tarefas foram sorteadas</b>	<b>10m</b>	<b>a bordo</b>	<b>Criar situações - problema para resolução individual, proporcionando o conhecimento das variáveis inerentes à resolução de uma tarefa</b>
- <b>Metade do grupo sai para o fora da sala é dada a leitura de uma notícia a um elemento dentro da sala que a contará a outro que se encontra fora da sala até informar todos os elementos, o ultimo conta-a a todos os presentes</b> <b>Organização da tripulação por alturas</b>	<b>10m</b>	<b>Notícia sobre naufrágio do Titanic</b>	<b>Dinâmica para percepção de barreiras à comunicação verbal e distorção das mensagens</b>
- <b>Reflexão- sobre os jogos realizados</b>	<b>5m</b>	<b>Folhas de avaliação (smilles)</b>	<b>Proporcionar um espaço de calma e</b>

<b>-Preenchimento da grelha de avaliação</b>	<b>5m</b>		<b>diálogo</b>  <b>Auto-avaliação</b>
--	-----------	--	---

Aspectos positivos:

- **Participação mais coordenada nas actividades com maior incentivo ao cumprimento de regras**
- **Maior capacidade de reflexão que se traduziu por ultrapassarem o tempo previsto e participação de mais elementos, chegando eles próprios à conclusão do difícil que é ser-se comandante (papel que todos queriam assumir no início da sessão), percebendo por consenso quem havia dirigido melhor o grupo e por consequência ser nomeado líder.**

Aspectos negativos:

- **Dificuldade em assumir profissões que executam tarefas para eles menos prestigiantes**
- **Dificuldade em assumir o papel de líder, manifestando pouca capacidade de improviso e criatividade**

## BIBLIOGRAFIA

Alcasso, T. (2002) *Experiência no Centro de Saúde de Rio de Mouro em Actas da*

*III Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: José Carvalho

Teixeira

**BOISVERT, J.; Beaudry, H. (1983). *Les difficultés interpersonnelles et l'entraînement aux habilités sociales*, in Fontaine O.; Cottraux J.; Ladoucer R., *Clinique de Thérapie Comportementale*, Bruxelles: Mardaga**

**Steinberg I. (1985) *Adolescence*. New York : Alfred Knopf**

**Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Valencia: Promolibro**

**Cavell, T. (1990). *Social adjustment, social performance and social skills: a tri-component model of social competence*, *Journal of Clinic Child Psychology*, 19,2, 111-122**

**DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.**

**GTES (2005). Relatório Preliminar. Lisboa. [http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio Preliminar ES 31-10-2005.pdf](http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf)**

**(Pesquisa em Março de 2008)**

GTES (2007). Relatório Progresso. Lisboa. <http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio%20progresso.pdf> (Pesquisa em Março de 2009).

Gosalves, L.; Chabrol, H. ; Moron, P. (1984). *Assertion, lieu de controle et dépendence du champs dans les tentatives de suicide de l'adolencnt*, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32, 12, 583-589

Jakubowski, P.; Lange, A (1978). *The assertive option*, Illinois: Research Press

Lerner, R. (1998). *Adolescent development*. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World Wide Web: [psych.annualreviews.org](http://psych.annualreviews.org)

Manes, S. (1998). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*, San Paolo, 6-7

Matos, M. G. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*, Lisboa: FMH/UTL

Neto, A. (2004). *Gravidez na adolescência*. Retirado em 28 de Maio de 2008 de <http://www.psicologia.org.br/internacional/psc171.htm>.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.

Ogden, J.(1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Ramos, V. (1979). *As pessoas significativas do Universo da adolescente*. *Análise Psicológica*, 4, 535-546

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*, Lisboa: ISPA, 168-170

**Sadock, V. (2005). Human Sexuality in Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.**

**Spence, S. (1981). *Differences in social skills performance between institutionalised juvenile male offenders and comparable group of boys without offence records*, British Journal of Clinical Psychology, vol. 20; 163-171**

**Trindade, I. (1999). "*Competências do psicólogo nos cuidados de saúde primários*". *Análise Psicológica*, 17 (3), 569-587**

**Trindade, I.; Teixeira, J.A.C. (2007), *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, Climepsi Editores**

Entendemos a sexualidade como uma dimensão da identidade pessoal e do relacionamento humano que vai evoluindo no contexto do nosso desenvolvimento global e que se expressa de diferentes formas nas várias etapas do ciclo de vida, atravessando períodos de evolução brusca e acelerada, nomeadamente durante a adolescência (López & Fuertes, 1999).

A sexualidade, entendida no seu sentido mais lato e como realidade complexa, precisa de ser conceptualizada de forma holística, porque multideterminada e multidimensional,

na qual para além da dimensão biológico-reprodutiva também se inscrevem as dimensões psico-afectiva, relacional, sociocultural e ética.

Sendo assim e por consequência, para garantir que a Educação Sexual seja coerente com a complexidade e riqueza dos seres humanos e, logo, com a sua sexualidade, é necessário que os conteúdos as estratégias e as finalidades, sejam também alargados e complexificados (Frade e tal, 1992; Marques, 1997)

Não se resumindo à explicação acerca do corpo e dos fenómenos directamente relacionados com a reprodução, a Educação Sexual tem, portanto, de *“apoiar-se numa concepção ampla da sexualidade, que faça justiça ao ser humano na sua globalidade, entendida em termos de relação”* (Amor Pan, 1997; p.306).

Hoje, admitimos que a sexualidade se manifesta desde o início da vida e que se desenvolve, acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo e integrada no seu bem-estar biopsicossocial (López & Fuertes, 1999). Sabemos que independentemente do ciclo de vida em que estejamos, somos sexuados e temos manifestações e interesses sexuais. Sabemos igualmente 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 (Félix, 1995)

A sexualidade é também uma das características humanas mais determinadas e moldadas pelo processo de socialização, é o resultado de um processo contínuo de aprendizagens, interações e reflexões realizado em todas as fases do ciclo de vida e contextos sociais de aprendizagem formal e informal (Marques e col.,2000). Neste processo a escola tem um papel crucial como agente de socialização significativo nesta área.

Na área da saúde escolar compete aos técnicos de saúde em estreita colaboração com os professores e familiares, a promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens.

O Protocolo celebrado entre os Ministérios da Educação e da Saúde em Fevereiro de 2006, veio viabilizar a articulação necessária entre a escola (através dos seus agrupamentos escolares) e a saúde (através dos Centros de Saúde). Segundo este Protocolo

“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construírem um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.” (protocolo entre ministério da educação e ministério da saúde, 2006).

O grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES), definiu no seu Relatório Preliminar, a Educação Sexual como um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Estabelecendo como objectivos:

- ✚ O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- ✚ A melhoria dos seus relacionamentos afectivo-sexuais;
- ✚ A redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✚ A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais. A longo prazo, deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida. (GTES, 2005)

O objectivo principal da Educação Sexual é favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias.

“Estabelecer relações afectivas satisfatórias, expressando livremente os próprios sentimentos, assim como desenvolver atitudes de ajuda e colaboração mútua e de respeito pelas diferenças individuais”

Uma vez que a origem em si mesma do sexo estabelece um modelo biopsicossocial na compreensão da sexualidade humana, trabalhar num projecto desta natureza implica trabalhar em equipa multidisciplinar, a equipa foi inicialmente constituída por.....

No ano lectivo 2005/2006 com a entrada de uma psicóloga efectiva no Centro de Saúde, podemos contar com a participação desta no Programa de Saúde Escolar e em particular no projecto “Eu em relação”. Devido à colaboração da psicologia e dada a faixa etária da população destinatária (pré-adolescentes), foi dado maior enfoque à vertente emocional, às questões relacionadas com os comportamentos, atitudes e desenvolvimento de competências.

Entendendo-se a sexualidade como uma dimensão humana eminentemente relacional e íntima e um elemento essencial na formação da identidade global, foram tratados temas relacionados com: o auto conceito, a auto-estima, identidade e papéis de género, orientação do desejo sexual, comunicação, assertividade, gestão de conflitos e resolução de problemas.

Procurou-se que as metodologias utilizadas permitissem o crescimento intelectual e afectivo da criança, incentivando a participação e criatividade através de dinâmicas de grupo, cada sessão contemplou diferentes momentos de exposição, lúdicos, de reflexão e debate.

As sessões com os alunos foram sempre previamente apresentadas e discutidas com os directores de turma e executadas durante os períodos lectivos antecipadamente acordados com a escola. Os professores estiveram sempre presentes e foram colaboradores na execução do projecto.

No 3º ano de implementação do projecto a avaliação foi feita de forma contínua e sistemática desenvolvendo-se em três etapas:

Preenchimento de uma grelha de avaliação pelos jovens no final de cada sessão

Avaliação da equipa (técnicos de saúde e professores) sobre o impacto da actividade, no final de cada sessão

No final do ano lectivo passagem de um questionário a preencher pelos jovens.