



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Anabela Maria de Oliveira Teixeira Andrade
O ATENDIMENTO A JOVENS:
PERCEÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob orientação de
Professora Doutora Maria Luísa Ramos Santos
Mestre Carina Maria Sobral Parente

Dezembro de 2013

Andrade, A. (2013). O atendimento a jovens: percepções de profissionais de saúde. Tese de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde apresentada na Escola Superior de Educação / Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Viana do Castelo

PALAVRAS-CHAVE: ATENDIMENTO; JOVEM; PERCEÇÕES; SAÚDE

DEDICATÓRIA

In memoriam
À minha mãe.
Ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

À professora Luísa Santos pela orientação, apoio, confiança e pelas críticas construtivas que me fizeram *crescer* e dar o máximo de mim.

À Dra. Carina Parente pela orientação, por me compreender, desde início, por me ter ajudado a ultrapassar os bloqueios constantes que tive e, sobretudo, tornar real esta investigação.

Ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, especificamente, à Escola Superior de Educação e à Escola Superior de Saúde que me permitiram realizar este mestrado e aumentar o meu conhecimento científico.

Aos profissionais entrevistados neste estudo que me permitiram aproximar das suas vivências e experiências no atendimento ao jovem. Foi tão bom começar a entrevista com um tom formal e acabá-la como se de uma conversa de amigos se tratasse.

À minha irmã e à minha avó. As duas mulheres da minha vida e os pilares que me sustentam em todos os momentos.

Ao Ricardo, pela paciência, por me fazer acreditar em mim própria e pelo amor (que é tão somente tudo).

À minha família, a quem roubei tempo (esse precioso).

Aos amigos, pelas minhas sucessivas ausências.

Aos colegas de trabalho, que sempre me incentivaram para a consecução desta investigação, mesmo quando eu achava que já não conseguia mais.

À Câmara Municipal de Fafe e à Sol do Ave, que foram benévolas com a minha situação de trabalhadora e de estudante de mestrado.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
ANEXOS	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	viii
INTRODUÇÃO	1
Introdução	2
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
I – A saúde na adolescência e na juventude	6
1.1 Conceito de saúde	6
1.2 Promoção e Educação para a Saúde	6
1.3 Breve abordagem da evolução e do conceito de adolescência	7
1.4 Fatores de risco associados a esta faixa etária	9
1.5 Sexualidade juvenil.....	11
II – Intervenientes informais na educação para a sexualidade dos jovens..	14
2.1. O papel da família.....	14
2.2 O papel do grupo de pares	16
2.3 O papel das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e dos <i>media</i>	17
III– Intervenientes formais na educação para a sexualidade dos jovens	19
3.1 Centros de Saúde e Hospitais	19
3.2 A escola	21
3.2.1 A Educação Sexual	22
3.3 O Instituto Português do Desporto e da Juventude.....	23
3.4 A Associação para o Planeamento da Família.....	25
IV – O atendimento a jovens.....	27
MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	33
I - Opções metodológicas.....	34
1.1 Fundamentação do método: Investigação qualitativa.....	34
1.2 Procedimentos de recolha de dados	35

1.3 Tratamento e análise dos dados: Análise de conteúdo e Grounded Theory	37
1.4 Apresentação dos sujeitos do estudo e da recolha dos dados	39
APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
Apresentação e discussão dos resultados.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
Conclusão e considerações finais	67
BIBLIOGRAFIA	71
Bibliografia	72
ANEXOS	84
ANEXO 1	85
ANEXO 2	87

ANEXOS

Anexo I – Guião da entrevista

Anexo 2 – Grelha da análise categorial

RESUMO

O ATENDIMENTO A JOVENS:

PERCEÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todas as etapas do ciclo de vida detêm especificidades de adaptação. Porém, a fase da adolescência é, por excelência, época de mudança. Assim sendo, a abordagem ao jovem deve ser específica e personalizada e o atendimento a estes dirigido visa informar, orientar e construir com estes possíveis caminhos, procurando responder às suas necessidades, expectativas e contribuir para o seu desenvolvimento positivo e adaptativo. Com este estudo pretendemos explorar as percepções de profissionais de saúde sobre o atendimento a jovens. Para isso, foi utilizada uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista, orientada por um guião focalizado. Através desta foi possível aceder à forma como os entrevistados pensam e sentem e, posteriormente, através da análise de conteúdo foi possível uma uniformização dos dados. A *Grounded Theory*, numa lógica indutiva, permitiu a passagem de um estado holístico, que se foi estreitando com o aparecimento de novos dados, para um estado mais particularizado e rico de conhecimentos. Os sete sujeitos do estudo foram selecionados em função dos conhecimentos e das experiências de relevo no atendimento a jovens. Os dados obtidos evidenciaram o conceito de atendimento a jovens e as suas características mais específicas. A empatia, a escuta ativa e a atenção dirigida à saúde dos jovens foram considerados fatores relevantes para o desempenho do papel dos profissionais de saúde que atendem jovens. Foram identificadas duas instâncias de atendimento neste âmbito, os Centros de Saúde (CS) e os Gabinetes de Atendimento a Jovens (GAJs), que são distintas no tocante aos procedimentos adotados. Os GAJs foram considerados mais personificados, garantindo um maior anonimato, privacidade, desburocratização e facilidade no acesso. Em contrapartida, os CS foram encarados como burocráticos, repletos de barreiras e não adaptados às necessidades específicas da camada jovem, podendo estes elementos justificar, em parte, a reduzida adesão dos jovens. Contudo, importa salientar que a complementaridade entre serviços de atendimento a jovens foi considerada uma mais-valia. Além disso, e apesar da família evidenciar dificuldades enquanto agente educativo primordial neste âmbito e o grupo de pares/amigos poder ou não transmitir informação válida, a educação sexual escolar obrigatória e o acesso fácil à informação (e.g. internet) surgem conducentes a um aumento do nível de conhecimento dos jovens relativamente à temática da sexualidade. Todavia, estarem mais informados não significa que adotem comportamentos responsáveis, vislumbrando-se uma ausência de correlação entre informação-atitude-comportamento.

PALAVRAS-CHAVE: ATENDIMENTO; JOVEM; PERCEÇÕES; SAÚDE

ABSTRACT

ATTAINMENT OF YOUNG PEOPLE: HEALTH PROFESSIONAL PERCEPTIONS

All the stages of the cycle of life have adaptation specificities. However, adolescence is, par excellence, a time of change. Therefore, the approach with the adolescent should be specific and personalized, because in the young people attainment is important to inform, guide and build with this possible paths, trying to meet their needs, expectations and contribute to their positive and adaptive development. With this study we intend to explore the perceptions of health professionals on the attainment of young people. For this, we used a qualitative approach with an descriptive and exploratory nature. Data was collected using focused script interviews. This way, it was possible to access how the respondents think and feel, subsequently, through content analysis, it was possible to standardize the data. The Grounded Theory in an inductive logic, allowed the passage of a holistic state, which has been narrowed with the appearance of new data, to a more particularized and knowledge rich state. The seven study subjects were selected according to their knowledge and experiences relevant for young people attendance. The obtained data demonstrated the concept of attendance to young people and their more specific characteristics. The empathy, active listening and attention directed to the health of young people were considered relevant factors in performance of the role of health professionals who serve youth. Have been identified two instances of youth people attainment, Health Centers and the Youth Service Offices, with distinct adopted procedures of attainment. The Youth Service Offices were considered more personified, ensuring greater anonymity, privacy, debureaucratization and the ease of access to services. In contrast, the Health Centers are seen as bureaucratic, full of barriers and not tailored to the specific needs of the youth, these elements may in part explain, the reduced adhesion of young people. Yet, it should be noted that complementarity between young people attainment services was considered an added value. On the other hand, the participants of our study emphasize that despite family continue to dismiss the role of primary educator in this field and their group of friends may or not be able to transmit valuable information, the mandatory school sex education and the easy access to information, particularly through the internet, led to an increased level of knowledge of young people regarding sexuality. Nevertheless, the fact that they are better informed does not mean they adopt responsible behaviors, glimpsing an absence of correlation between information-attitude-behavior.

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- APF – Associação para o Planeamento da Família
- AMA – American Medical Association
- CAJ – Centros de Atendimento a Jovens
- CS – Centro de Saúde
- DL – Decreto Lei
- DGCSP – Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- GAJ – Gabinetes de Atendimento ao Jovem
- GIA – Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno
- HBSC - Health Behavior in School-aged children
- IPDJ – Instituto Português do Desporto e da Juventude
- IPJ – Instituto Português da Juventude
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MGF – Medicina Geral e Familiar
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organizações Não-Governamentais
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- PF – Planeamento Familiar
- PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- TIC – Tecnologias da Informação e da Comunicação
- UN – United Nations
- UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População
- WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Introdução

A adolescência, a fase intermédia entre a infância e a fase adulta, é considerada a fase da vida mais conturbada do ser humano. As componentes físicas, psicológicas e relacionais entram em processo de maturação e a definição da personalidade e da identidade de cada jovem derivam da forma como o jovem lida com as dificuldades e as incertezas com que se depara durante esta etapa (Macedo, *et al.*, 2011).

As relações sociais e as atividades diárias dos adolescentes em diferentes contextos serão o mote para cada jovem desempenhar novos papéis, descobrir novas imagens de si próprio e a estabelecer a sua personalidade e a sua identidade (Sprinthall & Collins, 1994).

Muitas investigações têm surgido visando obter uma compreensão mais aprofundada da vivência da sexualidade na adolescência. A afetividade, antes circunscrita à família, na adolescência estende-se para o mundo exterior (Brás, 2008) gerando as condições necessárias ao aparecimento da sexualidade juvenil, sendo este um tema atual e do interesse de toda a sociedade, já que se torna premente contribuir para a redução dos comportamentos de risco associados a esta faixa etária, a saber a precocidade das relações sexuais, a gravidez na adolescência e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Vieira, 2009).

As necessidades de saúde dos jovens revestem-se de características muito próprias (Brás, 2008), por isso os motivos que os conduzem ao atendimento ultrapassam as vertentes física e biomédica e penetram as vertentes sociais e psicológicas, como refere Ungar (2007, *in* Macedo, *et al.*, 2011), as relações com os pais, com os amigos, com o/a namorado/a, com os professores, os comportamentos de risco, a relação com o próprio corpo e os problemas de autoestima.

Os adolescentes, diariamente, são ofuscados por informações provenientes dos mais diversos meios, quer formais, quer informais. Começando na família que é a primeira educadora; depois a escola que consome a maior parte do tempo dos jovens; o grupo de pares, os amigos, que ganham uma posição preferencial na fase da adolescência pela afinidade sentida pelos colegas da mesma idade, que pensam e sentem de uma maneira muito semelhante e, por último, os *media*, a internet, as revistas, a televisão que são meios de proliferação de informação. Segundo Brás (2008), a informação sexual que os adolescentes possuem é em regra incorreta, reduzida e repleta de lacunas.

Todavia, segundo Piscalho, Serafim e Leal (2000, *in* Matos *et al.*, 2009), apesar de terem acesso mais facilitado à informação, observa-se que os jovens continuam a adotar comportamentos de risco. Na luta contra esta evidência, acredita-se que estas informações devem ser sustentadas por uma educação intencional (Vaz, 1996) capaz de consolidar os conhecimentos dos jovens pois, e conforme Kaplan *et al.*, (2007), os adolescentes ainda não possuem uma capacidade crítica para discernir a informação correta da informação não correta.

Tylee, Haller, Graham, Churchill e Sancí (2007) enumeram seis locais fundamentais para serem criados serviços amigáveis para os jovens (*youth-friendly services*), nomeadamente: hospitais, Organizações Não-Governamentais (ONG) ou instituições privadas, escolas ou colégios, serviços de informação sobre saúde e com outras atividades, farmácias e locais públicos que os jovens frequentem (e.g. biblioteca).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), (2012), através do Decreto-Lei (DL) 259/2000 declarou-se prioritária a intervenção na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, bem como a melhoria das condições de acesso e de atendimento ao jovem. O Centro de Saúde (CS), mesmo tendo sofrido algumas mudanças, continua a não adaptar o atendimento às idiossincrasias desta faixa etária, processando-se as consultas de forma idêntica às dirigidas a outras faixas etárias (DGS, 2004). As unidades hospitalares, e de acordo com Tavares e Fonseca (2009), ainda detêm muitas lacunas sobretudo ao nível das condições estruturais, bem como do reduzido investimento dos profissionais na formação específica na área temática da adolescência.

Os GAJs foram criados pela Lei 3/84 e devem garantir o anonimato e a privacidade aos adolescentes. Neste âmbito, a Associação para o Planeamento da Família (APF) e, posteriormente o Instituto Português da Juventude (IPJ) abraçaram esta tipologia de intervenção e desenvolveram os Centros de Atendimento a Jovens (CAJ) em sedes distritais de Norte a Sul do país.

No seguimento do acima exposto, propusemo-nos a investigar algumas formas de atendimento prestado ao jovem ao nível da saúde sexual. E, foi neste enquadramento, que se definiram os propósitos do nosso estudo:

1. Conhecer as perceções dos profissionais de saúde no que se refere à conceção de atendimento a jovens;
2. Conhecer as perceções dos profissionais de saúde no que se refere ao papel por eles desempenhado no atendimento a jovens;
3. Conhecer as perceções dos profissionais de saúde no que se refere aos

conhecimentos prévios e ao comportamento dos jovens relativamente à temática da sexualidade;

4. Conhecer as perceções dos profissionais de saúde no que se refere à diferenciação de género, à afluência e às motivações dos jovens na procura do atendimento ao longo do tempo.

Estruturamos o presente estudo em quatro partes distintas. Assim, o primeiro capítulo é de carácter teórico e aproximação ao estado da arte relativo às temáticas em análise, o que nos permitiu conhecer investigações desenvolvidas neste âmbito. No segundo capítulo, apresentamos a metodologia adotada, os sujeitos do estudo e os procedimentos de operacionalização da recolha de dados. Seguidamente, expomos os resultados obtidos com o estudo e a sua discussão (Capítulo III). Por último, apresentamos as principais conclusões do presente trabalho, as limitações identificadas e sugestões para futuras investigações (Capítulo IV).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I – A saúde na adolescência e na juventude

1.1 Conceito de saúde

Segundo a Organização Mundial para a Saúde (OMS), em 1948, o conceito de saúde é considerado não apenas como ausência de doença mas, também, o bem-estar físico, mental e social (MS, 2002). Na opinião de Segre e Ferraz (1997), esta é uma definição ultrapassada por ser demasiado irreal e consideram que a saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a própria realidade. Por sua vez, Scliar (2007) corrobora afirmando que a saúde é o reflexo da época, do lugar, da classe social e que por isso não representa o mesmo para todos os indivíduos.

Nos tempos que correm sabe-se que a saúde ultrapassa a esfera da ausência de doença e adquire uma visão mais holística, surgindo estreitamente relacionada com a qualidade de vida. Se, outrora, a biologia imperava e importava apenas o tratamento, hoje sabe-se que a saúde deriva também de uma intervenção educativa precoce e promotora de comportamentos saudáveis. Neste sentido, a OMS aponta que cada cidadão deve ter um papel ativo na promoção da sua saúde através do empoderamento e da participação social (MS, 2002).

1.2 Promoção e Educação para a Saúde

Frequentemente os dois conceitos – Promoção e Educação - podem ser confundidos e, apesar das suas similitudes, têm significados distintos. Os especialistas da área e autores do modelo Preced-Proceed, Green e Kreuter (1991, *in* Candeias, 1997) referem que a Educação para a Saúde é uma combinação de experiências aprendidas com vista a facilitar comportamentos saudáveis e a Promoção da Saúde é um agregado de apoios educacionais, genéticos e ambientais que facilitam as condições de vida saudáveis.

A carta de Ottawa de 1986 (MS, 2002) foi pioneira no lançamento da concetualização de Promoção da Saúde como um processo que visa o empoderamento dos indivíduos e das comunidades para controlarem e melhorarem a sua saúde, reconhecendo o indivíduo como sendo capaz de atingir o seu potencial máximo de saúde, controlando os seus determinantes.

A partir desse momento, a saúde adquire uma posição mais positivista, deixando de ser vista segundo uma dimensão patogénica, passando a ser valorizada a dimensão salutogénica, e a enaltecer-se a educação e a promoção para a saúde. Assim, considera-se que a doença e a saúde já não dependem somente dos serviços de saúde, mas especialmente de cada um de nós, da própria sociedade e, por consequência, de múltiplos determinantes de saúde que não meramente os físicos (MS, 2002; Scliar, 2007). Todos temos a consciência de que uma grande parte das mortes que acontecem na atualidade têm como causa aspetos relacionados com o estilo de vida e, por esse motivo, podemos falar em determinantes de saúde, a saber o ambiente físico, económico, social, as características e os comportamentos individuais de cada pessoa.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (DGS, 2012) considera prioritário intervir nos seguintes determinantes de saúde identificados na população jovem: A redução do consumo de tabaco e álcool; a promoção da atividade física, da sexualidade segura e da condução segura e responsável. Embora seja possível intervir ao nível dos comportamentos, não é uma tarefa simples, pois implica a modificação de crenças e de valores enraizados secularmente. Porém, quanto mais precocemente se atuar, mais eficaz se torna.

A educação, por si só, deve ser da responsabilidade conjunta da família e da escola por serem estruturas poderosas na formação de base, na transmissão de valores e princípios e na modelagem de atitudes e comportamentos das crianças e dos jovens. Assim, passou a ser dada tanta importância à promoção e à educação para a saúde quanta era dada anteriormente à cura e ao tratamento e, hoje, considera-se que o acesso à informação e a capacitação dos indivíduos permite identificar comportamentos de risco, contribuir para a consciencialização sobre os mesmos e ajudar na adoção de comportamentos preventivos. No fundo, permite que o indivíduo se responsabilize pela sua própria saúde (MS, 2002).

1.3 Breve abordagem da evolução e do conceito de adolescência

Na antiguidade, a fase da adolescência era praticamente ignorada, uma vez que a puberdade era considerada a altura ideal para a preparação da vida adulta (no caso das raparigas, aprender as lidas domésticas e no caso dos rapazes, a guerra) que culminava com o casamento, frequentemente seguido do nascimento dos filhos. Já no século XIX,

as grandes transformações associadas à Revolução Industrial deram o mote à adolescência como uma das etapas da vida (Ferreira & Nelas, 2006).

Sprinthall e Collins (1994) mencionam que as características desta fase obedecem a um caráter único passando a ser considerado como um estágio do desenvolvimento humano.

Em Portugal, segundo os censos de 2011 (Base de Dados Portugal Contemporâneo, PORDATA, 2011) são mais de um milhão e setecentos mil os adolescentes e os jovens. A fase da adolescência implica mudanças várias e alguma confusão e rebeldia (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Para Sprinthall e Collins (1994), os antropólogos culturais consideram que os fatores ambientais têm maior relevo sobre o processo de adolecer do que propriamente os fatores de maturação, embora ambos sejam indissociáveis no desenvolvimento do adolescente. O adolescente amadurece através das relações que estabelece com o meio social, familiar, escolar e com as experiências pessoais, aprofunda o conhecimento de si próprio e do mundo que o rodeia, reconhecendo-se como membro de uma comunidade (Oliveira, 2006).

Segundo o mesmo autor, é no decorrer da adolescência que se constrói a identidade e se define a personalidade, selecionam-se os valores de referência, escolhe-se o caminho profissional e começa-se a estruturar um projeto de vida. Logo, é neste patamar da vida que se desenvolve a autonomia, se abandonam alguns laços infantis e se adota uma visão própria essencial para incrementar a capacidade para tomar as suas próprias decisões e suportar as consequências das mesmas.

O conceito de adolescência para Brás (2012) tem um caráter ambíguo e diverge de cultura para cultura. Já Prazeres (2003) considera-o um conceito abrangente e de difícil aplicação a um grupo etário rigorosamente definido, pois admite que existem oscilações impostas pelas diferenças entre os sexos, as etnias, os meios geográficos, as condições socioeconómicas, as culturais e a individualidade de cada adolescente. Assim, e de acordo com Traverso-Yépez e Pinheiro (2002), face a um contexto social mutante torna-se inviável uma conceção unívoca de adolescência.

O 1º Ano Internacional da Juventude decorreu em 1985 e culminou com o reconhecimento do papel do jovem. Durante esse ano desenrolaram-se inúmeras iniciativas por todo o mundo com o objetivo de procurar perceber as necessidades desta faixa etária e definir estratégias de atuação *a posteriori*. (UN, 2010).

1.4 Fatores de risco associados a esta faixa etária

Os adolescentes da era contemporânea são confrontados com muitos problemas de saúde, sobretudo, devido a fatores externos (Pais, Cabral, Ferreira, Ferreira & Gomes, 2003), a saber acidentes; doenças crônicas; consumo de substâncias psicoativas; excesso de peso e perturbações mentais (Eugloreh, 2007 *in* Machado, Alves & Couceiro, 2011; Papalia *et al.*, 2006), sendo por isso considerada como uma etapa difícil, com riscos não só para o indivíduo, mas também para a sociedade.

Pela expressão comportamento de risco entendemos a participação dos adolescentes em algum tipo de situação que pode comprometer a sua saúde. Vilar (2000 *in* Brás, 2008) considera que estes comportamentos de risco podem ter a ver não só com a falta de informação, mas também com a dificuldade em descodificá-la.

No seguimento do acima mencionado, Sampaio (1993) refere que a adolescência, por ser uma fase que põe tudo em causa, é a derradeira oportunidade para entrar na vida adulta de uma forma saudável.

O relatório internacional (2009-2010), Health Behavior in School-aged children (HBSC), que abarcou cerca de 200 000 adolescentes de 11, 13 e 15 anos oferece-nos um panorama da saúde dos adolescentes de 43 países e regiões da Europa e do Norte da América. Assim, e de acordo com este, a maioria dos participantes considera ter boa saúde e satisfação com a vida, comportamentos saudáveis, experiências e relacionamentos positivos com a família, escola e comunidade em geral. Todavia, esta satisfação vai diminuindo com o avançar da idade e, sobretudo, entre as raparigas.

Uma parte substancial dos jovens envolve-se em comportamentos de risco (Farias, *et al.* 2009), tais como o tabagismo (Malcon, Menezes & Chatkin, 2003; Segat, Santos, Guillande, Pasqualotto & Benvegnú, 1998), o consumo abusivo de álcool (Pais, *et al.*, 2003); e o reduzido consumo de frutas e de legumes que pode contribuir para o aumento de peso/obesidade (Fernandes *et al.*, 2009; Rech *et al.*, 2007). Ainda conforme Farias, *et al.* (2009), importa referir que a prevalência dos comportamentos acima mencionados tendem a aumentar com a idade e são mais comuns entre os rapazes. Ao nível de relações sexuais há divergências conforme as regiões, sendo que os rapazes iniciam mais precocemente a atividade sexual nos países da Europa de Leste, enquanto que no Norte e na Europa Ocidental são as raparigas (Currie *et al.*, 2012). A situação é semelhante no que toca à não utilização do preservativo (Xavier, 2005).

O mesmo relatório, mas restrito a Portugal (Matos *et al.*, 2010) realizado em 139 escolas públicas nacionais revelou que a saúde dos adolescentes tem acompanhado as mudanças contemporâneas, a saber o consumo do tabaco e do álcool regular tem diminuído bem como as situações de violência em contexto escolar; o uso do preservativo continua a aumentar mas, simultaneamente os conhecimentos acerca das IST diminuíram; a experimentação do haxixe parece tender para o aumento; o tempo de inatividade aumentou e o excesso de peso é uma realidade na adolescência.

No estudo de Mendonça, Maia e Ribeiro (2007) foi estabelecida uma comparação entre os jovens de Portugal e os jovens dos Estados Unidos e foram encontradas semelhanças ao nível dos comportamentos de risco dos adolescentes. De acordo com o referido estudo, os adolescentes portugueses tendem a fumar mais (36%), a envolver-se mais em lutas (43%) e a desafiar com relativa frequência a vida (19%). Por sua vez, os adolescentes americanos tendem a beber mais álcool (43%) e a iniciar a atividade sexual mais cedo (47%). Relativamente à utilização de preservativo na última relação sexual, 80% dos adolescentes portugueses utilizam-no contra 63% dos americanos.

Quando é necessário tomar uma decisão arriscada, tendencialmente as pessoas optam por escolhas menos acertadas (Newmann & Politser, 1992 *in* Loureiro, 2003) e os adolescentes, devido à fase de descoberta em que se encontram, têm uma maior predisposição para condutas de risco ao nível da saúde, minorando em consequência a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Assim, comumente exibem alguns comportamentos que preocupam a sociedade por serem consideradas fontes potenciais de risco, como tentativas de suicídio, distúrbios ao nível alimentar, consumo de tabaco/drogas e comportamentos sexuais precoces. Porém, nem todos os riscos poderão ser prejudiciais, sendo a experiência do risco inclusive necessária para o desenvolvimento da identidade do jovem (Pais, *et al.*, 2003). Neste sentido, e conforme Prazeres, (2003, p. 30) os comportamentos de risco são considerados “condutas de ensaio” que, segundo o mesmo autor, (1998), são comportamentos que podem gerar danos na saúde por um lado mas, por outro lado, podem potenciar o desenvolvimento pessoal e autónomo do adolescente.

Ser-se adolescente ou jovem significa explorar e descobrir novas sensações testando os limites em várias dimensões e “tal diversidade de vivências requer uma atenção particular dos programas de saúde” (Prazeres, 2003, p. 46). O risco torna-se inerente à vontade de exploração e de descoberta, podendo ser nefasto, ou não, mas é

um contributo essencial para o crescimento e desenvolvimento do jovem. Farley (1991, *in* Loureiro, 2003) corrobora a ideia de que o comportamento de risco pode ser positivo quando associado, por exemplo, à criatividade, ao espírito de aventura e descoberta e ao explorar do desconhecido.

Loureiro (2003) e Brás (2008) concordam relativamente ao facto de o sexo masculino, a proveniência de famílias instáveis e a idade são fatores que influenciam a adoção de comportamentos de risco. Um bom ambiente familiar, uma boa relação com a escola e um grupo de pares não envolvidos em comportamentos de risco são, pelo contrário, fatores amenizadores.

Geralmente, a perceção do risco por parte do adolescente é minimizada, e o jovem tem o chamado “pensamento mágico” (Kaplan *et al.* 2007, p. 74) *isso a mim não me acontece* ou projetada no outro *isso só acontece aos outros* (Secretaria de Estado de Saúde, 2006; Menezes, 1990 *in* Brás, 2008; Monteiro & Raposo, 2006), o que o torna mais suscetível ao risco. Por tudo isto é que se considera que a saúde juvenil é um conceito da atualidade ao qual importa dar especial atenção.

1.5 Sexualidade juvenil

Segundo Pontes (2001, p. 23), a OMS em 1975, definiu a sexualidade como “uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. É uma definição mais abrangente do que a que é, por norma, apresentada pelo senso comum, ao associá-la meramente à satisfação do corpo ou à função reprodutora.

A sexualidade expressa-se de forma distinta nas várias etapas da vida: Começa quando o bebé está na barriga da mãe, atravessa a infância, a juventude, a idade adulta, prolonga-se pela idade sénior, terminando com a morte (Sousa, 2000). No fundo, a sexualidade é simplesmente a maneira como cada um se descobre e como desvenda o(s) outro(s).

A sexualidade está presente na nossa identidade, seres biopsicossociais: Através da reprodução, permitindo a propagação da espécie; no reforço da relação amorosa, capacidade física de expressão do amor; e é fonte de prazer e responsável pelos nossos desejos, fazendo parte do nosso bem-estar e determinando a nossa qualidade de vida

(Miguel, 1988). Por ser tão ampla, pessoal, dinâmica e subjetiva torna-se muito difícil de definir e até de compreender porque, para além das características físicas que distinguem um sexo do outro, a sexualidade é o toque, o abraço, são os laços que se estabelecem, a intimidade que se cria, a palavra de conforto, a intimidade, o compromisso, que apenas o ser humano tem o privilégio de vivenciar.

Para além disso, é composta por duas vertentes: Pode oferecer prazer e satisfação em determinados momentos e circunstâncias, mas pode também presentear os mais desprevenidos com situações embaraçosas e de risco, momentâneas ou duráveis. E, é neste sentido, que uma orientação para a sexualidade é bem-vinda, sobretudo, entre os mais novos, menos informados, inexperientes e mais hesitantes na esfera afetiva e sexual para que encarem a sua sexualidade e a reprodução de uma forma positiva, como algo que potencia a saúde e a autoestima (MS, 2007).

É na adolescência que se dá a explosão sexual, sendo esta a fase mais inconstante de todos os períodos da vida humana e, por isso, é muitas vezes apelidada de turbilhão de emoções, sendo uma etapa evolutiva peculiar de vida (Sousa, 2000). O facto de estarem neste meio-termo (Kaplan *et al*, 2007), de já não quererem ser crianças, mas ainda não serem considerados adultos, deixa os adolescentes numa indefinição, por vezes, difícil de harmonizar. Por um lado, assistem ao crescimento e desenvolvimento de algumas partes do corpo. E, é precisamente a maturação dos órgãos sexuais (puberdade) que faz com que o adolescente não continue a pensar, a agir e a sentir como se fosse uma criança. Por outro lado, sentem mudanças psicológicas que os confundem, por se encontrarem entre o que era conhecido e o desconhecido que agora se aproxima (Brás, 2008). A par disso, as relações sociais também sofrem modificações, umas porque querem intensificar a intimidade e a vinculação (os pares) e outras das quais se querem distanciar por não encontrar grandes afinidades (pais e família).

Weeks (2003 *in* Pontes, 2010) considera que numa determinada época, e devido sobretudo ao domínio da Igreja Católica, a sexualidade era vista de uma forma totalmente biológica e de reprodução. Porém, atualmente, a condição juvenil corresponde a um tempo mais alargado e implica, na maioria dos casos, a quebra do vínculo entre relação sexual e procriação (Ferreira, *et al.*, 2006). O *ser jovem* estende-se para lá dos 24 anos por vários motivos: Dificuldade na inserção no mercado do trabalho, a dependência familiar (emancipação tardia), o adiar de projetos de vida e a instabilidade atual. Como tal, esta nova condição promoveu novas atitudes e comportamentos nos jovens, sobretudo entre aqueles que iniciam a sua atividade sexual.

No seguimento do acima referido, e segundo Giddens (1992 *in* Pontes, 2010), atualmente vivemos uma sexualidade plástica, ou seja, dissociada das necessidades de reprodução e isto fez com que a sexualidade começasse a ser vista na adolescência e a ser considerada um problema em emergência capaz de acarretar riscos vários. No estudo de Pais (1998) apenas um em cada quatro dos entrevistados associou as relações sexuais à procriação.

O termo sexualidade juvenil teve maior enfoque a partir dos anos 60, porém só nos anos 70 e 80 se reconheceu a sua prioridade em Portugal, reforçando a importância da promoção da saúde junto dos adolescentes. Contudo, e o mais preocupante é que, ainda hoje, em pleno século XXI, é considerado tabu, embora “prevaleçam pacificamente atitudes tradicionais/conservadoras e atitudes mais liberais” (Pontes, 2010, p. 62). A nossa sociedade é contraditória no que diz respeito à sexualidade juvenil, pois há adultos que reconhecem a sexualidade entre os jovens e há outros adultos que continuam a considerar arriscados os seus comportamentos sexuais, sobretudo do género feminino (Sousa, 2000). Assim, sendo do conhecimento geral que os adolescentes e os jovens iniciam a sua vida sexual em idades cada vez mais precoces, o mais premente não é silenciar um mal maior, mas sim discutir estes comportamentos e encontrar estratégias para minorar os danos que podem advir. Até porque, e em conformidade com os dados encontrados em Rodrigues (2010), Portugal é o segundo país na Europa Ocidental com maior taxa de grávidas adolescentes. E, segundo Ferreira *et al.* (2006), apesar de uma notória descida (entre 1990 e 2005), a incidência da SIDA continua a ser elevada e acarreta preocupação com os jovens entre os 15 anos e os 29 anos.

A OMS estabelece como população juvenil os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, subdividindo-os em *adolescentes*, aqueles que têm entre os 10 e os 19 anos, e *jovens*, aqueles com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos (DGS, 2006b). Já a DGS denomina de *jovem* todo o indivíduo com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos (DGS, 2004). Nesta sequência, e para efeitos deste estudo, optamos por utilizar a perspectiva da DGS.

II – Intervenientes informais na educação para a sexualidade dos jovens

Existem vários intervenientes que, de uma forma mais informal, participam no desenvolvimento dos jovens. Nos contextos informais a partilha de informação também acontece embora de uma forma menos consciente e consistente.

Hoje em dia, as fontes de informação dos jovens são múltiplas, mas nem todas são credíveis. Facilmente os jovens encontram informação de cariz sexual que, pela sua ambiguidade, pode conduzir a sentimentos de confusão. Diariamente imagens de cariz sexual (Secretaria de Estado de Saúde, 2006) surgem nos nossos ecrãs em novelas, em publicidade, em filmes. Além disso, também as revistas, os jornais, e a internet as transportam. Com tal aliciamento, os jovens tendem a recorrer a pessoas ou a locais de mais fácil acesso e que não os façam sentir vergonha, tais como, os amigos (grupo de pares), as revistas e a internet (Brás, 2008; Matos *et al*, 2009) podendo apresentar, em conformidade com a informação pouco fidedigna recolhida, atitudes e comportamento de risco e optar por caminhos menos saudáveis, dado o seu reduzido sentido crítico (Carvalho, 2008). Assim, importa reconhecer a importância do apoio dirigido aos jovens promovendo o seu juízo crítico e a tomada de decisão (Reis & Vilar, 2004; Secretaria de Estado de Saúde, 2006).

No processo de educação informal, a aprendizagem da sexualidade acontece através do processo de modelagem, isto é, de observação e imitação de comportamentos dispersos por vários contextos informais (Vaz, 1996).

Um jovem informado é um jovem equilibrado e responsável que está preparado para as complexidades que possam advir. E essa informação deve partir de um conjunto multifatorial: família, profissionais de saúde e da educação (Andrade *et al.*, 2007; Brás, 2012; Sousa, 2000; Tomé, 2011).

2.1. O papel da família

As famílias da atualidade são distintas das famílias da antiguidade, fruto das grandes mudanças contemporâneas: Existe um menor número de filhos; uma maior aceitação da separação e do divórcio; uma mudança do papel tradicional da mulher; um novo formato de casal (monoparentalidade, união de facto, casal do mesmo sexo) (MS, 2008).

A comunicação entre pais e filhos é a chave mestra para tornar o ambiente familiar num ambiente protetor (Currie *et al.*, 2012). A família é a primeira escola da criança (DGS, 2006a), pois é no seio familiar que se dá o desenvolvimento moral, social e cultural do jovem, sendo a função primordial dos pais prepará-los para a autonomia e para se apossarem do papel de adultos (Ferreira & Nelas, 2006).

Uma das funções da família é precisamente auxiliar na continuidade das aprendizagens iniciadas na infância e dos novos desafios da adolescência e da idade adulta (Sprinthall & Collins, 1994).

Os pais, por serem os primeiros cuidadores de saúde, devem ser responsáveis por promover o desenvolvimento saudável dos jovens. Logo, o comportamento sexual que o jovem adota, muitas vezes, reflete o que é vivenciado no contexto familiar em que se desenvolve (MS, 2008) precisamente porque o que diariamente acontece no quotidiano familiar servirá de modelo para o futuro (Sousa, 2000). Assim, a sexualidade vivida em equilíbrio durante a infância, num ambiente familiar saudável, de respeito e de carinho (Brás, 2012), promotor de uma modelagem positiva é essencial para a vivência da mesma em harmonia durante a adolescência e a juventude (Brás, 2008).

É necessário que a família acompanhe as mudanças da sociedade e comece a reconhecer a sexualidade juvenil e a falar sobre estes temas. No entanto, o diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade ainda hoje é muito diminuto (Freitas & Dias, 2010; Guimarães, Vieira & Palmeira, 2003; Correia, 2006; Dias & Gomes, 2000), por ser um tema ainda tabu que leva os adultos a fugirem do assunto, ou a optarem pelo silêncio quando dominados pela vergonha. Assim sendo, constata-se que muitos jovens não sentem suporte familiar ao nível das questões da sexualidade (DiCenso, *et al.*, 2001).

Por outro lado, quando o tema é abordado, quase que se instala um não diálogo uma vez que se transmitem informações de tipo médico, evitando-se o debate sobre a vivência emocional e de intimidade (Vieira, 2012). É neste sentido que surge um estudo de Matos e colaboradores (2006) que demonstra uma preocupante dificuldade na comunicação entre pais e filhos sobre temáticas relacionadas com a sexualidade. Resultados semelhantes aparecem no estudo de Anastácio (2007), sendo os temas da sexualidade considerados tabu no seio das famílias.

No estudo de Macedo e Souza (1996), os jovens consideram que os pais desempenham mais a função de remediadores da situação, após o problema constatado, do que a função de prevenção, utilizando um diálogo construtivo acerca das diferentes

fases de desenvolvimento. Por sua vez, Mendonça *et al.* (2007) concorda que a família, por vezes, adota uma postura mais protetora.

No seguimento do acima referido, é consensual que nem sempre os pais sabem agir perante o despertar da sexualidade dos filhos por terem dificuldade em comunicar com eles, ou por não se sentirem à vontade para falar sobre algumas questões por influência da educação que receberam (Almeida & Centa, 2008). Alguns dos aspetos mais evidentes prendem-se com a definição do tempo certo para a abordagem desta questão (Macedo & Souza, 1996), os pais não querem ser precoces, mas também não querem ser tardios. Contudo, o que acontece, na opinião dos jovens que participaram no estudo de Vieira (2012), é que os pais chegam tarde demais.

Segundo Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen e Trapl (2003, *in* Tomé, 2011), quanto menor for a supervisão dos pais, maior a propensão dos jovens para os comportamentos de risco. Assim, quando a família não fornece a informação necessária em casa nem estabelece diálogos abertos e sinceros, mais frequentemente os jovens acabam por recorrer a fontes menos verosímeis, tais como os amigos (Almeida & Centa, 2008).

2.2 O papel do grupo de pares

Sendo a adolescência uma fase de afirmação e de busca de autonomia, é nesta altura que os adolescentes se lançam a explorar novos ambientes sociais, estabelecendo uma maior diversidade de contactos (Sprinthal & Collins, 1994). Assim, o ambiente social/escolar sobrepõe-se ao ambiente familiar (Tomé, 2011) porque os jovens passam maioritariamente o seu tempo com os amigos, dando-se o afastamento da família, não por rejeição desta mas, simplesmente, porque se trata uma etapa do seu desenvolvimento (Papalia, *et al.*, 2006).

O sentimento de pertença a um grupo e a possibilidade de estabelecer relações de intimidade e com estabilidade são fatores importantes para o desenvolvimento normal dos jovens (Sprinthall & Collins, 1994).

Cada vez mais as normas sexuais são transmitidas em conversas entre pares (Marques, 2007). Os amigos e o grupo de pares ocupam um lugar central na adolescência, pela identificação, pelo amparo e pela compreensão sentidos nas suas dúvidas e conflitos (Macedo, *et al.*, 2011). Além disso, no diálogo que estabelecem sobre esta temática, não necessitam de usar uma a linguagem cuidada e ponderada

(Vieira, 2012). Neste sentido, alguns estudos (Guimarães, *et al.*, 2003; Castro & Rodrigues, 2009) confirmam que os colegas e os amigos surgem como um dos grupos preferidos dos jovens para recolherem informação. Contudo, o problema desta aprendizagem com os colegas reside na falta de informação que os próprios têm sobre sexualidade (Sprinthall & Collins, 1994).

As interações que se estabelecem entre os grupos, muitas vezes, condicionam as escolhas dos rapazes e das raparigas (APF, 2008). Assim, importa atentar à importância da educação entre pares que, através de ações e de aprendizagens, poderá contribuir para a capacitação de alguns jovens que, por possuírem boas informações, podem contribuir para efetivar mudanças em todo o grupo.

Para Rose (2000); Stiles e Raney (2004); Fied, Diego e Sanders (2002); Wilkinson (2009, *in* Tomé 2011), o grupo de pares e as relações sociais surgem como um contributo favorável à saúde física e mental dos jovens e como um antídoto para quadros de ansiedade e depressão. Pode ainda, o grupo de pares, se constituir como uma alavanca para comportamentos de risco quando se faz parte de um grupo em que estes comportamentos são uma realidade. Além disso, a falta de amigos pode ter efeitos semelhantes (Tomé, 2011).

Ainda segundo o mesmo autor, para que as intervenções nos comportamentos de risco se tornem mais eficazes, a inclusão dos pares é essencial. Porém, tanto o grupo de pares como a família, ainda que com papéis distintos, são preponderantes ao longo do percurso de adolecer.

2.3 O papel das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e dos *media*

Os meios de comunicação têm sido veículos de informação de cariz sexual, trazendo a público temas que antes eram considerados tabu por uma sociedade que, até meados dos anos 70, foi governada por uma moral rígida (Pais, 1998). Os *media* supervalorizam e exaltam o sexo em publicidades, filmes, música (Walsh, 1994 *in* Pais, 1998) e, por isso mesmo, têm um papel ativo na transmissão de conhecimentos aos jovens, sendo agentes modeladores de comportamentos (Brás, 2008).

Os jovens deparam-se com meios de comunicação que fazem da aparência física, o corpo esbelto e sensual, um elemento fundamental da identidade pessoal e até das relações humanas (Brás, 2012). Assim, as TIC têm sido corresponsáveis pela

multiplicidade de visões relativas à sexualidade (Lopes, 2003 *in* Machado, 2009) e, são hoje, agentes de educação sexual informais a relevar (Vaz, 1996). Contudo, a obtenção facilitada de informação não garante que os jovens adotem escolhas mais adequadas (Piscallo, Serafim & Leal 2000, *in* Matos *et al.*, 2009) porque, de facto, não existe uma filtragem na informação disponível (Vieira, 2009).

Neste sentido, Vieira (2012) diz que os jovens consideram que as TIC são um incentivo para a experimentação e para a precocidade das relações sexuais, uma vez que atualmente existe uma maior liberdade e, ao mesmo tempo, uma aceleração do processo de desenvolvimento. Na mesma linha, o estudo de Oliveira (2006) conclui que esta informação facilitada pode contribuir para o aumento do risco entre os jovens, dado que estes não conseguem fazer uma análise crítica da informação recebida.

Por outro lado, conforme Sousa (2000), os *media* são procurados por uma percentagem representativa de jovens sobretudo na área da sexualidade. Assim, as TIC e os *media* existentes são por eles eleitos como fonte principal de informação ao nível da sexualidade e dos afetos, apesar da inexistência de consenso ao nível da hierarquia preferencial dos meios. Os resultados obtidos por Correia (2006) mostram que os audiovisuais são preferenciais. Segundo Noronha (2009), a internet é o meio predileto dos jovens para a busca de informação, sobretudo entre aqueles que têm vergonha em falar sobre estes temas e/ou quando o jovem pretende uma busca de informação individual. Nos estudos de Castro e Rodrigues (2008) e de Guimarães, *et al.* (2003) as revistas e os livros são preferenciais.

A aprendizagem sexual informal e casual pode tender a comprometer o desenvolvimento sexual saudável do jovem se não for sustentada por uma educação sexual intencional (Vaz, 1996). Deste modo, as instâncias formais tornam-se imperativas a fim de clarificar e processar todas as informações que invadem o dia-a-dia do jovem (Reis & Vilar, 2004).

III– Intervenientes formais na educação para a sexualidade dos jovens

Muitos são os esforços que se têm feito para atender às necessidades deste grupo etário e foi, sobretudo, a partir do ano de 1986 que a DGCSP procurou incentivar a prestação de cuidados globais de saúde dos adolescentes criando, mais tarde, um Núcleo de Saúde dos Adolescentes que vigora até ao momento presente (Prazeres, 2006). Na educação afetivo-sexual é imprescindível a cooperação entre a família, a escola e outras entidades da comunidade (Brás, 2008).

A partir daqui surgiram leis, atividades, princípios orientadores e parcerias tendo sempre por base a prevenção e promoção da saúde.

O atual Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) apresenta os enquadramentos legais que regulam as atividades direcionadas para os jovens no âmbito da sua saúde sexual: O DL 259/2000 declara os adolescentes como grupo de intervenção prioritária em saúde reprodutiva e que deverão ser implantadas medidas capazes de atrair adolescentes, nomeadamente com menos burocracia, horários flexíveis e sem restrição de áreas de influência e deverão ser criadas condições que abarquem também o sexo masculino, sobretudo aqueles mais jovens; o DL 259/2000, que regulamenta a Lei 120/99 e que reforça o direito à saúde reprodutiva, fixa condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde (sexualidade e planeamento familiar); e o DL 60/2009 estabelece a aplicação da Educação Sexual em meio escolar.

De seguida, se apresentam as instituições com serviços destinados à promoção da saúde sexual dos jovens.

3.1 Centros de Saúde e Hospitais

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) disponibiliza um conjunto de instituições e serviços que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. No que diz respeito à saúde juvenil, constata-se que há uma melhoria da qualidade das respostas dadas. Para o efeito foram adaptados os modelos organizativos, foi facilitada a acessibilidade, apostou-se na preparação das equipas profissionais e criou-se a rede nacional de escolas promotoras de saúde, através da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, conforme despacho conjunto nº

271/98, posteriormente revogado pelo Despacho conjunto nº734/2000. A nível regional e local estabeleceu-se uma colaboração entre CS e o IPJ (Prazeres, 2006).

De acordo com o anteriormente mencionado considera-se que, pelo facto dos jovens serem considerados um grupo de intervenção prioritário, em todos os CS deve existir uma equipa multidisciplinar que atue ao nível da saúde sexual e devem ser tomadas medidas que estimulem os jovens e concomitantemente melhorem as condições de acesso ao atendimento.

As crianças e os adolescentes podem recorrer à consulta de Saúde Infantil e Juvenil que visa o seu acompanhamento desde o nascimento até à adolescência, cujo limite de idade são os 18 anos. Nestas consultas, para além dos exames clínicos, também são prestadas informações sobre alimentação, prevenção de IST, a vivência da sexualidade, entre outros assuntos do interesse desta faixa etária (DGS, s/d).

Apesar dos esforços realizados ao longo de duas décadas a verdade é que, no âmbito do SNS actual, a prestação de cuidados ao jovem é basicamente idêntica à prestação de cuidados da população geral.

Nos Hospitais continua a estar associado às consultas de Pediatria. O estudo de Tavares e Fonseca (2009) relacionado com a avaliação aos recursos de atendimento ao jovem nas unidades hospitalares portuguesas, mostrou que apesar das limitações ainda existentes, há um investimento na criação de *Serviços Amigos do Adolescente*. Por sua vez, Ribeiro e Rosendo (2011) salientam a falta de formação dos técnicos na área da saúde do adolescente apesar de esta estar legislada no programa de formação em Medicina Geral e Familiar (MFG), na Portaria nº 300/2009.

Igualmente, nos CS se tem procurado personalizar o atendimento ao jovem, mas está-se ainda num fase incipiente devido às divergências nas opiniões e posicionamentos dos profissionais envolvidos relativamente a fatores condicionantes da melhoria da ação dos serviços. Contudo, são notórias as iniciativas direccionadas a esta faixa etária.

O estudo de Sousa (2000) comprova a pouca adesão dos jovens aos serviços de saúde porque, menos de metade dos jovens em estudo, afirmaram recorrer aos serviços de saúde. Os motivos alegados foram: O desconhecimento; a transferência de responsabilidade, sobretudo, para a mãe; o constrangimento e os sentimentos de culpa, o medo e a indiferença. No artigo de Ferrari, Thomson e Melchior (2006) observou-se a não existência de um programa específico para jovens e uma dualidade sobre os serviços de saúde: será pouca a oferta dos serviços ou a baixa procura dos jovens? Os

estudos de Prazeres (1998); Sampaio (2009); Sasseti (1991) e Vicente (1999, *in* Brás, 2012) revelam que existe um desfasamento entre os cuidados que são prestados pelos serviços de saúde e as reais necessidades dos jovens.

Neste seguimento Brás, (2012) afirma que se os jovens evitam os serviços de saúde é necessário contornar a situação e desenvolver um leque variado de ações em outros locais (escolas, autarquias, paróquias, centros de lazer).

Nos estudos de Horta (2006) e de Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) verificou-se que nas unidades de saúde ainda impera o modelo biomédico, centrado na vertente curativa, apesar de se considerar que os problemas dos jovens resultam não de patologias, mas de repercussões de alguns padrões de conduta (DGS, 2006b). Também Formigli, Costas e Porto (2000) constataram que a maior parte dos adolescentes que recorreram ao serviço de saúde obtiveram um atendimento predominantemente curativo. Neste sentido, a consulta ao jovem não se deve somente centrar na resolução da patologia mas apostar na vertente preventiva que englobe a saúde global do jovem.

Uma das estratégias para apoiar os jovens nas dificuldades relativas à sua sexualidade foi a criação de espaços de atendimento ao jovem, descentralizados. Na Lei nº 3/84, de 24 de Março, está patente a tutela do Estado na instalação de CAJs. Estes espaços permitem que os jovens se dirijam e obtenham informações acerca do Planeamento Familiar (PF), de acordo com o seu estágio de vida. A portaria nº 52/85 de 26 de Janeiro regulamenta as consultas de PF e cria os CAJs, primeiramente em CS e Hospitais e, progressivamente, nas restantes estruturas de saúde. Além disso, define que os profissionais envolvidos nas ações de PF devem participar em ações de formação, nomeadamente ao nível do desenvolvimento psicológico e psicossocial do adolescente, dos problemas de comportamento do desenvolvimento e do comportamento sexual dos adolescentes.

3.2 A escola

Entre 1971 e 2001, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde passaram a partilhar a responsabilidade e os objetivos, mas utilizando metodologias distintas. Desde 2002, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da saúde escolar (DGS, 2006a).

Quer a OMS, quer o Ministério da Educação, consideram que o ambiente escolar é privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis pois quanto mais precoce, mais salutogénica será a intervenção, devendo a escola se tornar cada vez mais num

espaço capaz de educar para a cidadania e para hábitos de vida saudáveis e não apenas dedicar-se ao ensino das disciplinas programadas.

Nas instituições escolares promover e educar para a saúde não visa apenas a uma transmissão estática de conhecimentos mas, sobretudo, envolver a participação dos jovens numa aprendizagem ao longo da vida, transmitindo competências que impulsionem a sua autonomia e a melhoria da sua saúde. (DGS, 2006a). Uma escola promotora de saúde deve conduzir a um exercício pleno de cidadania, envolvendo alunos, educadores, família e a comunidade circundante.

Na região norte de Portugal, foi desenvolvido o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) que permite a articulação entre os CS e os agrupamentos escolares. É composto por uma equipa multidisciplinar que conta com a participação de médicos, enfermeiros, professores (professor coordenador da educação para a saúde do agrupamento) e psicólogos. A esta equipa compete a formação dos profissionais de saúde escolar, bem como a disponibilização de materiais pedagógicos, a dinamização de atividades de educação sexual e o apoio na implementação dos Gabinetes de Informação e Apoio ao aluno (GIA), em contexto escolar (PRESSE, s/d).

Os GIA surgem na sequência das escolas promotoras de saúde. Estes devem ser integrados nos projetos educativos de cada escola e consistem num espaço onde o atendimento é anónimo, gratuito e personalizado, permitindo aos jovens colocar questões e obter respostas às suas dúvidas de forma rigorosa e cientificamente sustentada, bem como tomar consciência dos comportamentos de risco e garantir que têm acesso a meios contraceptivos adequados. Estes gabinetes, por vezes, articulam com o CS da área geográfica e com o Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ).

3.2.1 A Educação Sexual

Com a entrada em vigor da Lei 60/2009, de 6 de Agosto, a Educação Sexual passou a ser uma das prioridades das escolas a nível nacional.

Segundo Sampaio, *et al.* (2005), educar para a sexualidade é o processo pelo qual se obtém informação, se desconstruem crenças e se promovem atitudes e comportamentos sexuais saudáveis, visando a integração harmoniosa das diversas facetas da sexualidade humana, em prol da adoção de uma postura responsável, flexível e gratificante pelas crianças e pelos jovens enquanto seres sexuados.

Cortesão (1989, *in* Brás, 2008) propõe o conceito de educação sexualizada, atribuindo uma visão não estanque à educação sexual que deve ser global, ao longo de toda a vida, promover a afetividade e projetos, bem como incluir toda a envolvente social.

Halstead e Waite, (2001 *in* Anastácio, 2007) consideram que a escola tem a capacidade de completar a educação no seio familiar e de estimular o sentido crítico dos jovens. Para isso, Brás (2008) defende que a Educação sexual deve funcionar na base da antecipação. Erradamente ainda se pensa que a informação leva à experimentação, no entanto existe alguma evidência que contraria esta ideia (Vieira, 2012).

Procura-se promover a consciencialização do jovem relativamente às suas atitudes e aos seus comportamentos, apoiando-o na antecipação das consequências dos mesmos e na tomada de decisão. Deste modo, os programas de educação sexual podem ser potenciadores de mudanças positivas nos comportamentos sexuais adotados pelos jovens (Andrade, *et al.* 2007), contribuindo para que se tornem mais assertivos e responsáveis.

A já referida Lei 60/2009 prevê a transversalidade da abordagem da temática da sexualidade, tornando as aulas das diferentes disciplinas espaços para reflexão, para partilha de ideias e para aquisição de novos conhecimentos. Concomitantemente introduz a obrigatoriedade dos GIA em todos os agrupamentos escolares, que são espaços de apoio mais individualizado aos alunos em contexto escolar. O trabalho aqui realizado deve acontecer em colaboração com outros organismos ligados à saúde.

3.3 O Instituto Português do Desporto e da Juventude

O IPJ deu lugar ao hoje designado IPDJ que tem por missão apoiar a definição, execução e avaliação da política pública governamental da juventude, procedendo à sua concretização e promovendo a participação dos jovens em todos os domínios da vida social (DL 168/2007). Uma das inúmeras vertentes do IPDJ é a oferta de um serviço que possibilita ao jovem informações acerca da sua saúde sexual.

Em 1998 foi criada a linha telefónica *Sexualidade em Linha*, ainda hoje em funcionamento, que resultou de um protocolo de colaboração estabelecido entre o IPJ e a APF. Este é um serviço de atendimento telefónico, a nível nacional, da responsabilidade de uma equipa de técnicos de saúde disponíveis a esclarecer os jovens na área da saúde sexual e reprodutiva (Portaria nº370 A/98, 2ª série).

Desconcentrados e dispersos por todo o país existem os CAJ que prestam informação e aconselhamento a jovens de uma forma gratuita, anónima e confidencial. São dinamizados por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos de serviço social, entre outros) e especializada nas temáticas da adolescência, designadamente na sexualidade e na saúde sexual e reprodutiva, podendo esta ser distinta de gabinete para gabinete. De notar que, alguns destes espaços, também disponibilizam: consultas de psicologia (Porto, Vila Real, Viseu, Setúbal, Santarém, Portalegre, Faro); de nutrição (Bragança, Porto, Viana do Castelo, Viseu); de prevenção do consumo substâncias (Porto, Évora, Portalegre); e de serviço social (Portalegre), (IPJ, s/d).

Rapidamente estes gabinetes se estenderam a todo o território nacional, tendo sedes distritais. O Gabinete Jovem de Leiria foi pioneiro ao ser inaugurado em 1998, seguindo-se o de Viana do Castelo, a 1 de Março de 1999, e posteriormente surgiu o de Braga, a 5 de Março de 1999.

Em 2008 surge um novo programa e uma nova filosofia de base para os gabinetes. Estes espaços tornam-se mais amplos, abarcando não só a sexualidade juvenil como outras problemáticas inerentes à saúde dos jovens e passam a designar-se apenas Gabinetes de Saúde Juvenil.

Segundo Prazeres, (1998) o atendimento juvenil deve possuir características específicas que o distingue das demais consultas, a saber: De fácil acesso e disponibilidade de cuidados antecipatórios; devem ser reconhecidos e credibilizados pela comunidade a que se destinam; devem garantir qualidade para que os recetores se sintam satisfeitos; deve ser oferecida gratuidade, privacidade, apoio continuado e adequado às características de cada indivíduo, havendo uma abertura à diversidade (cultural, étnica, social e individual); e a participação dos jovens e a dinamização do seu convívio devem ser uma realidade.

Por sua vez, Pardal (1993) considera que os gabinetes juvenis devem ser espaços acessíveis (perto de casa, escola, trabalho); acolhedores, com salas suficientes, cores claras, tranquilos e munidos de profissionais de saúde multidisciplinares competentes, motivados, com capacidade de ouvir e de respeitar o adolescente. Estes profissionais não devem ser nada mais do que facilitadores, que falem a linguagem dos jovens, que os incentivem a falar sobre o que pensam e o que sentem, procurando desmistificar tabus e estereótipos e, ao mesmo tempo, possam fazer reflexões críticas e aceitar o despertar do corpo para a sexualidade sem qualquer medo ou preconceito.

Estes gabinetes juvenis não só existem para os atendimentos, mas também para a dinamização de outras atividades apelativas para a juventude, colocando-os à vontade pois ninguém sabe para que fim, efetivamente, cada jovem recorre ao gabinete. O mesmo não acontece no CS, nomeadamente, nos espaços de consulta de PF, onde os jovens se sentem demasiado expostos e desenquadrados por ser um atendimento semelhante ao de outras faixas etárias (Prazeres, 1998).

Assim sendo, estes gabinetes juvenis propiciam um crescimento saudável e harmonioso, uma vez que contribuem para o alívio de algumas ansiedades e de medos provindos das suas dúvidas que podem comprometer o seu normal desenvolvimento. Por um lado, estes jovens têm acesso a uma informação correta e não se intimidam com as mudanças que ocorrem gradualmente e, por outro lado, ocupam-se com atividades de enriquecimento cultural e social ao invés de estarem desocupados e/ou mal ocupados.

3.4 A Associação para o Planeamento da Família

A APF tem um papel primordial na Saúde Sexual e Reprodutiva, em Portugal. Foi criada em 1967 tendo, desde então, realizado uma série de atividades com vista a destacar o papel do PF no bem-estar e na saúde dos portugueses.

Nos anos 80, um trabalho comunitário realizado pela APF com mulheres num bairro, em Lisboa, foi o mote para o surgimento dos serviços de atendimento e aconselhamento para jovens. A partir daqui, a APF procura que os jovens tenham acesso a consultas de PF (que era proibido até então), bem como a métodos contraceptivos, sem ser necessário o consentimento dos pais. Com caráter experimental surgem os primeiros centros de atendimento nas delegações de Lisboa e de Coimbra, num espaço da Associação Académica. Paralelamente, começa a ser do interesse desta associação a implementação da educação sexual nas escolas. Em 1988, dedica-se à definição das linhas gerais da Educação Sexual para as escolas (APF, s/d).

Com a legislação da Educação Sexual e Planeamento Familiar (Lei 3/84), a Proteção da Maternidade (Lei 4/84) e a Interrupção Voluntária da Gravidez (Lei 6/84) estavam reunidas as condições nacionais para um pleno desenvolvimento do PF. O trabalho da APF, a partir de 1984, baseou-se na formação e preparação de profissionais para a abertura dos centros de atendimento aos jovens.

Em 1985, na delegação do Porto, acontecia o primeiro curso de formação em atendimento a adolescentes e criou-se o primeiro CAJ da APF. Durante a década de 90 foram aparecendo outros, em diversas regiões do país, (APF, s/d).

Os CAJs foram legislados pela portaria nº52/85 de 26 de janeiro, nomeadamente no artigo 3, em CS e hospitais e com a preparação *a priori* dos profissionais. Estes atendimentos devem ser gratuitos, anónimos, de fácil acesso e desburocratizados. Em locais onde ainda não existam CAJs, os jovens deverão dirigir-se às consultas de PF dos CS ou Hospitais.

IV – O atendimento a jovens

Para Sexton & Griffin (1997), o aconselhamento é um processo interativo que facilita o desenvolvimento do outro. Brás (2008) considera o aconselhamento como uma forma de estimular o indivíduo a falar sobre si próprio.

O GAJ é um espaço destinado ao aconselhamento ou *counselling* ao jovem que, segundo Burnard (2005), significa dar a oportunidade de falar com um profissional que o procurará ajudar a melhor entender os seus sentimentos, a encontrar novas estratégias de *coping* e a ter um maior controlo da sua vida (WHO, 2001).

Partindo do pressuposto de que a adolescência é uma fase peculiar do desenvolvimento humano, o atendimento e o aconselhamento deverá ajustar-se a essas particularidades. Neste sentido, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alertam para a importância de se criarem Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (Comité Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescentes, 2010). Estes serviços consistem num vasto leque de oportunidades para se estabelecer uma relação positiva entre os jovens e os serviços de saúde, bem como entre os serviços de saúde e os jovens. Possuem as seguintes características: Serem espaços confortáveis, privados e confidenciais; terem profissionais empáticos, ouvintes e não julgadores e, por isso mesmo, serem compostos por equipas motivadas, com formação e que respeitam as especificidades da adolescência; terem horários adequados e sem filas de espera e por, constantemente, reorganizarem o atendimento a fim de cativar os jovens do sexo masculino.

Segundo a WHO (2012) estão em curso iniciativas em vários países para a criação de Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens. Estes serviços visam derrubar as barreiras existentes nos serviços de saúde que afastam os jovens, mais do que criar novos serviços exclusivos para este grupo etário, como se fossem *ghettos* apenas destinados a jovens mais estigmatizados. Assim, urge que os serviços de saúde se tornem amigáveis, e para isso deveriam ter as seguintes características: Serem espaços acessíveis; aceitáveis; equitativos e também, para além disso, apropriados e eficazes.

Paralelamente, a American Medical Association (AMA), (1997) considera que os profissionais que atuam nos serviços preventivos para jovens devem cumprir com as seguintes recomendações: Anualmente deve acontecer uma consulta preventiva onde se abordem as várias vertentes da adolescência, desde os aspetos físicos aos aspetos

emocionais, relacionais e psicológicos; além disso, os serviços devem ser apropriados à idade e ao desenvolvimento do jovem e sensíveis às diferenças individuais; deve ser respeitada a confidencialidade, embora envolvendo os familiares do jovem em algum momento; e os próprios pais ou familiares devem receber orientações de saúde sobre as fases da adolescência.

O atendimento a jovens é composto por um conjunto de serviços, técnicas e métodos que dão resposta aos problemas dos jovens, auxiliando-os no cuidado à sua saúde e na obtenção de bem-estar sexual e reprodutivo (DGS, 2008). A principal tarefa dos profissionais de atendimento é ajudar o jovem a refletir e a tomar decisões informadas. Prazeres (1998) sustenta que estes profissionais devem criar condições para que os jovens sejam capazes de tomar uma decisão pessoal responsável e informada relativamente aos comportamentos. Assim sendo, existem algumas características e técnicas que são relevantes no atendimento a jovens e que se apresentam seguidamente.

A primeira e talvez a mais importante é a confidencialidade (Prazeres, 1998; DGS, 2004; MS, 2008; Senderowitz, 1999; Taquette, Vilhena, Silva & Vale, 2000; Ginsburg, *et al.* 2002; WHO, 2001; Kang, *et al.* 2003; DiCenso, *et al.* 2001) por ser a característica mais valorizada pelos jovens. Quando eles se dirigem ao serviço, para conversar sobre os seus problemas querem que o assunto fique ali. A privacidade surge nesta sequência, uma vez que os jovens querem recorrer aos serviços sem serem reconhecidos. Assim, os espaços a eles dirigidos devem incluir serviços diversificados para que o motivo que está na base da sua procura não seja facilmente identificado. A garantia da confidencialidade e da privacidade são valiosas ferramentas de encorajamento para o jovem (Position Paper of the Society for Adolescent Medicine, 2004).

É sobretudo nas instituições de saúde que os jovens sentem que a sua confidencialidade é posta em causa, principalmente por se terem de fazer acompanhar dos seus familiares. No sentido de minorar as consequências desta barreira, o atendimento pode ser desmembrado em dois momentos (MS, 2008; Taquette, *et al.* 2000; Secretaria de Estado de Saúde, 2006) ou em três momentos (Ferreira, Romanini, Beirão & Miranda, 2005), subentendendo-se que tem que haver, pelo menos, um momento em privado com o jovem para que ele se possa exprimir mais facilmente perante o profissional. Assim está assegurada a participação dos familiares na saúde do seu jovem, sem se comprometer a confidencialidade do mesmo (Position Paper of the Society for Adolescent Medicine, 2004).

No seguimento do acima mencionado, constata-se que a valorização da autonomia no jovem poderá ser fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança e vinculação entre o jovem e o profissional (MS, 2008; Henriques, 2009; Domingos & Madeira, 2004; Secretaria de Estado de Saúde, 2006). Contudo, importa ter presente que este vínculo não acontece apenas num encontro, vai sendo construído através da interação constante, do diálogo empático e da escuta ativa entre profissional e o jovem (Domingos, 2003 *in* Horta, 2006).

O jovem pode encontrar-se numa fase de vida mais voltada para si próprio, logo valorizará o profissional que lhe demonstrar ter disponibilidade temporal para o ouvir e para o atender fora de horários agendados (MS, 2005; Lindsey & Kalafat, 1998; WHO, 2001). Neste sentido, importa considerar que nem sempre os horários dos serviços se adequam ao momento de satisfação das necessidades dos jovens, sendo de relevar a flexibilidade de horários no atendimento a jovens, bem como o ser isento de custos (Brás, 2008).

Em relação às diferenças de género no recurso aos serviços de saúde por questões relacionadas com a sexualidade, Prazeres (2003) considera que existe uma grande diferença, sendo que as raparigas são as que mais recorrem e, em contrapartida, os rapazes por se considerarem mais saudáveis e felizes, referem que não se sentem tão familiarizados com estes espaços. Neste sentido, Couto *et al.* (2010, p.267) acrescentam que os serviços de saúde “são espaços feminilizados”. Mendes (2011) comprova isso mesmo, ao constatar que mais de metade dos inquiridos na sua investigação consideram *não ser preciso* recorrer a estas consultas.

Um outro aspeto digno de realce neste âmbito são as equipas de profissionais serem maioritariamente compostas por elementos do género feminino. Sobre este facto, as raparigas referem que se sentem mais constrangidas quando atendidas por um técnico do sexo oposto (Horta, 2006; Ginsburg, *et al.* 2002; WHO, 2001), sobretudo quando a consulta implica a exposição do corpo (Domingos & Madeira, 2004). Segundo Grande (1999); Macpherson (2001); Sampaio (2006, *in* Brás, 2012) é importante dar ao jovem a oportunidade de escolher um elemento da equipa com a qual queira estabelecer uma relação mais próxima.

A empatia é outra das características importantes (DGS, 2008; MS, 2008; Domingos & Madeira, 2004), já que a única maneira de compreender a vida da outra pessoa é através do estabelecimento de um diálogo aberto entre o profissional e o individuo (Freed, 1985) e, por isso, é preciso saber escutar o jovem, prestando a devida

atenção à sua linguagem não-verbal, e estabelecer um clima de confiança para que flua mais facilmente o seu discurso e este se sinta à vontade para colocar as suas dúvidas e questões (MS, 2008; Horta, 2006). Contudo, e apesar de estabelecida uma relação positiva com o técnico, nem sempre o jovem diz o que realmente está a sentir.

Um outro elemento negativo associado aos serviços de saúde é a rotulagem do mesmo que faz com que o jovem resista à sua procura (Senderowitz, 1999). A sociedade tem vindo a rotular os adolescentes de irresponsáveis em relação à sexualidade, às drogas, à delinquência. Contudo, não sendo uma tarefa fácil, é uma obrigação dos profissionais de saúde adotar uma postura neutra no atendimento, afastando-se de uma visão estereotipada (Horta, 2006). Neste sentido, importa ter presente que os jovens receiam que os profissionais de saúde tenham atitudes autoritárias e criem juízos de valor a seu respeito (MS, 2005, 2008; Henriques, 2009).

Partindo do pressuposto que a sexualidade é um temática complexa e multidimensional, a equipa técnica deve ser preferencialmente multidisciplinar e heterogénea (DGS, 2008). O trabalho em equipa deve ser uma referência, pautado pela convergência das visões distintas de cada especialidade, centralizando-se a atenção no problema, discutindo e posteriormente definindo qual a resposta mais eficaz para cada situação (MS, 2008). Porém, e como referido acima, o atendimento em Planeamento PF é feito maioritariamente por profissionais do sexo feminino (Nogueira, 2009). Além disso, alguns profissionais ao atenderem o jovem adotam por uma postura diretiva, decidem pelo jovem, dizem-lhe o que deve e o que não deve fazer, causando inevitavelmente um afastamento do mesmo, por se sentir incompreendido (WHO, 2001). Os CS são compostos por equipas pluridisciplinares e, como tal, estão em condições de promover educação sexual aos jovens e promover a formação e atualização de outros técnicos (Rodrigues, 1998 *in* Brás, 2008). Por sua vez, Brás (2012) também considera importante que exista uma equipa multidisciplinar ou um núcleo de saúde do adolescente, com profissionais especializados em saúde comunitária, saúde infantil e saúde mental.

Para além da importância atribuída à equipa multidisciplinar, a motivação, a formação e o conhecimento da cultura do adolescente e do processo em que ocorre a transição da infância para a adolescência, (Lindsey & Kalafat, 1998; Sprinthall & Collins, 2008; Senderowitz, 1999; Ginsburg, *et al.* 2002) são fundamentais no atendimento ao jovem. Costa e Coelho (2011), numa revisão de artigos, apontam a

premência das instituições formadoras englobarem a sexualidade na formação dos profissionais.

Um outro aspeto a relevar é a forma como o profissional inicia o atendimento porque poderá comprometer a resposta do jovem e as suas atitudes a partir daí. Segundo a WHO (2001), o profissional deve considerar não só a dimensão física do jovem, mas sobretudo a emocional, procurando estabelecer um diálogo pela positiva ao invés de se focalizar no problema (*de que se queixa?* ou *qual é o problema?*). Caso contrário, os jovens continuam a ver os serviços de saúde apenas como locais para resolverem questões biológicas (*check ups* e contraceptivos), DiCenso, *et al.* (2001). Além disso, importa que a informação dada pelo profissional seja a necessária, devendo esta ser discutida com o jovem (DGS, 2008).

A burocracia também é uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde. O ter de agendar consulta, esperar numa fila ou dar os seus dados pessoais são factos que incomodam o jovem e servem de entrave na altura de procurar os serviços (MS, 2008; Mendes, 2011).

O espaço físico deve ser acolhedor e incluir materiais educativos e informativos para os jovens, tais como, revistas, panfletos, vídeos (MS, 2008)

Henriques (2009) aponta como causas do insucesso de no atendimento ao jovem: A falta de formação dos profissionais e a inadequação dos serviços de saúde às especificidades desta fase de vida. Horta (2006) acrescenta o facto dos jovens se sentirem invulneráveis, fruto da faixa etária em que se encontram.

Estabelecer parcerias com outras estruturas e serviços pode ser uma forma de aumentar a afluência de jovens aos atendimentos. De modo a responder às diversas necessidades desta população-alvo, os CS deveriam atuar em articulação com outras instituições (Brás, 2008). Contudo, a inflexibilidade dos serviços é uma das barreiras apontadas por Kang *et al* (2003).

Foreit *et al* (1978) e Bertrand *et al* (1995), referidos por Carvacho, Mello, Morais e Silva (2008), sistematizaram as barreiras de acesso aos serviços de PF. Foreit *et al.* apresentam quatro dimensões: Uma primeira dimensão tem a ver com o acesso geográfico – nomeadamente onde estão localizados estes serviços; a segunda diz respeito ao acesso económico – alguns serviços requerem custos, como farmácia, transporte de deslocação...; a terceira dimensão reporta-se ao acesso administrativo – as burocracias ao nível dos documentos, dos horários e do tempo de espera prolongado; a quarta diz respeito ao acesso à informação – desconhecimento dos serviços oferecidos,

por parte dos jovens. Bertrand *et al.* acrescentam uma quinta dimensão, de natureza psicossocial – as barreiras psicológicas e/ou culturais que aludem ao acesso dos jovens aos serviços de saúde, nomeadamente a “distância social” entre os profissionais e os jovens (classe social ou etnia; questões de género; crenças religiosas; diferenças de idade).

Findo este enquadramento apresentamos, de seguida, o nosso estudo, desde a recolha, a análise e a apresentação dos dados juntamente com algumas referências a analogias e assimetrias com o estado da arte.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

I - Opções metodológicas

No presente capítulo apresentamos a metodologia utilizada no desenrolar desta investigação.

Neste estudo recorreu-se à metodologia qualitativa a fim de acedermos às perceções de profissionais de saúde relativas às suas práticas no atendimento a jovens através da análise das suas narrativas.

A investigação descritiva permite identificar minuciosamente opiniões, práticas, pontos de vista e atitudes (Best, 1982). Assim, e perante o nosso propósito, a investigação teve um maior enfoque no processo do que no resultado final e, por isso mesmo, adotamos a Grounded Theory como metodologia nesta investigação.

1.1 Fundamentação do método: Investigação qualitativa

Esta investigação seguiu a lógica consagrada por Quivy e Campenhoudt (1998) baseada nos princípios do procedimento científico em ciências sociais, composta por sete etapas e três atos.

A primeira etapa diz respeito à pergunta de partida; a segunda, pressupõe as leituras que permitem aprofundar o conhecimento e as entrevistas exploratórias (permitem o contacto com a realidade); na terceira, apresenta-se a problemática. Estas três constituem o primeiro ato que diz respeito à rutura, onde se começa a construir um novo conhecimento científico. Em segundo surge a construção (composto pela etapa três, da problemática; e a etapa quatro, de construção do modelo de análise) que implica analisar as explicações do fenómeno a estudar e iniciar a definição do plano de pesquisa. Por fim, o terceiro ato, a verificação (inclui a quinta etapa, da observação; a sexta etapa da análise das informações; e a sétima etapa conclusiva), é neste ponto que se validam os factos e a investigação adquire maior cientificidade.

Em função do acima exposto, o enquadramento teórico apresentado acrescenta conhecimento e orientação para a investigação, aproximando-nos do real e conduz-nos a uma interpretação mais profunda dos fenómenos da vida coletiva (Quivy & Campenhoudt, 1998), através das leituras e das entrevistas exploratórias realizadas.

Partindo do pressuposto que os objetivos são formas de orientar e nortear a fim de se alcançar o alvo da investigação (Randolph & Posner, 1992), é nossa pretensão com este estudo entender qual a importância do atendimento ao jovem, auscultando

técnicos com conhecimento e prática profissional de relevo nesta área. No fundo procuramos aceder às perceções dos profissionais de saúde e conhecer as suas perspetivas relativas ao atendimento a jovens.

Estando nós a penetrar o campo da subjetividade, optamos por uma metodologia qualitativa de forma a acedermos a um leque diversificado de informações pertinentes e a capturar o maior número de perceções pessoais e sociais a fim de concretizarmos o objetivo desta investigação. A investigação qualitativa permite encontrar significados e dá ênfase a todo o processo e não apenas aos resultados (Ribeiro, 2007).

Como ponto de partida surgiu a pesquisa bibliográfica e a análise documental feita através de fontes fidedignas que veiculam informação credível. Já que só através de um conhecimento mais aprofundado se consegue fazer investigação e “os documentos são uma fonte não-reactiva e especialmente propícia para o estudo de longos períodos de tempo” (Neves, 1996, p.3).

Enquanto os estudos quantitativos procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido e chegar a verdades absolutas, os estudos qualitativos não utilizam instrumentos estatísticos para a análise dos dados (Neves, 1996), pelo contrário a sua maior preocupação dirige-se para o objeto de estudo, procurando perceber a realidade pelo ponto de vista dos envolvidos e tentando dar sentido aos fenómenos.

Por serem utilizados métodos mais informais e com um cariz mais subjetivo, a investigação qualitativa é, às vezes, criticada. Porém, ela ganha pertinência por conseguir ir buscar entre linhas, pausas, expressões que apenas são perceptíveis em entrevistas, observação e no contacto direto com o público-alvo.

1.2 Procedimentos de recolha de dados

O trabalho de descrição tem carácter fundamental num estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são obtidos (Manning, 1979). Assim, o presente estudo utilizou como instrumento de recolha de dados a entrevista, com guião focalizado em temáticas chave, não com perguntas rigidamente construídas ou precisas, mas sim permitindo uma livre comunicação por parte dos entrevistados, introduzindo novas temáticas no decorrer da entrevista, sempre que pertinente.

Para a elaboração deste guião, realizou-se precedentemente uma revisão da literatura de forma a encontrar as temáticas que nos ajudariam a atingir os nossos

objectivos de investigação, uma vez que o investigador deve possuir um conhecimento aprofundado do tema em estudo (Ribeiro, 2007).

A entrevista consiste, em traços gerais, numa conversa em torno de um tema com uma ou mais pessoas em que há a intenção de obter o maior número de informações provenientes do conhecimento e da realidade do entrevistado. Importa, sobretudo, dar liberdade ao entrevistado para que este possa falar abertamente, como desejar e como lhe convier (Quivy & Campenhoudt, 1998).

As entrevistas, semi-estruturadas, garantem ao investigador a certeza de obter dados comparáveis entre os vários sujeitos do estudo (Bodgan & Biklen, 2007). Ao serem realizadas com um contacto físico e direto, facilita a captação de um maior número de informações, moldando-se a conversa conforme desejado e tornando a comunicação autêntica. De notar que, quanto menos o entrevistador interferir, maior será a riqueza proferida pelo entrevistado (Guerra, 2006) pois, ao não se sentir pressionado pelas questões, os seus pensamentos e respostas fluem mais facilmente.

Ao mesmo tempo, foi dado enfoque a todas as palavras, gestos e atitudes do entrevistado, seguindo uma lógica de detetive (Bodgan & Biklen, 2007) com o propósito de desenvolver um conhecimento geral dos pensamentos, percepções e perspectivas dos entrevistados (Ribeiro, 2007).

As características de Bogdan e Biklen (2007) foram seguidas nesta investigação qualitativa: O ambiente natural não foi escolhido por mero acaso, aconteceu para facilitar o diálogo, reforçando a lógica que as temáticas só são possíveis de compreender se forem recolhidas no local onde ocorrem e diretamente da fonte. As entrevistas deste estudo realizaram-se maioritariamente no GAJ, à exceção de dois profissionais que, por motivos pessoais, não se puderam deslocar, tendo sido agilizadas num outro local de encontro da preferência dos mesmos.

Na análise qualitativa é mais importante o significado que os profissionais, individualmente, atribuem às suas ações. Não existe pretensão de comprovar nada, mas sim apresentar resultados que podem ser possíveis de se atribuir a outras situações, contextos ou a outros sujeitos.

Assim, o discurso ocupou o lugar central neste estudo. Os discursos proferidos pelos entrevistados foram recolhidos em suporte áudio durante a entrevista, transcritos e, posteriormente analisados em toda a sua riqueza a fim de desvendar as percepções pessoais dos profissionais sobre o tema.

Foi dado um maior enfoque ao processo do que ao resultado, adotando-se uma estratégia indutiva, ou seja, muito alargada desde o início, que posteriormente se foi tornando mais direcionada e específica. Desta forma, conseguimos aceder à riqueza intrínseca nas palavras dos sujeitos em estudo.

Por fim, foi-se construindo conhecimento à medida que os profissionais relatavam as suas experiências. Estes discursos foram ganhando forma à medida que se recolhiam novos conteúdos, se agrupavam e davam lugar à pretensão desta investigação - tentar compreender o significado que os sujeitos atribuem às suas próprias experiências e práticas.

1.3 Tratamento e análise dos dados: Análise de conteúdo e *Grounded Theory*

A análise permite compreender a decomposição do todo em partes, com o propósito de proceder a uma descrição das relações que se encontram entre as partes (Lessard-Hébert, 1996).

Porque enveredamos pela metodologia qualitativa, a análise de conteúdo apresenta-se como a forma mais correta para tratar os dados recolhidos.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas capazes de analisar as comunicações e até desvelar algo que não foi verbalizado através do desmembramento das mensagens. Permite, ainda avaliar os significados que os sujeitos atribuem às suas próprias práticas com um certo grau de profundidade e complexidade (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Terminado o trabalho de campo, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as informações foram organizadas de forma a facilitar o processo de análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977) esta análise é composta por três fases: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A primeira fase é de pré-análise, de organização do material recolhido. Depois de transcritas integralmente todas as entrevistas, foi realizada uma leitura exaustiva que, gradualmente se vai tornando mais perceptível até se construir o universo a ser estudado, a constituição do corpus que é composto por todos os documentos que serão submetidos à análise. Na escolha desses documentos, são tidos em conta todos os elementos do corpus e seguidas as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade

e da pertinência (Bardin, 1977). Assim, neste caso, os documentos dizem respeito às entrevistas transcritas na íntegra.

Para a exploração do material, a segunda fase, é necessário recorrer-se à codificação e decomposição.

O tratamento das entrevistas apenas é possível após a sua codificação. Isto permite transformar as entrevistas numa forma de representação do conteúdo que esclareça o analista (Bardin, 1977). A análise de conteúdo permite uma filtragem daquilo que realmente é importante para a investigação e passível de se transformar em categorias que, por sua vez, também podem ser esmiuçadas e divididas em subcategorias. Desta forma, a análise de conteúdo permite salientar os aspetos mais essenciais dos dados recolhidos. No nosso estudo, identificou-se a frase como a unidade de registo a utilizar na análise dos discursos recolhidos.

Considerando que a enumeração é uma espécie de modo de contagem, onde se deve ter em conta a presença/ausência de elementos significativos, a frequência da sua aparição, a intensidade, a direção e a ordem de aparição das unidades de registo, a análise de conteúdo não é estanque. Assim, o processo de categorização permite separar elementos para depois organizá-los (Bardin, 1977).

A *Grounded Theory* foi a nossa eleita para analisar os discursos, valorizando as condições contextuais em que os fenómenos ocorrem (Fernandes & Maia, 2001).

A *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados surgiu na década de 70 com Glaser e Strauss (1967), e com ela surge uma nova visão da metodologia qualitativa, uma visão fundamentada teoricamente, ou seja, em que uma teoria se vai adaptando aos dados e cria um novo conhecimento ou uma teoria baseada naquilo que foi investigado. Este método consiste num conjunto de procedimentos de análise rigorosa, sistemática e cuidada dos dados (Fernandes & Maia, 2001), capaz de acrescentar novo conhecimento ou novas perspetivas aos dados ou, até, a criação de uma nova teoria.

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma metodologia voltada para o conhecimento da realidade, relacionando conceitos e compondo categorias com o intuito de elaborar teoria. Tem, por isso, uma característica gradual uma vez que cresce à medida que aparecem novos dados que a par e passo se constroem e reconstroem, num movimento contínuo. O procedimento visa esmiuçar o maior número de informações, interpretá-las e organizar os dados. As categorias que surgem vão sendo modificadas à medida que novas informações aparecem até atingir a saturação.

O desenho da nossa investigação passou pelos seguintes passos: Primeiro foi feita uma seleção das temáticas relevantes para análise. De seguida, iniciou-se o processo de investigação aberta que permite agrupar as entrevistas em unidades de análise que, neste caso, foi utilizada *a frase*. Posteriormente foi realizada uma categorização descritiva, atribuindo categorias a cada unidade de análise. A categorização cessou quando atingido o estado de saturação.

Com esta metodologia surgiu a possibilidade do investigador se aproximar dos sujeitos estudados a fim de entender determinadas situações, práticas e concepções. Depois, esmiuçamos ao máximo as informações dadas pelas vozes estudadas, através da comparação, da codificação e da organização e, no final, emergiram teorias que sustentam os dados recolhidos.

Desta forma, as potencialidades de cada entrevistado foram cruciais para desenvolver uma maior compreensão teórica sobre o atendimento ao jovem, a nossa temática em estudo.

1.4 Apresentação dos sujeitos do estudo e da recolha dos dados

Sendo esta uma investigação qualitativa, optamos por usar a designação de sujeitos do estudo em vez de amostra (Guerra, 2006).

Os sujeitos do estudo foram sete profissionais de saúde com conhecimentos e experiências distintos no atendimento a jovens.

Estes entrevistados foram selecionados por estarem envolvidos, de alguma forma, com GAJS e que, “pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 71) do tema em estudo. Para este estudo, os critérios de seleção dos sujeitos do estudo foram: O *know how* dos sujeitos do estudo ao nível do atendimento a jovens em contextos de atendimento diversos; a multidisciplinaridade e diversidade de perspetivas que derivam da base teórica que sustenta a criação dos GAJs colaboradores da presente investigação, tendo sido possível obter as perceções provindas de três formações de base distintas (medicina, enfermagem e psicologia); a proximidade geográfica com a investigadora, ou seja, por conveniência (Dommermuth, 1975, *in* Ribeiro, 2007).

Seguidamente se apresenta a caracterização dos sujeitos que colaboraram com o nosso estudo, conforme o seu género, categoria profissional, experiência profissional e tempo de experiência de atendimento no GAJ:

	Género	Categoria profissional	Tempo de experiência profissional	Tempo de experiência de atendimento no GAJ
1	Feminino	Psicólogo	4 anos	4 meses
2	Feminino	Médico	26 anos	14 anos
3	Masculino	Médico	21 anos	14 anos
4	Feminino	Médico	26 anos	13 anos
5	Feminino	Enfermeiro	12 anos	8 anos
6	Feminino	Enfermeiro	20 anos	14 anos
7	Masculino	Médico	34 anos	---

Importa mencionar que quatro dos entrevistados trabalharam concomitantemente em CS e em GAJ. Um deles trabalhou em Hospital e GAJ; um outro em CS e esteve ligado a projetos de intervenção na comunidade; e, por fim, apenas um exerceu atendimento a jovens no GAJ.

A recolha dos dados foi realizada com base num guião de entrevista (c.f. anexo 1) que serviu apenas como orientação para o investigador e que focava os seguintes tópicos:

- Conceção sobre o atendimento a jovens e o papel dos profissionais;
- Diferenças em função do género na procura de informação pelos jovens;
- Nível de informação dos jovens relativamente às áreas em estudo;
- Contributos da educação sexual formal obrigatória;
- A utilidade das consultas de PF.

Porque este tipo de investigação exige um investigador bem preparado (Ribeiro, 2007), primariamente foram realizados três pré-testes, também a profissionais de saúde ligados ao atendimento a jovens, a fim de validar o guião da entrevista e garantir um maior preparo e à vontade da investigadora.

Após ajustes feitos e a validação do guião, as entrevistas decorreram no período compreendido entre Junho e Agosto de 2012. A marcação da entrevista foi realizada por contacto telefónico, onde se explicou o objetivo desta investigação e se encontrou um horário e local ideais para a sua implementação.

Cada entrevista demorou entre 40 a 90 minutos. Previamente ao início da entrevista foi solicitada autorização aos participantes para gravação da mesma em suporte áudio e clarificado que estava garantido o sigilo sobre a informação por eles revelada neste contexto. Todos os sujeitos foram informados que esta gravação apenas serviria para efeitos de transcrição/tratamento dos dados obtidos, não tendo nenhum mostrado oposição.

O local onde ocorreram as entrevistas foi escolhido pelo entrevistado sendo que, maioritariamente, escolheu o GAJ onde exercia funções.

No seguimento do acima referido, foi construída a tabela de análise de conteúdo através da exploração do discurso recolhido na primeira entrevista. Ao dar-se relevo aos novos dados emergentes, esta foi sendo modificada, entrevista a entrevista.

É nossa intenção, com esta investigação, conhecer com maior profundidade o recetor, a mensagem e o próprio público - profissionais de saúde e suas conceções. Assim, e partindo do pressuposto que das inferências surgem interpretações, que vão além daquilo que foi dito, aqui procuramos os significados atribuídos e as ilações que se podem retirar dos discursos em estudo.

Do nosso estudo, emergiram 6 categorias gerais. As categorias gerais foram desmembradas em categorias específicas e estas em categorias subespecíficas. De seguida fazemos a sua apresentação.

**APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS**

Apresentação e discussão dos resultados

Optamos pela apresentação dos dados recolhidos dos discursos dos profissionais de saúde organizados em torno de dois grandes eixos: as perspetivas semelhantes e as perspetivas distintas dos participantes, de forma a torná-los mais compreensíveis (c.f. Grelha da Análise Categorical, anexo 2). Posteriormente, elaboramos uma síntese reflexiva sobre os resultados encontrados, tendo em consideração as investigações e os temas abordados na fundamentação teórica deste estudo.

As categorias gerais que surgiram da análise de conteúdo dos discursos foram as seguintes: 1. Conceito de atendimento a jovens; 2. Contextos de atendimento: Gabinete de Atendimento a Jovens e Centro de Saúde; 3. Papel dos profissionais; 4. Postura e comportamento dos jovens; 5. Impacto das entidades formais e informais na (in)formação do jovem; 6. Articulação entre Educação Sexual Formal e Gabinetes de Atendimento a Jovens. Estas categorias foram subdivididas em diferentes subcategorias que, mais à frente, exploraremos.

Relativamente à Categoria Geral 1 – **Conceção de Atendimento a Jovens** – surgem duas categorias específicas: Quatro dos profissionais do nosso estudo defendem uma conceção idêntica, reportando como fatores imprescindíveis a vocação, a empatia, a disponibilidade para atender a todas as dúvidas dos jovens no imediato. Contrariamente, dois dos entrevistados consideram que alguns profissionais de saúde perante um adolescente vão *desesperadamente à procura de um problema biomédico, da patologia, de um diagnóstico e uma receita no final, é isso que se aprende na Universidade (E3), logo se for um adolescente saudável que tem problemas do foro psicológico, afetivo, é considerado chato (...), quando é exatamente falar com um jovem ou sobre o problema do jovem, eles já não são capazes (E2)*. Perante esta atitude E3 acrescenta que *o jovem vai ficar frustrado porque não teve aquilo que ele queria*.

No fundo, parece-se que o conceito de jovem que os profissionais de saúde defendem pode influenciar as suas perceções relativas ao atendimento a jovem. O recurso ao modelo biomédico na intervenção é considerado por alguns dos entrevistados como desadequado e exprime uma conceção mais redutora do jovem. Estes mesmos entrevistados salientam que o jovem deve ser compreendido de forma global e integrada, por isso, na abordagem ao mesmo deve prevalecer o modelo biopsicossocial/integral, tal como observado nos estudos de Horta (2006) e Traverso-Yépez e Pinheiro (2002). Esta dualidade conduz-nos à ideia de que os cursos de

formação de base não estão devidamente adaptados às especificidades desta população alvo comprometendo o sucesso da prática profissional junto dos jovens, conforme referido por E4:

E também muito provavelmente porque se os profissionais também não têm à vontade, também não questionam, nem sentem necessidade ou porque não têm à vontade ou porque não têm o conhecimento. Porque de facto eu fiz uma licenciatura em medicina e nem sequer dei o planeamento familiar. Isso foi posteriormente, em que eu fiz formações porque era uma área de que eu gostava. Porque realmente a gente faz uma licenciatura e continua na mesma, não tem grande traquejo. Eu tenho internos na área da minha especialidade e tenho uma filha que está a fazer também a sua especialidade e apercebi-me que eles, mesmo agora, saem sem grande formação na área, sem grande traquejo(...)

E, apenas os profissionais mais vocacionados ou interessados pelas particularidades desta faixa etária estão dispostos a investir numa formação específica preocupando-se com a eficácia da sua intervenção (Comité Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescentes, 2010; Ribeiro & Rosendo, 2011).

A Categoria 2 - **Contextos de Atendimento ao jovem** – subdivide-se em duas categorias específicas: 1. GAJ; 2. CS.

No tocante ao GAJ foram encontradas nos discursos dos nossos entrevistados, as seguintes categorias sub-específicas: 1. O conhecimento de outros GAJs; 2. O primeiro contacto com o GAJ; 3. Objetivo geral; 4. População-alvo; 5. A intervenção.

Reportando-nos à 1ª categoria sub-específica – O conhecimento de outros GAJs – todos os participantes do nosso estudo conhecem o atendimento a jovens em GAJs e E3 conhece ainda outros GAJs *com a mesma filosofia (Braga, Porto, Lisboa)*. A 2ª categoria sub-específica – O primeiro contacto com o GAJ – surgiu no discurso de E1 que considera que o atendimento a jovens é vivido com algum receio nos primeiros atendimentos, porque *os adolescentes por vezes são uma surpresa*. O mesmo entrevistado considera que o atendimento a jovens requer o assumir de uma grande responsabilidade pois estes profissionais estão *a formar os jovens para algo que pode ser crucial e decisivo na vida deles*. Importa aqui recordar Sampaio (1997, in Maia, 2008) que refere que antes de falarmos sobre adolescentes ou sobre a fase da adolescência devemos nos sentar e conversar com os adolescentes. Maia (2008) acrescenta que é a fase de “pisar o risco”

(p.21), de confusão e de angústias. Por sua vez, Bouzas (2011, p. 1) apresenta o adolescente como um “micro-mundo de rápidas transformações biopsicossociais”. Prazeres (2003) relembra a particular atenção que os programas de saúde devem ter perante os jovens.

De acordo com o acima exposto, a forma como o profissional de saúde aborda o jovem é preponderante no atendimento ao jovem, apesar da maioria dos entrevistados não ter feito referência a este aspeto. Esta constatação remete-nos para uma desatenção dos colaboradores do estudo para as particularidades desta franja da população, com a exceção de E1 que, sendo o único psicólogo, está mais sensibilizado e preparado para olhar e trabalhar a idiosincrasia de cada caso e/ou situação concreta.

Cinco dos sujeitos do estudo referiram que o objetivo geral dos GAJs se prende com a sexualidade juvenil (*é o principal objetivo do gabinete – E1*); sendo (...) *garantida a informação, o apoio, o aconselhamento e a ajuda ao jovem (...) apoiar os jovens nessa trajetória do seu crescimento, do biológico, do psicológico, do social*, mas quando se trata de (...) *uma situação de doença física tem que ser o médico de família, no hospital, no centro de saúde (E3)*. Por seu lado, E5 acrescenta que *são dadas respostas imediatas para problemas imediatos*. Por último, E4 concorda que *lidar com o jovem é lidar com o imprevisto (...) não se aborda só a área da sexualidade, mas também na área da saúde e da prevenção da doença que é a mais-valia do Espaço*. A UNFPA, in *Comité Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescentes* (2010); AMA (1997) e WHO (2001) corroboram que o atendimento deve ser dirigido não só à vertente física, mas também à vertente emocional e para isso é necessária motivação, aptidão e um conhecimento aprofundado das especificidades desta faixa etária.

No tocante à população-alvo do GAJ, seis dos sujeitos do nosso estudo apontaram a faixa etária dos 12 e aos 30 anos, sendo o gabinete dirigido quer a adolescentes quer a jovens adultos, como salientado por E6 (...) *Era muito diversificado, tanto tínhamos uma jovem de 13/14 anos como tínhamos de 25 e até 30 anos, que nós até tínhamos que dizer “ai, atenção, a idade já não é própria...”*. Acontece que agora *é-se jovem até...*). Por sua vez, E3 e E4 acrescentam que os *atendimentos esticam até aos 30 anos* visto que *os jovens ainda não têm autonomia*. O mesmo se encontra em Ferreira *et al.*, (2006) sobre o alargamento atual da condição juvenil.

A maioria dos profissionais de saúde que colaboraram com o nosso estudo identificaram quer aspetos positivos quer aspetos negativos associados à intervenção no GAJ, compondo a 5ª categoria sub-específica. Além disso, identificaram as técnicas a

privilegiar na intervenção neste contexto, as áreas problema a potenciar e os resultados obtidos.

O atendimento no GAJ é considerado positivo porque: 1. Responde às necessidades efetivas e individuais de cada Jovem; 2. Existe confiança no gabinete; 3. Existe confiança no técnico; 4. É um complemento da educação familiar; e 5. É um complemento do CS/Hospital/Educação.

Nos discursos dos profissionais alvo do nosso estudo foram identificadas categorias sub-sub-sub específicas que relevam o jovem, a sua idiossincrasia e as suas necessidades efetivas como o **elemento central** na intervenção desenvolvida GAJs. Este aspeto comprova que os jovens aderem a estes gabinetes porque se identificam com eles, tal como referido por Prazeres (1998) e em WHO (2012), nomeadamente os Serviços Amigáveis para Adolescentes.

De acordo com o supra referido, E3 refere que no GAJ, *os jovens são atores principais e as respostas são de acordo com aquilo que necessitam* e os problemas são debatidos e resolvidos no momento, *há uma resposta imediata aos problemas do jovem* (E4), *não implica uma marcação prévia* (E4) e, mesmo sem convocatória, os jovens *à partida mostram necessidade em vir aqui*.

A **confiança no GAJ** foi também apontada por todos os entrevistados, sendo que o elemento que mais contribui para esta é a confidencialidade que, também é a característica mais evidenciada na literatura (DGS, 2004; MS, 2008; Senderowitz, 1999; Taquette *et al.* 2000; Ginsburg *et al.* 2002; WHO, 2001; Kang *et al.*, 2003; DiCenso *et al.* 2001). Neste âmbito, E2 considera que os GAJ *oferecem ao jovem o sigilo que normalmente os serviços de saúde não conseguem dar (...), não necessitam de dar dados pessoais*. Assim, *(...) cada jovem ter um cartão e número e uma alcunha* (E1). Por outro lado, E2 e E3 referem que sendo *um espaço com atividades múltiplas, torna-o um espaço dissimulado*, pois assim ninguém sabe com que fim o jovem recorre ao GAJ. Ideia análoga à de Prazeres (2008) relativamente ao dinamizar os espaços de atendimento ao jovem e de promover a sua participação.

A burocracia reduzida e o fácil acesso aos serviços foram elementos unanimemente salientados pelos entrevistados por reforçarem a confiança no GAJ e contribuírem de forma positiva para a adesão dos jovens ao mesmo, através dos seguintes procedimentos adotados: a) O período de espera é inexistente, não sendo necessário marcar consulta; b) não existe uma receção burocratizada como nos serviços de saúde públicos; c) a gratuidade do serviço; d) o jovem tem a possibilidade de

escolher o profissional, o horário e o dia da semana, bem como o colocar dúvidas via telemóvel. A acessibilidade e a quebra de barreiras burocráticas estão bem patentes na UNFPA, *in* Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, (2010).

A par do acima mencionado, a confidencialidade proporcionada pelo GAJ, traz consigo a **confiança no técnico** que tem de ser capaz de despoletar uma relação empática, tão relevante no lidar com o jovem (DGS, 2008; MS, 2008; Domingos & Madeira, 2004). Neste sentido, quatro dos entrevistados corroboram a importância da empatia, confirmando que os jovens precisam de ganhar confiança para se abrirem (E1, E3, E5). Além disso, E5 reforça ainda que os jovens até *têm alguma informação mas que, por vezes, apenas necessitam da confirmação e do aconselhamento do profissional em quem confiam.*

Um dos informantes deste estudo considera que o GAJ é um **complemento da educação familiar**, *pois complementa aquela informação que, muitas vezes, não é dada em casa (...)* e os pais veem o Espaço como um apoio (E3). Neste sentido surgem os estudos de Freitas e Dias (2010); Guimarães *et al.* (2003); Correia (2006); Dias e Gomes (2000) que confirmam o não-diálogo que existe nas famílias sobre as questões da sexualidade, surgindo este tema como um tabu em pleno século XXI, daí o papel relevante desempenhado pelos GAJ no atendimento a jovens.

Por fim, o GAJ também é visto, por cinco entrevistados, como um **complemento do CS/Hospital/Educação**. E3 e E4 apontam que *os gabinetes jovens não substituem o Hospital ou o Centro de Saúde, mas sim complementam-no*. E4 acrescenta que *há dúvidas que os jovens colocam no Centro de Saúde e há outras dúvidas que eles colocam nos Gabinetes Jovens, tais como, a dor na relação sexual, o orgasmo, etc.* E6, por seu turno, realça a importância de existirem *respostas diferentes/estratégias diferentes porque os jovens também são diferentes e assim podemos acedermos a um maior número de jovens*. Por outro lado, E7 refere que o CS e o GAJ são *como os vasos comunicantes*, isto é, se a equipa de saúde melhorar a sua intervenção, o gabinete jovem vai ter menos afluência. Considera ainda que um atendimento eficaz ao jovem só resulta de um trabalho articulado entre os técnicos do GAJ e os médicos de família. Tudo isto vai no seguimento do apontado por Brás (2008) sobre a necessidade da articulação entre as instâncias distintas e de Brás (2012) que considera que é necessário arranjar alternativas para os jovens em outros locais.

Nem tudo é positivo na intervenção desenvolvida nos GAJs, e os sujeitos que participaram neste estudo identificaram os seguintes aspectos negativos: 1. Não foi atribuído um papel ativo aos jovens no desenho dos GAJ (E2 considera este aspeto como (...) *um erro, é feito um bocadinho à imagem daquilo que nós achamos que é melhor para os jovens, raramente perguntamos ao jovem como é que eles acham que deve ser esse atendimento*); 2. Predomina um desconhecimento da história desenvolvimental e familiar do jovem; e 3. Ser associado à mera disponibilização de anticoncepcionais. Neste sentido, E7 afirma que os GAJs têm o *reverso da medalha*, (...) *o profissional de saúde, saberá com certeza de anticonceção mas não saberá com certeza nada daquele jovem que está à sua frente, nem da família. E é este o grande peso da balança (...). Seguramente que o GAJ tenta, mas é um pouco impossível, porque de facto (...) não se conhece o histórico dela, (...), em termos de relação, portanto, no GAJ não há o fio condutor (...). No atendimento a jovens, de facto, eu tenho alguma dúvida de que a maior parte deste atendimento a jovens não se faz mais do que o anticoncepcional*. Assim, no entendimento deste participante (...) *não faz sentido existirem GAJs quando existe uma estrutura nuclear que é o médico de família* (E7). Contudo, apesar da existência desta figura “dita de referência” levanta-se a questão relativa à confiança depositada pelo jovem neste profissional devido à interferência dos seguintes fatores: A relação de confiança entre o profissional e os familiares do jovem e a atitude paternalista adotada por alguns dos médicos de família que deixa *cair por terra* a sua capacidade para ser neutro e imparcial na intervenção dirigida ao jovem.

Nos discursos dos nossos entrevistados tornaram-se evidentes algumas técnicas de intervenção utilizadas no atendimento a jovens que convém desenvolver. Neste sentido, E1 afirma que atender jovens *não é tão simples como lidar com adultos*, logo importa ter (...) *sempre expectativas reais, sempre mantendo muito diálogo com ele, às vezes com formalidade e, outras vezes não, para se conseguir a empatia que logo no primeiro momento é crucial*. Este aspeto é relevado igualmente por E5, e E1 completa a ideia afirmando que *nem todos conseguem ser empáticos*. E1 acrescenta que *vinham por vontade própria e é preciso motivar essa pessoa a vir (...); nunca é igual, de jovem para jovem e não é sempre possível aplicar as técnicas que se aprenderam; vocabulário adaptado ao jovem, até entrar em alguma brincadeira para que o jovem se sinta mais à vontade*. Por seu lado, E3 refere que é necessário obedecer a três pressupostos no atendimento ao jovem, a saber *a privacidade; a confidencialidade e o consentimento informado e esclarecido*. Tal como demonstrado nos estudos de Oselka e Troster (2000), Prazeres (1998) e de Taquette *et al.* (2000), o direito à confidencialidade e à privacidade dos jovens deve ser respeitado.

Os entrevistados da nossa amostra identificaram quatro áreas-problemas a serem trabalhados no atendimento a jovens: a) Psicológicos-comportamentais; b) Relacionais; c) Medo do futuro e d) Sexuais.

Seis dos entrevistados referem as questões psicológicas e comportamentais: *problemas de autoestima; de aceitação do próprio corpo (E2, E4 e E6); (...) complexidades e preocupações, mitos e crenças da adolescência que é necessário desmistificar (...); muitos problemas de ansiedade muito complexos por acharem que estão gordas (E1, E4, E5 e E6); problemas de relacionamento; isolamento social; falta de adaptação (E1)*. E5 destaca ainda o facto de precisarem (...) *de alguém para falar, para conversar sobre o problema e ajudá-lo a pensar para tomar a decisão*. Além disso, para E7 o GAJ *deve trabalhar muito mais do que a sexualidade (álcool, drogas, comportamentos desviantes), mas não está direcionado para isso, nem tem capacidade*. No nosso entender, e contrariamente ao mencionado pelo E7, o GAJ apesar de contar com a colaboração de uma equipa multidisciplinar e de funcionar em prol da promoção da sexualidade juvenil, conceito abrangente que engloba diversas problemáticas, não deve chamar a si a responsabilidade total ao nível da intervenção propriamente dita, mas sim estabelecer as parcerias necessárias com entidades da comunidade que possam responder de forma mais pragmática e especializada a problemas específicos dos jovens.

Cinco dos entrevistados realçam os problemas relacionais, desde *namoros (E1;E5), relação com colegas, com a escola, fobias escolares (E2) e relação com os pais (E6)*, que são um aspeto de relevo para esta faixa etária.

Um dos nossos entrevistados considera que o medo do futuro é, também, um dos assuntos de referência dos jovens, sobretudo daqueles que vão para a universidade, pois *a liberdade que vão passar a ter é assustadora*. Isto remete-nos para uma atitude paternalista por parte do profissional de saúde, que segundo WHO (2001), é uma atitude ineficaz por ser diretiva.

Por fim, e segundo os discursos de seis participantes, a área da sexualidade é a que conduz a uma maior procura do GAJ pelas inúmeras dúvidas que os jovens possuem. Esta constatação não nos surpreende pois este tema continua a ser tabu em pleno século XXI e muitos dos progenitores apresentam dificuldade em assumir a responsabilidade de educar os seus filhos para uma sexualidade saudável. Assim, os aspetos da sexualidade destacados como sendo os mais trabalhados no GAJ são: 1. PF e a informação sobre os métodos contraceptivos (E1; E2; E3), bem como a sua aquisição gratuita (E5); 2. O início da puberdade (E3); 3. *anteriormente às relações sexuais, e outros*

porque já tinha acontecido e não tinham utilizado qualquer método (E6). Em consonância com os elementos identificados pelos profissionais que abrangem as diversas dimensões do Ser Humano (biológica, psicossocial, relacional e sexual), alguns autores relevam uma abordagem integral do jovem.

Ainda no que concerne à intervenção em GAJ, surgiu como categoria o Processo, que se divide em cinco aspetos: 1. Origem, 2. Duração; 3. Equipa multidisciplinar/trabalho em parceria; 4. Organização do atendimento; 5. Futuro do GAJ.

Segundo E4, estes gabinetes **surgiram** por influência das estatísticas que revelaram um aumento das gravidezes na adolescência. Dados congruentes com os apresentados por Rodrigues, (2010) que colocam Portugal em segundo lugar, na Europa Ocidental, no que diz respeito à gravidez na adolescência.

Ao nível da **duração** do processo de acompanhamento, E1 afirma que os resultados positivos só são visíveis a médio/longo prazo, o que implica que se estabeleça necessariamente uma relação empática entre o jovem e o profissional que servirá como a principal fonte motivacional para este manter a continuidade do contacto com o gabinete (Domingos 2003, *in* Horta, 2006).

Os sujeitos deste estudo salientaram também a importância da **equipa multidisciplinar e do trabalho em parceria** no atendimento em GAJs. Neste âmbito, E1 refere que no GAJ, os profissionais eram de diferentes áreas e havia reuniões para se definirem *quais as melhores estratégias* a adotar na resolução de cada situação (...) *o sucesso do Espaço passa pelo trabalho que é feito em equipa/união que é importante para o bom atendimento aos jovens porque só uma pessoa não dá, não responde de forma ideal*. Já E4 e E6 referem que, para além da valorização do trabalho em equipa, é *necessário articular com outros profissionais e até com o médico de família, se o jovem permitir (...) casos que não têm capacidade de responder, encaminham para outras áreas*. Brás (2008); Brás (2012); DGS (2008) e MS (2008) corroboram estes dados por nós encontrados.

Relativamente à **organização** do atendimento no GAJ em estudo constata-se que *todos os dias da semana havia resposta para os jovens, no período da tarde normalmente* (E1), cada técnico, desde psicologia, medicina e enfermagem dedica uma tarde à intervenção. E2 considera este atendimento como único por ser assumido por diferentes categorias de profissionais de saúde, podendo também ser realizado o PF de nível físico (citologias).

O último aspeto identificado através da análise das narrativas dos nossos participantes foi o **futuro do GAJ**. Neste sentido, e após vários anos de experiência

com jovens, E3 considera que *o caminho para o sucesso é mesmo a proliferação destes gabinetes, como forma de prevenção, (...) pois iria trazer melhorias a médio/longo prazo*. Por outro lado, E2 receia que os GAJs se tornem burocráticos e, como tal, *deixariam de ter utilidade*. Contudo, E5 defende uma ideia contrária à referida pela APF (s/d), relativa à formação de professores, considerando que *os professores não estão capacitados para dinamizar educação sexual, não conseguem dar respostas imediatas, não têm traquejo (...) na área da saúde*. Mais acrescenta que *a solução seria uma articulação estreita entre escola e saúde*, o que nos remete para a importância da articulação de serviços, já abordada anteriormente, na categoria Intervenção Positiva dos GAJs.

Por último e ainda no tocante à categoria específica Intervenção, são identificadas unidades de registo relativas aos resultados nos discursos dos participantes da nossa amostra. Assim, quatro dos entrevistados consideraram o atendimento a jovens em gabinete como **positivo** por vários motivos: 1. Quando existe *continuidade (clientes habituais) nos atendimentos (E1, E4, E6), (...) é uma vitória/é uma resposta positiva quando os jovens aparecem à hora marcada e por aí consegue-se perceber se utilizamos as estratégias corretas, sendo este o ponto de partida para uma mudança de comportamentos (...) os comportamentos dependem do tempo que passam ali connosco e então é muita responsabilidade (E1), alguns até perguntavam por determinado profissional o que demonstra que eles criam ligação (E4)*; 2. acontece a referência entre pares, *às vezes, até traziam amigos que também tinham dúvidas o que é uma mais-valia; alguns agradecem e até voltam passado algum tempo*; 3. aumento do número de clientes, *embora inicialmente houvesse dúvidas sobre se este era realmente o atendimento que eles queriam, mas com o passar do tempo, como o número de jovens vai crescendo de ano para ano, isto é sinal que de facto eles estão a obter alguma resposta e a gostar do tipo de atendimento (E3)*, além disso, E4 acrescenta que *o recorrem continuamente ao Espaço dá tranquilidade, mostra que obtiveram as respostas que queriam* e E1 informa ainda que *até, alguns, voltam já com idades bem avançadas*. Neste âmbito, importa recordar Prazeres, (1998) que refere que garantir a satisfação dos jovens é uma das características do atendimento a jovens em gabinete.

O segundo contexto identificado nos discursos dos sujeitos de estudo – **Centro de Saúde** - surge subdividido em quatro categorias: 1. Conhecimento; 2. Intervenção; 3. População-alvo; 4. Processo.

O atendimento a jovens em CS era conhecido por cinco dos entrevistados. Diz-nos E1: *eu confesso que não conheço as consultas de planeamento familiar dos centros de*

saúde, não tenho percepção de como é que as consultas lá se processam (...). Não conheço, não sei quem os atende (...). Tendo em atenção o desconhecimento de E1 e o facto de este ser um dos profissionais de saúde que faz atendimento a jovens num GAJ, confirma-se uma articulação frágil entre o GAJ e os CS e pouco envolvimento do próprio profissional em conhecer as respostas locais. Assim, e recordando Horta (2006) e Brás (2008) que consideram que a articulação entre instituições pode ser uma forma de aumentar a afluência de jovens ao atendimento, depreendemos que este fator poderá contribuir para o afastamento dos jovens destes contextos de apoio.

Os sujeitos do nosso estudo consideram que a intervenção junto dos jovens em MGF no CS tem aspetos positivos e aspetos negativos, tal como aconteceu ao nível do atendimento em GAJ.

Três dos profissionais (E2, E4 e E7) salientam em simultâneo, como aspetos positivos, o facto de utilizarem **estratégias para promoção da confiança no técnico e a atenção às verdadeiras necessidades do jovem**. Neste sentido, *os médicos de família conhecem os jovens desde a nascença e depois, de facto, podem criar aqui um elo de confiança muito grande em relação ao jovem (E7)*, criando uma *relação de empatia e proximidade*, caso contrário, *o jovem não vai lá (E4)*. A importância da confiança é corroborada por Horta (2006) e pelas normativas do MS (2008) que sublinham que só num clima de confiança, o discurso do jovem flui mais facilmente. De referir, ainda, que uma ligação temporal entre profissionais de saúde e a família do jovem poderá quebrar a confiança dos jovens nos profissionais de saúde, amedrontados com a quebra de sigilo que poderá acontecer. Por isso é que Prazeres (1998) e Oselka e Troster (2000) consideram que os limites da confidencialidade devem ficar bem claros para toda a família.

Para além dos três entrevistados anteriormente referidos, também E2 reforça a importância do técnico atentar às necessidades do jovem em primeira instância, devendo estipular-se inclusive uma idade mínima para que o jovem passe a usufruir de forma particular da consulta no CS (15 anos para E2 e 12/13anos para E4), pois *há determinados problemas que é importante serem abordados individualmente (...)* muitas das vezes é uma dor de barriga mas por trás há sempre mais qualquer coisa (...) nós temos aí um papel importante como médicos de família, em chegar a altura da autonomia, também de explicar aos pais que a partir daquele momento o seu filho também tem direito, provavelmente, ao seu espaço de atendimento (E4).

Há assuntos da intimidade que muitos jovens, por vergonha, não conseguem debater na presença dos seus pais (...) *queria se prevenir, mas para a mãe continua a ser a*

acne, mas isso pouco me importa, o importante é que aquela jovem nos procurou (...) (E2). A consulta individual é considerada como uma fonte de reforço da confiança entre o jovem e o técnico, quando (...) *esta é convidada a entrar sozinha, e a mãe fica do lado de fora, a jovem descobre que a consulta é dela* (E2). Taquette *et al.* (2000); Secretaria de Estado, (2006) e Ferreira *et al.*, (2005) também consideram que devem existir momentos diferentes para atender o jovem e os pais.

Um outro elemento positivo da intervenção dirigida aos jovens nas consultas de MGF nos CS destacado pelos nossos entrevistados é a aposta na **prevenção**, *nos cuidados antecipatórios (...) a abordagem dos comportamentos de risco* (E4) que, apesar de não ser contemplada na consulta de planeamento familiar, está explícita no plano de vigilância de saúde infantojuvenil da DGS, dos 28 dias aos 18 anos (E4). Por sua vez E7 apresenta como estratégia preventiva o *convidar o jovem que está há mais de um ano sem aparecer, sendo isto até um paradigma diferente da consulta*. À semelhança do verificado, o artigo de Ferrari *et al.* (2006) e as orientações da DGS (2004) referem que embora não exista um programa específico para a camada jovem, têm sido feitos esforços nesse sentido e alguns profissionais de saúde têm adotado uma postura proativa no convite a jovens que não recorrem à consulta.

Por outro lado, e relativamente aos aspetos negativos da consulta de MGF para jovens, nos discursos dos participantes do nosso estudo foram identificadas as seguintes categorias: 1. A ausência de confiança no médico assistente e nos serviços de saúde; 2. Impossibilidade do jovem assumir um papel ativo na definição das suas necessidades; 3. Ausência de privacidade e excessiva burocracia; 4. Indisponibilidade do técnico para considerar as especificidades desta etapa de vida; e a 5. Impossibilidade de aceder ao serviço pelos jovens que têm residência noutra distrito.

Dois dos entrevistados (E2 e E4) salientam o facto dos jovens **não terem confiança no médico de família** para falar de *certos assuntos* da intimidade. Geralmente o que acontece é que os jovens no *Centro de Saúde dão a volta ao contrário, dizendo que querem tratar a acne ou regularizar o período* (E3) sobretudo impelidos pelo medo, que já mencionamos anteriormente, de que os médicos de família partilhem informação com os seus familiares. Neste sentido, E7 refuta a ideia defendida pelos anteriores afirmando que esta ausência de confiança no médico de família não faz sentido porque o *médico tem um quadro deontológico (...) é como um confessorário, se é coisa de consultório, fica ali*. Contudo, e de acordo com o enquadramento teórico, a confidencialidade é uma das características mais importantes no atendimento ao jovem (DGS, 2004; MS, 2008;

Senderowitz,1999; Taquette *et al.* 2000; Ginsburg *et al.* 2002; WHO, 2001; Kang *et al.*, 2003; DiCenso *et al.* 2001).

Uma franja significativa dos profissionais de saúde, atualmente, ainda opta pelo **tratamento focalizado na sintomatologia**, na doença e na cura (E7) e o jovem *sai da consulta frustrado pois não era essa a receita que ele precisava* (E3). São estes os elementos revelados pelos participantes da nossa amostra como negativos por não valorizarem o papel ativo do jovem na definição das suas necessidades. Assim, e como referido anteriormente, o jovem deve ser visto integralmente, constituído por um conjunto de dimensões diversas, a saber, a física, a emocional e a sociocultural (WHO, 2001) e, hoje em dia, importa que *o tique de que se queixa esteja a perder lugar para o olá como está*.

A ausência de privacidade e a burocracia subjacente aos serviços públicos de saúde são consideradas barreiras de acesso à saúde (MS, 2008; Mendes, 2011) e a maioria dos entrevistados relevam estes elementos pela negativa, com a exceção do entrevistado que desconhece o atendimento ao jovem em CS. Neste sentido, referem que a privacidade nestas instâncias de saúde (...) *não funciona porque o centro de saúde atende outros familiares desse jovem. O facto do jovem saber que a avó ou alguém próximo dos pais possam lá estar e além disso existe a convicção que quem lá vai para esse espaço é conotado como o jovem que vai buscar preservativos ou que vai buscar a pílula ou que já iniciou a vida sexual, muitas vezes nem é essa a situação, mas fica inibido* (E3). Além disso E2 reforça a ideia anterior mencionando que (...) *repare, às vezes uma jovem chega ao centro de saúde e dizem-lhe que vem cá fazer e ah vim cá buscar a pílula e ah, uma consulta de planeamento familiar (tom mais alto) e toda a gente soube naquele momento quem estava ali e o que vinha a menina lá fazer... é muito diferente*.

Existe simultaneamente uma burocracia excessiva, pois o jovem quando chega ao CS (...) *fala com a administrativa, depois com a enfermeira e depois vai falar com o médico* (E5). Concomitantemente existe a *obrigatoriedade de marcação prévia da consulta; um ambiente físico não agradável, com uma sala cheia de gente não jovem* (E3); o *tempo de espera*; a *obrigatoriedade de fornecer os dados de identificação já que (...) qualquer instituição de saúde quer saber a identificação toda e tudo fica registado* (E4). Tudo isto são obstáculos só ultrapassáveis por jovens *com uma maior maturidade* (E6) e que *já possuem uma sexualidade assumida, sem nada a esconder* (E2; E6). Já vimos anteriormente que a privacidade é uma das mais valiosas ferramentas para o encorajamento do jovem no recurso aos serviços de saúde, (Position Paper of the Society for Adolescent Medicine, 2004).

A indisponibilidade do técnico e dos serviços de saúde surge na sequência do acima referido, e é considerada pelos profissionais de saúde em estudo como mais um obstáculo para os jovens. Sabemos que as Instituições de Saúde impõem regras aos técnicos de saúde que nem sempre são fáceis de contornar *o que acontece neste momento é que nós, como enfermeiros no Centro de Saúde, temos um tempo limitado nas consultas e, por vezes, há informação que pode falhar* (E5) porém se o técnico de saúde tiver sensibilidade e aptidão, é possível fazer-se um atendimento mais personalizado e atento às (...) *questões que se se pegam numa consulta de rotina até se podiam resolver e há médicos disponíveis que até pegam e resolvem, mas não fazem todos* (E2), (...) *temos que criar aqui um caminho, temos que dizer ok, tu és o médico de família, tu és enfermeiro de família, tens responsabilidade por este jovem, não é chutar para canto. Isto é uma das coisas que ainda existe no centro de saúde* (E7). Neste âmbito Lindsey e Kalafat (1998); Sprinthall e Collins (2008); Senderowitz, (1999); Ginsburg *et al.*, (2002) e Prazeres (1998) proferem a importância da formação dos profissionais ao nível da adolescência e das suas especificidades inerentes como sendo essencial para a eficácia da sua intervenção desenvolvida junto desta população.

O último fator negativo salientado pelos entrevistados que colaboraram com o nosso estudo diz respeito à **limitação da prestação de serviços apenas a inscritos**, imposta pelos CS, o que faz com que os jovens estudantes universitários, que não são naturais da zona onde residem nesse momento, lhe seja vedado o acesso a este tipo de serviço, tal como afirma E5 (...) *jovens que vêm de fora e que estão a estudar mas que habitam fora e que necessitam também de apoio. Não estão inscritos no Centro de Saúde mas podem vir ao GAJ.*

Relativamente à terceira categoria subespecífica – população alvo dos CS - os nossos entrevistados apontaram as idades em que é normativo abordar os temas ligados à sexualidade (...) *aos 13, aos 15 e aos 18 anos* (E4). Uma vez mais, se constata que um atendimento geral regido por parâmetros instituídos pelas normas nacionais não se adequa às particularidades desta fase de vida, pois não existe uma idade fixa e única que determina o início da puberdade e para o final da adolescência. No programa de atuação da DGS (2005) está patente que os cuidados antecipatórios ao nível da sexualidade devem decorrer aos 11-13 anos, aos 15 anos e aos 18 anos. Neste sentido, Papalia *et al.* (2006) referem que existe uma idade aproximada mas não uma idade certa de início e fim da adolescência.

No tocante ao processo de atendimento em CS foram identificadas as seguintes

categorias sub-sub específicas nos discursos dos nossos entrevistados referentes à: 1. origem do mesmo; 2. equipa multidisciplinar/parceria e 3. organização do atendimento.

A **origem do atendimento** em instituições de saúde surge associada à lógica do modelo biomédico, sendo duas as razões identificadas e que justificam a adesão dos jovens: 1. (...) *encaminhados pela mãe, pelo professor ou pelo médico de família* (E2); 2. (...) *porque apresentam algum tipo de patologia e não para tratar questões do seu desenvolvimento* (E4). Os jovens ainda vêm no CS um espaço para recorrer em caso de alguma doença e não para conversar sobre outras vertentes que não a biológica. Isto porque, e como já vimos anteriormente, os CS e concretamente a MGF ainda não têm o preparo necessário para o atendimento a esta faixa etária tão singular.

A **equipa multidisciplinar e a importância do trabalho em parceria** também foi apontado por E4, *dentro do centro de saúde nós não temos que saber todos o mesmo, mas temos é que saber articular (...) o ideal é que nós tivéssemos mais profissionais a trabalhar nos centros de saúde*. Rodrigues (1998 in Brás, 2008), de igual modo, refere a importância das equipas pluridisciplinares nas instituições de saúde.

Quanto à **organização do atendimento**, E4 refere que *Planeamento Familiar em Centros de Saúde é uma outra coisa, não é só as dúvidas (...) estando tudo bem, os jovens têm uma consulta aos 6 meses com a senhora enfermeira e uma vez por ano com o médico e que só avaliamos aquele tipo de parâmetros*. Por sua vez, E7 acrescenta que *as unidades de saúde familiar são mais personalizadas, mais efetivas (...) realmente mudou o atender os seus utentes, estão disponíveis para isso*. Tal como afirma Prazeres (2006), foram adaptados os modelos organizativos para melhorar os serviços de atendimento a jovens mas, ainda assim, estes são muito semelhantes aos serviços de atendimento da população em geral. E, segundo o estudo reportado pela DGS (2004) a maior parte dos CS (67%) continua a cingir-se ao modelo preconizado de MGF.

Na Categoria Geral 3 – **Papel dos Profissionais** – sobressaem duas categorias específicas: A postura perante o adolescente e o género dos profissionais.

Relativamente à postura perante o adolescente – Foram identificadas duas categorias sub-específicas: 1. **Negativa/Paternalista**, que surge através do discurso de dois profissionais (E2,E3) que indicam que há profissionais que adotam uma posição paternalista, de dar soluções ou decidir pelos jovens, à sua imagem, em vez de os ajudar a resolver os problemas. Tal postulado em WHO (2001) face à ineficácia desta forma de atender o jovem, pois o profissional não deve decidir pelo jovem mas ajudá-lo a dotar-

se de competências que o tornem capaz de tomar as decisões mais acertadas. Por outro lado, E2 acrescenta que há profissionais que só atendem o adolescente que tem doença, porque a podem tratar, apelando apenas a uma resolução biomédica. O estudo de Oliveira (2006) apresenta uma nova denominação para adolescência – os aborrecentes – sob o ponto de vista de profissionais que julgam esta fase de problemas e de irresponsabilidades. 2. **Positiva, de orientação e sem juízos de valor.** A totalidade dos entrevistados revela aspetos positivos de orientação, tais como, o diálogo (...) *não é debitar o que deve ou não fazer, mas sim conversar* (E1) através de uma adaptação do discurso à linguagem do jovem, adotar uma posição neutra de orientação *refletindo com eles sobre os efeitos dos seus comportamentos e alertá-los para os riscos que podem correr* (E6) e sem críticas (E4,E3,) *senão eles não voltam mais* (E4;E6) e traquejo para chegar à base do problema. E4 reforça a importância da forma como se aborda o jovem pois, *para não o assustar, é preciso conquistá-lo para que ele sempre que tiver dúvidas possa recorrer.* No fundo, *o objetivo é o aconselhamento para que o jovem resolva os seus problemas com a nossa ajuda* (E2). Encontramos, assim, semelhanças entre os discursos proferidos e a análise efetuada no capítulo anterior, nomeadamente a adoção de uma postura neutra e não estereotipada perante o adolescente (Horta, 2006; MS, 2005, 2008; Henriques, 2009) e a importância de estabelecer diálogo (Freed, 1985) e de adaptar o discurso ao jovem (Pardal, 1993). Já E7 acrescenta que, com jovens de menor idade é importante criar laços com os pais *alertando-os para as problemáticas do filho inerentes à adolescência.* A AMA (1997) reforça a importância dos familiares do adolescente receberem orientações sobre as fases da adolescência.

No que concerne à categoria específica – **Género dos Profissionais** – encontramos três categorias sub-específicas, que indicam que: O género interfere no atendimento; 2. O género não interfere no atendimento e 3. Há pouca adesão dos profissionais de sexo masculino. A este respeito, E3 considera que apenas interfere *no caso das raparigas* e quando são questões físicas, que implicam *exposição corporal*, sendo que isto é específico da adolescência mas análogo em todas as faixas etárias. As conclusões de Domingos e Madeira (2004) corroboram estes dados.

O género do profissional não interfere no atendimento quando é apenas informação (E3, E4, E5) e que, quando há confiança, entre o profissional e o jovem, o fator género não tem influência. Um dos entrevistados, concretamente E3, coloca o cerne na pouca adesão dos profissionais do sexo masculino, alegando que *seria motivador para os jovens ver no Espaço profissionais masculinos mais sensibilizados e*

vocacionados para esta área. Prazeres (2003) e Nogueira (2009) salientam a existência de uma maioria de profissionais do sexo feminino, nos serviços de saúde e que, segundo Ketting (2000 *in* Mendes, 2011) e Couto *et al.* (2010) por isso mesmo se tornaram instituições femininas e pouco ajustadas ao sexo masculino.

No tocante à categoria geral 4 - **Postura e comportamento dos jovens** – foram identificadas três categorias específicas: 1. A postura atual dos jovens; 2. A afluência ao GAJ; e 3. O género dos jovens.

Por conseguinte, e relativamente à postura atual dos jovens emergiram das narrativas dos nossos participantes quatro categorias sub-específicas. Três entrevistados consideram que os jovens atualmente assumem maior responsabilidade/maturidade perante a sua sexualidade, havendo em conformidade um decréscimo das gravidezes e da utilização da contraceção de emergência (E2). Nesta sequência, os jovens estão atualmente mais disponíveis para falar da sua sexualidade e colocar questões aos profissionais, pois *antes tinham vergonha e medo de falar com os profissionais de saúde, atualmente não* (E5). Estão preocupados com esta dimensão da sua vida e inclusive procuram explorar temáticas novas, a saber *o prazer, o orgasmo, a homossexualidade* (E4). No entanto, e como frisado por E6 e E2, a personalidade dos jovens é que define a forma como estes lidam com a sexualidade, seguindo o que já abordamos anteriormente sobre a moldagem do adolescente por meio das suas relações pessoais, sociais (Oliveira, 2006) e ambientais (Sprinthall & Collins, 1994).

Apesar desta constatação otimista relativamente ao alegado incremento da disponibilidade dos jovens para abordarem estes temas, E7 sublinha que *as estatísticas assim nos dizem que nas primeiras relações sexuais não usam preservativo*, sendo este elemento uma fonte de grande preocupação, principalmente no tocante às IST. Esta contradição merece a nossa maior atenção ao alertar-nos para a existência de um viés na leitura que os profissionais de saúde fazem ao conceberem uma relação diretamente proporcional entre a sua maior disponibilidade para falar e refletir acerca das questões da sexualidade por parte dos jovens e a adoção de comportamentos sexuais saudáveis, situação não corroborada pela literatura.

A interferência dos valores culturais e étnicos também foi considerada no nosso estudo. E3 considera que a educação familiar pode ter grande interferência na visão dos jovens sobre a sua sexualidade (*... se aparece uma filha grávida, é um problema grave e assumido pela família; se for um rapaz, o problema não é encarado com a mesma*

responsabilidade. Mais acrescentam E3, E4 e E6 ao afirmarem que a mudança nesta visão tradicional da sexualidade e nada equitativa quanto ao género *vai demorar algum tempo porque é cultural e (...) os pais têm um papel fundamental na educação sexual* (E7). O mesmo foi comprovado pelo MS (2008) e Brás (2008).

Para além disto, o uso consistente do preservativo entre os jovens pressupõe que se ultrapassem algumas barreiras, a saber *barreiras culturais, económicas, geográficas*, bem como a crença de que o *preservativo como estorvo* poderá condicionar o uso do mesmo, aumentando o risco de uma gravidez indesejada e da transmissão de uma IST (E7). Rech, Halpern, Bergmann, Costanzi e Alli (2007, *in* Xavier, 2005) corroboram a ideia anteriormente apresentada.

Porém, e no seguimento do anteriormente referido continua a existir entre os jovens uma ausência da perceção do risco. Um dos entrevistados refere que há *o tipo de jovem que é alertado consecutivamente e continua a cometer os mesmos comportamentos* (E6). Isto é fruto da característica específica do jovem que procura **viver no imediato**, *que não pensam no dia de amanhã e que o que importa é curtir o momento* (E6). Neste sentido, E7 salienta a **precocidade da iniciação da atividade sexual** que hoje em dia se constata entre os jovens, apesar dos esforços realizados ao nível da implementação da educação sexual em contexto escolar que passou a ser obrigatória em Portugal através da publicação da Lei 60/2009, 6 de Agosto. A minimização do risco por parte do adolescente também é comentada por Secretaria de Estado de Saúde (2006); Menezes (1990, *in* Brás, 2008); Monteiro e Raposo (2006); Oliveira (2006).

No que diz respeito à afluência de jovens ao GAJ, dois dos entrevistados consideram que houve um aumento, *de ano para ano* (E3). Contrariamente, um dos entrevistados afirma que a afluência decresceu, significando isto que *os centros de saúde estão a melhorar as respostas* ou então está mais facilitada a aquisição de contraceptivos (E4).

Tornou-se possível de perceber que a postura e o comportamento dos jovens perante a sexualidade divergem em função do género. Assim, observa-se que a maior **percentagem** de jovens que procuram o GAJ são do sexo feminino, apresentando-se assim as raparigas como o público mais comum (E6).

Segundo os nossos entrevistados, os fatores que conduzem a esta diferença na adesão são a mentalidade e a educação entre os géneros (E3) que acontece *muito por causa da sociedade* (E4), que reforça a ideia sexista que defende que *(...) a sexualidade é mais da responsabilidade das raparigas* (E2), colocando a tónica da prevenção quase que

em exclusivo na mulher (E4 e E3). Contudo, apesar disso, hoje *já há mais rapazes a ir ao GAJ* (E2), do que anteriormente. Além disso verifica-se simultaneamente que vêm mais casais (E4, E5). Isto remete-nos à dualidade de perspectivas referida por Prazeres (2003): se, por um lado, os contraceptivos deverão ser da responsabilidade da rapariga, por outro lado se uma rapariga andar com preservativos poderá dar a ideia de promiscuidade.

A culpabilização dos profissionais de saúde é ditada por E3 ao afirmar que estes *não têm sido capazes de cativar os rapazes*. Prazeres (2003) corrobora que os rapazes têm mais dificuldade em aceder aos serviços de saúde e estão, também, menos sensibilizados no âmbito da sua sexualidade.

No que diz respeito às **caraterísticas**, as raparigas apresentam maior *maturidade (...) devido à responsabilidade de serem elas a engravidar* (E1); *assumem um papel mais ativo (...) assumem que há um motivo para vir e sentem-se mais à vontade* (E3) e *são as que mais se preocupam* (E5). Os rapazes têm uma *postura mais passiva (...) nunca vêm sozinhos (...) ficam lá fora à espera da namorada (...) que leva os preservativos para ele* (E3) e, por vezes, *quando têm questões, não vêm diretamente mas mandam a namorada questionar (...) posteriormente nós sugerimos uma conversa a três* (E4).

Quanto às **razões para a procura** do GAJ, no caso das raparigas, três dos informantes afirmam que é pelo PF (E1, E3, E4), especificando, procuram obter contraceção de emergência, rastreio das IST, orientação clínica na iniciação da pílula, suspeitas de gravidez ou somente para obter informação.

Os rapazes recorrem ao GAJ maioritariamente *enquanto casal* (E2), *a acompanhar a parceira* (E1). No entanto, os que procuram o GAJ sozinhos também o fazem pelo PF, nomeadamente, para obter preservativos, por receio de terem uma IST e/ou para pedirem informações. Importa aqui, ressaltar o discurso de E4 que menciona que *no pedido da contraceção de emergência, quem aparece a 1ª vez (80% casos) é o rapaz e vêm com a namorada ou até sozinhos, e é sempre o rapaz que explica que o preservativo rompeu ou que foi uma relação desprotegida e parece que a responsabilidade nesta altura passa para o outro género*, que contrapõe Prazeres (2003), Couto *et al.* (2010) e Mendes (2011) que referem que apenas uma minoria dos rapazes recorre aos atendimentos.

A 5ª categoria geral identificada diz respeito ao - **Impacto das entidades formais e informais na (in)formação do jovem**. Neste âmbito, a totalidade dos profissionais do nosso estudo consideram que os jovens, atualmente, estão mais informados e, sobretudo, *mais abertos para esclarecer as suas dúvidas* (E1), com uma

maior facilidade de expressão (E4) porque hoje em dia há um acesso à informação mais elevado e uma maior literacia em saúde, o que parece tendencialmente positivo (E7). Todavia, E2 ressalta que não é por falta de informação, se há falhas, não é na informação mas sim nas circunstâncias. Esta premissa ganha evidência através das narrativas dos nossos entrevistados, revelando a **ausência de correlação entre a informação e a atitude protetora**. Assim, quatro dos nossos informantes concordam que existe um hiato entre conhecimento e comportamento (E3) que, segundo E4 faz parte da característica do jovem (...) o gosto de andar na corda bamba. E5 remata que na hora de pôr os conhecimentos em prática, falam mais alto as emoções (...) são impulsivos. Esta desarticulação entre os conhecimentos e comportamentos dos jovens é apontada também por Carvalho (2008).

Nos seus discursos, os profissionais apresentaram-nos os fatores que segundo eles contribuem para que os jovens estejam mais informados e por outro lado dificultam a obtenção de informação.

Relativamente aos fatores que contribuem pela positiva, cinco profissionais apontam a **educação sexual escolar**. As mudanças atuais *devem-se muito à intervenção das escolas (E6)* pois *antigamente estas coisas não eram abordadas nas escolas (sexualidade, contraceção, infeções, parentalidade, abuso...)* (E4). No entanto, E3 acrescenta que esta tem um impacto positivo apenas naquelas escolas *em que realmente há educação sexual*. A formação de pares foi o outro fator positivo referenciado por um entrevistado que considera a formação inter-pares como *uma forma eficaz de fazer a informação passar pois nesta faixa etária, os amigos estão acima de tudo* e lamenta o facto de se ter deixado cair esta modalidade de formação/intervenção (E6). Tomé (2011) e a APF (2008) destacam igualmente a eficácia da formação de pares na promoção da saúde junto da população jovem.

Os **fatores que prejudicam o processo de formação/obtenção de informação** por parte dos jovens apontados pelos profissionais foram: 1. A falha no diálogo com os pais; 2. A influência dos pares; e 3. As fontes de informação fáceis e não credíveis.

Quatro dos entrevistados consideram que, apesar da *evolução da sociedade ao nível da sexualidade (...) estas conversas ainda não são tidas em casa* (E3), ou seja, ainda existe uma falha no diálogo entre pais e filhos (Freitas & Dias, 2010). Neste sentido, E3 apresenta as causas possíveis para esta falha relativamente a esta temática: *pais não se sentem à vontade (...) por desconhecimento ou vergonha (...) não estão habilitados (...)*. Além disso, é mais fácil falar sobre os problemas físicos do que sobre os problemas emocionais, tal como afirma Vieira (2012). E1, em concordância com Almeida e Centa

(2008) afirma que *não havendo respostas em casa, eles têm que ir buscar a algum lado*, o que nos remete para fatores que apresentaremos seguidamente: os amigos e outras fontes de informação fáceis e não credíveis.

Na fase da adolescência, os amigos conquistam o papel principal na transmissão de informação, sobretudo, de cariz sexual. Os estudos referidos no capítulo anterior (Guimarães *et al.* 2003; Castro & Rodrigues, 2009) comprovam isso mesmo. A influência dos pares pode ser negativa ou positiva. Três dos informantes do nosso estudo consideram a interferência dos pares como negativa porque *quando têm dúvidas recorrem aos amigos, que também têm dúvidas e acabam por ficar a saber o mesmo* (E6). Tomé (2011) concorda e clarifica que amigos com comportamentos de risco poderão influenciar negativamente. Porém, um dos informantes considera que *o grupo, às vezes, tem um efeito protetor* (E4). Há outros estudos que referem o grupo de pares como favorável à saúde do jovem (Rose, 2000; Stiles & Raney, 2004; Fied & Sanders, 2002; Wilkinson, 2009, *in* Tomé, 2011).

No que diz respeito às fontes de informação fáceis e não credíveis, estas foram referenciadas por dois dos entrevistados, nomeadamente, a internet. E1 refere que os jovens consultam informação na internet porque *esta é acessível e facilitada e geralmente não é a mais correta e depois eles acabam por criar conceções erradas*. Relembramos o estudo de Noronha (2009) que considera a internet como preferencial na procura de informação sobretudo entre os jovens que têm vergonha de falar sobre determinados temas e o estudo de Vieira (2009) que nos fala da incapacidade dos jovens de filtrar a informação disponível.

Por fim, encontramos a 6ª Categoria geral - **Articulação entre Educação Sexual Formal e GAJs**, à qual os nossos entrevistados reconhecem vantagens e desvantagens constituindo-se, assim, duas categorias específicas.

Quando existe um protocolo entre os GAJs e a escola, há vantagens para os GAJS, para os alunos e para os profissionais, elemento considerado vantajoso para o GAJ por seis dos entrevistados, por ser (...) *importante que os jovens sintam que têm apoio na escola mas que também há um apoio exterior* (E1), (...) *aberto até nas férias* (E3).

Neste contexto, apesar de não haver uma *concretização de protocolo* (E1), os *profissionais de saúde fazem sessões de esclarecimento nas escolas e aproveitam para divulgar o GAJ* (E3). Relembramos aqui Brás (2012) que alega que a falta de informação sobre locais de apoio à sexualidade dificulta também a eficácia destas respostas. Estas sessões

podem ser facilitadoras do estabelecimento de uma relação empática (...) *se se identificam com o profissional (...) percebem que há ali uma abertura (...) é uma forma de aderirem à consulta no gabinete* (E6). Mas, para além disto, o conhecimento do GAJ acontece sobretudo no passa-a-palavra entre os jovens (E3;E4) o que, uma vez mais, reforça o que falamos anteriormente sobre a influência dos pares. E7 por sua vez afirma que *se os profissionais de educação e os de saúde se unissem, seria ouro sobre azul*, tal como legislado no Despacho conjunto nº271/98, posteriormente revogado pelo Despacho conjunto nº734/2000, o que nos remete, uma vez mais, para a importância de articular vários serviços na intervenção com jovens (Brás, 2008; Prazeres, 2006; DGS, 2006; Vaz, 1996).

Foram igualmente consideradas como um aspeto vantajoso para os alunos/jovens, por cinco dos entrevistados, as sessões de esclarecimento personalizadas, dinamizadas pelos profissionais do GAJ, sendo que se procura criar mesmo dentro da sala de aula um ambiente protegido e facilitador da comunicação sobre um tema constrangedor para a maioria (...) *abre-se a discussão (...) sem a presença dos professores para haver mais à vontade* (E3). Além disso, E4 destaca como essencial o facto de, previamente ao início da dinamização das sessões, ser passada *uma caixinha das perguntas*, pois torna a *sessão mais personalizada*, sendo agradável para os jovens verem respondidas as suas questões sem que tenham de as expor ao grupo.

A par do acima mencionado, *os debates deixam sementinhas que esses mesmos jovens poderão passar aos seus amigos* (E4). Neste sentido, Vaz (1996) reconhece a visita de profissionais externos, o recurso ao lúdico e a valorização da opinião dos jovens como boas estratégias na Educação Sexual.

Para dois dos entrevistados, a ajuda que os profissionais do GAJ podem dar aos professores que não se sentem à vontade ou não estão vocacionados (E3) é um outro elemento a relevar como vantajoso. Nesta linha, E6 refere a importância do programa PRESSE (s/d), já abordado no capítulo anterior, quando se fez referência à formação administrada pelos profissionais de saúde aos professores, permitindo que um grande número de jovens possa sair beneficiado. Por sua vez, E1 acrescenta que a articulação entre o GAJ e a instituição escolar poderá originar *a entrada de novos profissionais*, para realizar mais *workshops* e mais sessões de esclarecimento.

Por fim, o GIA, resultado do Decreto-lei nº60/2009, foi apresentado por dois dos entrevistados como sendo um espaço útil porque neles, os profissionais de saúde do GAJ, *uma vez por mês (...) fazem atendimentos e também alguns debates e conversas no*

âmbito da educação sexual (E3). E6 afirma que, neste gabinete, tanto os alunos como os professores podem ir tirar dúvidas com os técnicos de saúde. Em contraposição, dois entrevistados afirmam que estes espaços de atendimento na escola não funcionam porque a ideia de atendimento é que seja num sítio em que a privacidade do jovem esteja segura (E2), e sendo exterior à escola, ninguém está a observar e é uma mais-valia (E5), porque senão o jovem que lá vai é apontado (E4; E5). As perceções dos participantes vão de encontro às características do atendimento a jovens indicadas por Pardal (1993). Um dos entrevistados desconhece a existência de atendimento a jovens nas escolas, apesar de reconhecer que era importante haver um acompanhamento individualizado para jovens (E1).

No tocante às desvantagens da articulação entre estes dois serviços, surgiram: 1. A abordagem em grupo, 2. A incapacidade dos professores, 3. A imposição de temáticas; e 4. A ausência de protocolo de articulação.

Um dos entrevistados considera que a abordagem em grupo é considerada uma desvantagem quando há *jovens tímidos que acabam por não tirar as dúvidas, com medo de serem gozados (E1). Quatro dos entrevistados acham que os profissionais de educação são incapazes de realizar educação sexual (...) existem dúvidas sobre se os professores estão aptos para falar sobre sexualidade pois ainda é considerado um tema tabu, como se falar sobre sexualidade fizesse com que os meninos tenham relações sexuais e, por isso, requisitam os profissionais de saúde para intervenção nas escolas no âmbito da promoção da saúde (E3). Esta afirmação de E3 remete-nos para a velha questão – mas afinal quem está efetivamente preparado para abordar a temática da sexualidade? – ao longo deste estudo podemos constatar que os profissionais de saúde consideram que não recebem formação de base adequada para trabalhar com as especificidades desta faixa etária mas, em contrapartida, quando se referem às competências dos professores defendem que a sua classe profissional, por ser do ramo da saúde, está mais preparada, não estando os professores aptos para desempenhar este papel. Estamos indiscutivelmente perante uma *guerra de classes* em que a razão não favorece nenhuma delas, pois o mais importante é a sensibilidade, o interesse e a motivação individual do profissional para desenvolver um trabalho eficaz neste âmbito, independentemente da sua formação de base.*

A imposição de temáticas acontece, segundo E2, *quando a escola pede, os profissionais dinamizam sessões de esclarecimento, do básico ao secundário, e segundo os grupos etários moldam-se as temáticas (bullying, internet, afetos, violência no namoro...), isto é, sem dar voz aos jovens. E4 acrescenta que quando os profissionais de saúde abordam*

determinadas temáticas para as quais *os jovens ainda não estão despertos, isto não lhes vai dizer nada*. Isto contrapõe-se às ideias defendidas por Vaz (1996) e Prazeres (2006) que consideram que o jovem deve ser implicado em todas as atividades.

Por fim, a ausência de protocolo de articulação, que falha na divulgação, apontada por quatro entrevistados, (...) *todos os anos é mandada uma carta com informação sobre o Gabinete (...) divulgação só acontece por aqueles professores que estão devidamente sensibilizados para a questão dos adolescentes* (E2); quer na burocracia ao nível do controlo de faltas, apontada por um entrevistado (E2) *mudou completamente a própria justificação das faltas, eles podem levar uma justificação mas depois há este controlo de faltas, em que os pais têm de saber o que é que eles fazem (...) a própria escola tornou-se numa trama em que o jovem se põe um pé fora da escola tem que justificar onde é que foi e portanto, o que leva a um afastamento dos jovens ao GAJ*.

Em suma, e conforme os discursos dos sujeitos do estudo, podemos inferir que o GAJ é uma resposta adequada às necessidades dos jovens, sobretudo por se tratar de um ambiente mais neutro, jovial e personalizado. Nestes atendimentos as barreiras temporais e burocráticas são diminuídas e a confidencialidade garantida. A motivação e a formação específica na área da adolescência torna o profissional mais disponível e mais atento às especificidades desta fase de vida, bem como para o trabalho em equipa, sendo capaz de identificar as vantagens dele decorrentes, neste âmbito.

Os CS, apesar de mudanças manifestas, devem repensar a estrutura organizativa e as particularidades de atendimento dirigidas a esta faixa etária. A proliferação da informação em massa, fruto da influência dos *media* e das TIC, não tem uma relação direta com a adoção de comportamentos saudáveis por parte dos jovens. A escola, a família, o grupo de pares e as instituições de saúde, todos têm um papel importante na (in)formação do jovem. A articulação das instâncias de saúde e de educação, preferencialmente através do estabelecimento de protocolos, e o envolvimento de toda a comunidade é crucial para o desenvolvimento positivo do jovem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusão e considerações finais

O interlúdio entre criança e adulto, a adolescência, tem vindo a ser mote para várias investigações.

A adolescência começa com a biologia e termina com a cultura (Sprinthall & Collins, 1994) e, por ser uma fase de transição onde confluem sentimentos, atitudes e comportamentos sexuais, passíveis de ser moldados pela influência social (Sousa, 2000), a sexualidade juvenil passou a ser um tema pertinente nos tempos que correm. A condição do *ser jovem* tem sido alvo de mudanças com o passar dos tempos e, atualmente, a juventude diz respeito a um período mais dilatado na vida do indivíduo.

Ao mesmo tempo, atualmente, é dada ênfase à promoção e à educação para a saúde por se considerar que a saúde depende de fatores físicos e ambientais e a prevenção é competência quer das instituições de saúde quer, sobretudo, de cada indivíduo.

Entendemos assim que os profissionais de saúde, pelo conhecimento e pela prática que detêm, são elementos essenciais na promoção da reflexão acerca do atendimento a jovens, podendo contribuir inclusive para uma melhoria da intervenção desenvolvida na área da sexualidade em Portugal.

Os achados deste estudo remetem-nos para a importância da criação de diversas instâncias alternativas e personalizadas que atuem entre a comunidade juvenil. O estabelecimento de respostas que vão de encontro às reais necessidades dos jovens são cruciais para educar na área da sexualidade. Face às mudanças sentidas durante esta fase, o atendimento a jovens torna-se um desafio para os profissionais, porque implica ultrapassar a esfera biomédica, para a qual estão mais alerta, por predominar na sua formação de base.

Por ser uma etapa predominantemente sadia, os problemas dos jovens podem ser desvalorizados. A motivação e o investimento em formação nesta área influenciam as perceções relativas ao atendimento a jovens, levando o profissional a responder a necessidades físicas, psicológicas, relacionais e sexuais.

A empatia e posterior relação de vinculação, a disponibilidade temporal, o estar atento à comunicação não-verbal e a confidencialidade são características enunciadas como cruciais pelos nossos entrevistados. Só através de uma relação sólida e harmoniosa é possível alcançar a eficácia no atendimento a jovens. Assim sendo, existem alguns cuidados que os profissionais de saúde devem ter, nomeadamente uma

postura positiva, de orientação e sem juízos de valor. Tendencialmente, alguns profissionais atuam de forma paternalista perante o jovem, porém, se reconhece que o aconselhamento deve ser feito através da apresentação de um leque de opções ao jovem, ajudando-o a refletir para que ele próprio possa fazer a sua escolha e tomar a sua decisão.

Uma equipa multidisciplinar e o trabalho em equipa permitem olhar para o mesmo caso sob pontos de vista diferentes, contribuindo para a eficácia do atendimento.

Quer a estruturação dos serviços de saúde quer os próprios valores culturais direcionam o PF para o género feminino. Contudo, há o reconhecimento de que é necessário um maior envolvimento de profissionais do sexo masculino como fator promotor da adesão dos rapazes, contribuindo para uma maior identificação destes com os serviços. O fator género, principalmente, tem influência quando é necessária uma exposição corporal e, aí, as raparigas sentem mais inibição. Quando se trata apenas de informação, o fator confiança sobrepõe-se ao fator género.

O contexto de atendimento em GAJ é distinguido pelos intervenientes neste estudo como o mais apropriado às necessidades efetivas e individuais de cada jovem. A localização discreta e dissolvida em outras atividades (nomeadamente o espaço internet conjunto) conferem privacidade e confidencialidade ao atendimento, características valorizadas pelos jovens por contribuírem para uma sensação de confiança quer no técnico, quer no próprio gabinete. Esta confiança é crucial, criando à vontade no jovem para apresentar as suas dúvidas e os seus anseios e, facilitando a tarefa do profissional que conseguirá responder mais eficazmente às expetativas do jovem.

Os GAJs são de fácil acesso, uma vez que não existe tempo de espera, nem uma receção burocrática e podendo o jovem escolher o dia, a hora e o profissional pelo qual quer ser recebido.

O PF nos GAJs é similar ao realizado em CS (informação, aquisição de métodos contraceptivos e rastreios), porém há dúvidas do foro íntimo que os jovens apenas conseguem colocar nos GAJs. Assim, considera-se que estes gabinetes servem como complemento a outras instituições de saúde e/ou de educação.

Os CS continuam a não personalizar o atendimento ao jovem, levando ao seu afastamento. O facto de ser o médico de família, que conhece os seus familiares; o jovem não ser considerado o elemento central no atendimento conjugado com a falta de disponibilidade temporal do profissional que tem um tempo fixado para a consulta; a burocracia excessiva dos CS (obrigatoriedade de marcar consulta; o tempo de espera; o

registo do jovem; a prestação de serviços apenas a inscritos) são fatores indicados pelos nossos participantes como negativos dos CS e que contribuem para um questionamento do jovem relativamente à efetiva confidencialidade dos serviços prestados. Por outro lado, um aspeto positivo atribuído ao CS é que apenas o médico de família conhece a história desenvolvimental e familiar do jovem.

Hoje, os jovens estão mais disponíveis para falar sobre a temática da sexualidade, sendo a procura da informação nos GAJs motivada, na maior parte das situações, pelo PF em ambos os sexos. Contudo, constata-se que os rapazes raramente aparecem sozinhos, recorrem em grupo ou como casal, enquanto as raparigas têm um papel mais ativo.

As bases informativas do mundo contemporâneo são em maior número e estão à mercê do jovem, porém convém ressaltar que continua a não existir um paralelo entre os conhecimentos e os comportamentos dos jovens. Primeiro, porque nem toda a informação a que os jovens acedem é correta; segundo, a desvalorização do risco e o viver no imediato, características da adolescência, não abonam em favor de comportamentos assertivos.

A educação sexual escolar e a formação dos pares são fatores considerados pela positiva. Em contrapartida, a falha no diálogo com os pais, que continua frágil em pleno séc. XXI; a influência dos pares, pois os amigos tomam principal destaque na fase da adolescência e tanto podem ser protetores como desviantes; e as fontes de informação pouco credíveis, em particular a internet, foram consideradas pela negativa.

Um trabalho multissetorial é vantajoso face às necessidades dos jovens, embora nem sempre aconteça. A educação sexual nas escolas, que entrou em vigor em Portugal no ano 2009, foi o mote para que as escolas e os GAJs pudessem atuar como parceiros em prol da saúde dos jovens. Os profissionais de saúde deslocam-se às escolas e apoiam os professores na dinamização de sessões de informação e esclarecimento em torno da sexualidade ou através de atendimentos nos GIA. As sessões de esclarecimento, por vezes, são adaptadas aos reais interesses e necessidades dos jovens. Desta forma, transmite-se informação credível e, em simultâneo, faz-se a divulgação do GAJ como um local específico ao qual podem recorrer a título individual para realizar PF ou, simplesmente, para colocar dúvidas.

Em jeito de conclusão, a realização deste trabalho contribuiu para uma melhor compreensão do significado de atendimento a jovens e esperamos que este possa

contribuir para que os profissionais de saúde, que atuam neste âmbito, possam refletir acerca do papel que desempenham e, em conformidade, procurarem melhorar os serviços prestados aos jovens. De igual modo, entendemos que o atendimento a jovens, em Portugal, ainda se encontra numa fase incipiente e que muito ainda há a fazer para tornar os Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens: acessíveis; aceitáveis; equitativos; apropriados e eficazes (WHO, 2012).

Assiste-nos, ainda, mencionar algumas das limitações do nosso estudo. Salientamos, em primeiro lugar, o número reduzido de entrevistados. Apesar de ser um número suficiente para o presente estudo, e da análise qualitativa reconhecer um número reduzido de participantes, a verdade é que não pode ser considerado um retrato de todos os profissionais de saúde. Em segundo lugar, a restrição da investigação a um GAJ no Alto Minho que, à semelhança do que foi dito anteriormente, pode ou não se adequar às restantes regiões do nosso país, com realidades e práticas diferentes. Em terceiro lugar apontamos a pouca variedade de indivíduos, nomeadamente no que respeita ao género, na qual não conseguimos obter uma equidade e que, com certeza, seria uma mais-valia para este estudo. Em quarto lugar, o não envolvimento dos jovens nesta intervenção. Dar voz aos jovens e tentar perceber as suas perceções sobre o atendimento poderá ser o complemento ideal à perceção dos profissionais, aqui revista, e servirá, com certeza, para a melhoria dos serviços e concomitantemente do atendimento a jovens.

E porque no decorrer deste estudo surgiram novas questões de investigação sugerimos que, em futuros estudos, se explore a conceção de atendimento por parte dos jovens, já que foi indicado como limitação o não envolvimento dos jovens no desenho da intervenção desenvolvida.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

- Almeida, A. e Centa, M. (2008). A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 71-76.
- AMA (1997). *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations Monograph*. USA: Department of Adolescent Health.
- Anastácio, Z. (2007). *Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, obstáculos e argumentos dos professores para a sua (não) consecução*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de Doutor no Ramo de Estudos da Criança.
- Andrade, H., Mello, M., Sousa, M., Makuch, M., Neilane, B., & Faúndes, A. (2007). Mudanças no comportamento sexual de adolescentes de escolas públicas no Brasil após um programa de educação sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(5), 206-217.
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- APF (s/d). *História da APF*. Consultado em Fevereiro de 2013 através de [http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/Historia_APF\(1\).pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/Historia_APF(1).pdf)
- APF (2008). *Manual de Educação Inter-pares em direitos e Saúde Sexual e reprodutiva*. Lisboa: APF.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona.
- Base de Dados Portugal Contemporâneo, PORDATA, (2011). *Censos 2011*. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao>
- Best, J. (1982). *Como investigar en educación*. Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Bodgan, R. e Biklen, S. (2007). *Qualitative research for education: An introduction to theories and methods (5º Edição)*. Boston: Pearson.
- Bouzas, I. (2011). A especificidade dos adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde*, 8(2), 5.

- Brás, Manuel A. (2008). *A sexualidade do adolescente. A perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: Análise da perspectiva do adolescente face à sexualidade*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Burnard, P. (2005). *Counselling skills for health professionals* (4ª edição). London: Nelson Thornes. Consultado em Março de 2013 através de <http://books.google.pt/books>
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 209-213.
- Carvacho, I., Mello, M., Morais, S. & Silva, J. (2008). Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 886-894.
- Carvalho, C. (2008). *Educação da sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional da Educação Cristã.
- Castro, J. e Rodrigues, V. (2009). Conhecimentos e atitudes face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43(4), 889-894.
- Comité Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescentes. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud*. Documento regional. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf>
- Correia, T. (2006). Expectativas dos adolescentes em relação aos professores e profissionais de saúde na área da sexualidade. *Revista Sinais Vitais*, 80: 42-48.
- Costa, L. e Coelho, E. (2011). Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3).
- Couto, M., Pinheiro, T., Valença, O., Machin, R., Silva, G., Gomes, R., Schraiber, L. e Figueiredo, W. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de género. *Interface. Revista Comunicação, Saúde e Educação*, 14 (33): 257-270.

- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. e Barnekow V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in Schol-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/1010 survey*. Regional Office for WHO.
- Dias, A. e Gomes, W. (2000). Conversas em família sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 109-125.
- DiCenso A., Borthwick V., Busca, C., Creatura C, Holmes, J., Kalagian, W. e Partington B. (2001). Completing the Picture: Adolescents Talk About What's Missing in Sexual Health Services. *Canadian Journal of Public Health*, 92(1), 35-38
- DGS (s/d). *Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://www.dgs.pt/>
- DGS (2004). Saúde Juvenil. Relatório sobre programas e oferta de cuidados. Lisboa: Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação* (2ª edição). Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2006a). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar.
- DGS (2006b). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. Lisboa: Orientações Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Ministério da Saúde. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://pns.dgs.pt/pns-discussao>
- Domingos, S. e Madeira, A. (2004). A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 8(4), 442-448.
- Farias, J., Nahas, M., Barros, M., Loch, M., Oliveira, E., Bem, M. e Lopes, A. (2009). Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(4), 344-352.

- Fernandes, E. e Maia, A. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fernandes, R., Conterato, I., Messias, K., Christofaro, D., Oliveira, A. e Júnior, I. (2009). Fatores de risco associados ao excesso de peso entre adolescentes da Região Oeste Paulista. *Revista da Escola de Enfermagem*, 43(4), 768-773.
- Ferrari, R., Thomson, Z. e Melchior, R. (2006). Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2491-2495
- Ferreira, M. e Nelas, P. (2006). Adolescência... Adolescências... *Revista do Instituto Superior e Politécnico de Viseu (ISPV). Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, pp. 141-162.
- Ferreira, R., Romanini, M., Beirão, M. e Miranda, S. (2005). Adolescente: particularidades no atendimento. *Pediatria Ambulatorial*, 4(10), 97-114.
- Ferreira, V., Fernandes, A., Vieira, J., Puga, P., e Barrisco, S. (2006). *A condição juvenil portuguesa na viragem do milénio. Um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Formigli, V., Costas, M. e Porto, L. (2000). Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 831-841.
- Freed, A. (1985). In search of a paradigm: the responsible counselling of youth for responsibility. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 8, 329-340.
- Freitas, K., e Dias, S. (2010). Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 19(2): 351-7.
- Ginsburg, K., Winn, R., Rudy, B., Crwawford, J., Zhao, H. e Schwarz, D. (2002). How to Reach Sexual Minority Youth in the Health Care Setting: The Teens Offer Guidance. *Journal of Adolescent Health*, 31, 407-416.
- Glaser, B. e Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia.

- Guimarães, A., Vieira, M., e Palmeira, J. (2003). Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 293-298.
- Henriques, B. (2009). *Análise compreensiva do significado do atendimento ao adolescente realizado pelos profissionais de saúde da atenção primária do município de Viçosa – Minas Gerais*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Brasil: Faculdade de Medicina de Minas Gerais.
- Horta, N. (2006). *O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde: uma análise compreensiva*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Brasil: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- IPJ (s/d). Saúde e Sexualidade Juvenil: Consultas para Jovens. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/PlaneamentoFamiliar/>
- Kaplan, S., Corrêa, B., D'Oliveira, C., Silva, C., Mathias C., Grossman, E., Milani, F., Abreu, I., Outeiral, J., Marques, L., Sudbrack, M., Silva, M., Bastos, O., Araújo, S. e Cavasin, S. (2007). *Conversando sobre saúde com adolescentes*. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje.
- Kang, M., Bernard, D., Booth, M., Quine, S., Alpersrein, G., Usherwood, T. e Bennett, D. (2003). Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. *British Journal of General Practice*, 53, 947-952.
- Lessard-Hébert, M. (1996). *Pesquisa em educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lindsey, C., e Kalafat, J. (1998). Adolescents views of preferred helper characteristics and barriers to seeking help from school-based adults. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 9, 171-173.
- Loureiro, E. (2003). *Comportamento de risco em adolescentes: uma abordagem evolutiva*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre em Etologia.
- Macedo, M., Baldo, M., Santos, R., Ribas, R., Silva, S. e Gonçalves, T. (2011). Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínica-escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 63-75.

- Macedo, R. e Souza, R. (1996). Adolescência e Sexualidade: uma proposta de educação para a família. In: Macedo R. (Org). *Família e comunidade* (coletâneas da ANPEPP No 2). São Paulo: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.
- Machado, C. (2009). *A sexualidade em tempos de internet: representações sociais de estudantes do Curso de Enfermagem acerca da sexualidade feminina*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Machado M., Alves, M. e Couceiro, M. (2011). *Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde*. Acta Pediátrica Portuguesa, 42(5), 195-204.
- Maia, A. (2008). *Saúde e adolescência – Hábitos e comportamentos dos adolescentes que frequentam uma clínica privada no concelho do Barreiro*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação na especialidade Educação para a Saúde. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Malcon M., Menezes A. e Chatkin M. (2003). Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Pelotas. *Revista de Saúde Pública*, 37, 1-7.
- Manning, P. (1979). Metaphors of the field: varieties of organizational discourse. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 660-671.
- Marques, A. (2007). A primeira relação sexual: contextos e significados. *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES) do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE)*. E-working paper nº32/2007.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J. e Aventura Social (2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC*. Consultado em Março de 2013 através de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf
- Matos, M., Reis, M., Ramirp, L., Borile, M., Berner, E., Vázquez, S., Gonzalez, E., Messias, J., Eisenstein, E., Pons, J., Tuzzo, R., Livia, J., Salazar, G., Vilar, D. e Equipa Aventura Social (2009). Educação Sexual em Portugal e em vários países da América Latina. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 149-158.

- Matos, M., Simões C., Tomé, G, Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L, Reis, M., Diniz, J., Gaspar, T, Veloso, S., Loureiro, N, Borges, A. e Aventura Social (2010). *Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Mendes, J. (2011). *Adesão dos jovens do género masculino à Consulta de Planeamento Familiar*. Projeto de Graduação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Mendonça, L., Maia A. e Ribeiro, F. (2007). Experiências de cuidado vividas na infância e comportamentos de risco para a saúde. In *Congresso Família, Saúde e Doença*, 2, Braga. Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7067>
- Miguel, N. (1988). *Os jovens e a sexualidade*. Lisboa: Comissão da Condição Feminina: Grupo de Trabalho da Sida.
- MS (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS (2005). *Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a organização dos serviços de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – Distrito Federal: Ministério da Saúde.
- MS (2007). *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de adolescentes e jovens*. Versão preliminar (1ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília – Distrito Federal: Ministério da Saúde.
- MS (2008). *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Série B. textos Básicos de Saúde. Brasília – Distrito Federal: Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas.
- Monteiro, M. e Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 15-126.
- Neves, J. (1996). Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(3), 2º SEM.
- Nogueira, P. (2009). *Diferenças de género na promoção da educação para a saúde sexual e reprodutiva: um estudo com utentes e enfermeiros/as das consultas de planeamento familiar e saúde materna*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação. Braga: Universidade do Minho.

- Noronha, G. (2009). *Sexualidade e fontes de informação entre adolescentes estudantes do Ensino Médio*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Brasil: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
- Oliveira, S. (2006). *A consulta do paciente adolescente pelo pediatra: o despertar da autonomia*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências – área da criança e da mulher. Brasil: Comissão de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.
- Oselka, G. e Troster, E. (2000). Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(4), 289-311.
- Pais, J. (1998). Vida amorosa e sexual (Resultado de um inquérito). Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais/Secretaria de Estado da Juventude.
- Pais, J., Cabral, M., Ferreira, P., Ferreira, V., e Gomes, R. (2003). *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes perante o Corpo. Resultados de um inquérito aos jovens portugueses*. Oeiras: Instituto Português da Juventude.
- Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª edição). S. Paulo: Artmed Editora SA.
- Pardal, J. (1993). *A adolescência e a medicina de família*. Viseu: Tipografia Guerra.
- Pontes, A. (2010). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso. Promoção do desenvolvimento psicosexual na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. Dissertação com vista à obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde Mental. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Portugal. Assembleia da República. (1984). *Educação sexual e planeamento familiar*. Lei nº 3/84 de 24 de Março. Diário da República, 1º Série – A nº71/84, pp. 981-983.
- Portugal. Assembleia da República. (1984). *Protecção da Maternidade e da Paternidade*. Lei nº 4/84 de 5 de Abril. Diário da República, 1ª Série, nº81/84, pp. 1159-1153.
- Portugal. Assembleia da República. (1984). *Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez*. Lei nº6/84 de 11 de Maio. Diário da República, 1ª Série, nº109/84, pp. 1518-1519.

- Portugal. Ministério da Saúde. (1985). *Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens*. Portaria nº52/85 de 26 de Janeiro. Diário da República, 1ª Série nº22/85, pp. 219-220.
- Portugal (1998). *Institucionalização da linha telefónica de informação aos jovens sobre educação sexual*. Portaria nº 370 A/98 de 1 de Junho.
- Portugal. Ministério da Educação (2000). *Desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei nº 120/99: Decreto-Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro*, Diário da República, 1ª Série A nº 240/2000, pp. 5784-5786.
- Portugal. Assembleia da República (2007). *Decreto-Lei n.º 168/2007, de 3 de Maio, Aprova a orgânica do Instituto Português da Juventude, I. P.* Diário da República, 1ª Série nº85/07, pp. 959-960.
- Portugal. Assembleia da República (2009). *Portaria nº 300/2009, de 24 de Março*. Diário da República, 1ª Série nº58/09, pp.1853-1857.
- Portugal. Assembleia da República (2009). *Decreto-lei nº 60/2009, de 6 de Agosto*. Diário da República, 1ª Série nº 151/09, pp. 5097-5098.
- Position Paper of the Society for Adolescent Medicine (2004). *Access to health care for adolescents and young adults*. *Journal of Adolescent Health*, 35, 342-344.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino. Género e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Prazeres, V. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- PRESSE, (s/d). Consultado em Fevereiro de 2013 através de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/presse>
- Quivy, R., e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Randolph, W., & Posner, B. (1992). *Planeamento e gestão de projectos*. Lisboa: Editorial Presença.

- Rech, R., Halpern, R., Mattos, A., Bergmann, M., Costanzi, C. & Alli, L. (2007). Obesidade Infantil: complicações e fatores associados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 15(4), 47-56.
- Reis, M. e Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Revista Análise Psicológica*, 22(4), 737-745.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, C. e Rosendo, I. (2011). Saúde do Adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 184-186.
- Rodrigues, R. (2010). Gravidez na adolescência. *Revista Nascer e Crescer*, 19(3):201
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos. Diálogos com adolescentes* (2ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M., e Silva, M. (2005). *Grupo de trabalho de educação sexual. Relatório preliminar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Secretaria de Estado de Saúde (2006). *Atenção à saúde do adolescente. Saúde em casa* (1ª edição). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.
- Segat, F., Santos, R., Guillande, S., Pasqualotto, A. e Benvegnú, L. (1998). Fatores de risco associados ao tabagismo em adolescentes. *Revista Adolescência Latinoamericana*, 1, 163-169.
- Segre, M. e Ferraz, C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Senderowitz, J. (1999). *Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud*. Washington DC: Series de Investigación, Programas y Políticas.
- Sexton, T. e Griffin, B. (1997). *Constructivism thinking in counseling practice, research and training. Counseling and Development Series*. Amsterdam, New York: Teachers College Press.
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na adolescência. Comportamentos, conhecimentos e opiniões/attitudes de adolescentes escolarizados*. Dissertação para a obtenção

de grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Sprinthall, N., e Collins, W. (1994). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentalista* (2ª edição). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N., e Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentalista* (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Taquette, S., Vilhena, M., Silva, M. e Vale, M. (2000). Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1717-1725.

Tavares, H. e Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Revista Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(4), 154-159.

Tomé, G. (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação, Especialidade Educação para a Saúde. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Traverso-Yépez, M., e Pinheiro, V. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Revista Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.

Tylee, A., Haller, D., Graham, T., Churchill R. e Sanci, L. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 369, 1565-1573.

UN (2010). World programme of action for youth. Economic & social affairs. New York. Consultado em Março de 2013 através de <http://social.un.org/index/Youth/WorldProgrammeofActionforYouth.aspx>

Vaz, J. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vieira, O. (2009). *A Educação Sexual na Escola Pública Portuguesa: um olhar a partir da experiência de alunos do 10ºano*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Educação, especialização em Sociologia da Educação e Políticas Educativas. Braga: Universidade do Minho.

Vieira, C. (2012). *Eu faço sexo amoroso: A sexualidade dos jovens pela voz dos próprios*. Lisboa: Editorial Bizâncio.

- WHO (2001). *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health. A facilitator's guide. Adolescent Health Programme*. Switzerland: Division of Family Health.
- WHO (2012). *Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. Switzerland: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.
- Xavier, A. (2005). *Comportamento sexual de risco na adolescência: aspectos familiares associados*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia. Brasil: Instituto de Psicologia do Rio Grande do Sul.

ANEXO 1

Guião da entrevista

Caraterização

- *Nome*

- *Idade*

- *Área de Formação*

- *Função que desempenha atualmente/Há quantos anos desempenha a função*

- *Onde exerce a sua função profissional*

1. Qual é a sua conceção de Atendimento a Jovens? E qual acha que será a conceção dominante nos profissionais de saúde?
2. Qual é, em seu entender, o papel dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento a jovens?
 - a) Enquanto técnico de saúde no Gabinete Jovem, qual considera ser o seu papel?
 - b) E enquanto técnico de saúde nas consultas de planeamento familiar, qual considera ser o seu papel?
 - c) Concorda com a ideia de que o Atendimento a Jovens no Gabinete e a Consulta de Planeamento Familiar são respostas que respondem de igual forma às necessidades dos jovens? Se não, o que os distingue?
3. Acha que a postura/comportamento dos jovens face ao Atendimento a Jovens se alterou nos últimos anos?
 - a) Se sim, quais as principais diferenças que assinala?
 - b) Em função do género do jovem, há diferenças na postura/comportamento do jovem face ao atendimento? Se sim, na sua opinião o que motiva essa diferenças?
 - c) E relativamente às motivações da procura do gabinete/consulta?
 - d) E ao nível da informação/conhecimentos que os jovens possuem previamente ao atendimento?

4. Em sua opinião, o atendimento a jovens é uma opção positiva? Em quê? É a opção que melhor assegura a satisfação das necessidades e dos interesses dos jovens?

5. Concorda com a ideia de que Educação Sexual Formal em contexto escolar interferiu com a afluência de jovens ao Gabinete/Consulta?
 - a) Se sim, em que sentido?
 - b) Na sua opinião, identifique vantagens e desvantagens nesta articulação entre Educação Sexual Formal e os Gabinetes de Atendimento a Jovens.

6. Há mais alguma questão/informação que considere importante e que não tenha sido perguntada?

Muito obrigada!

ANEXO 2

Grelha da análise categorial

Categorias Gerais	Categorias Específicas	Categorias sub-específicas	Categorias Sub-sub específicas	Categorias sub-sub-sub específicas	Unidades de Registo		
Conceito de Atendimento a Jovens	Idêntica						
	Diferente						
	Gabinete de Atendimento ao Jovem (GAJ)	Conhecimento de outros GAJ	Conhece				
			Desconhece				
		O 1º contacto com o GAJ	Receio/expetativa/responsabilidade				
		Objetivo Geral	Sexualidade juvenil				
		População-Alvo	12 aos 30 anos				
		Intervenção			Positiva	Responde às necessidades efetivas de cada jovem	
						Confiança no GAJ	
						Confiança no técnico	
						Complemento da educação familiar	
					Negativa	Jovens não participaram no desenho dos GAJ	
						Desconhecimento da história desenvolvimental e familiar do jovem	
						Mera disponibilização de	

Contextos de Atendimento				anticoncepcionais	
			Técnicas de intervenção a privilegiar	Empatia	
				Vocabulário adaptado	
				Privacidade, confidencialidade e consentimento informado e esclarecido	
			Áreas-problemas a serem trabalhados	Psicológicos-comportamentais	
				Relacionais	
				Medo do futuro	
			Processo	Sexuais	
				Origem	
				Duração	
				Equipa	
				Organização do Atendimento	
			Resultados positivos	Futuro do GAJ	
				Continuidade no atendimento	
				Referência entre pares	
		Conhecimento			
Centro de Saúde	Intervenção	Intervenção positiva	Estratégias para promoção da confiança no técnico		
			Atenção às verdadeiras necessidades do jovem		
			Aposta na Prevenção		
		Intervenção negativa	Ausência de confiança no médico assistente e nos serviços de saúde		
			Impossibilidade do jovem assumir um papel ativo na definição das suas		

				necessidades	
				Ausência de privacidade e excessiva burocracia	
				Indisponibilidade do técnico atender às especificidades desta fase de vida	
				Impossibilidade de jovens residentes noutra distrito acederem ao serviço	
		População-Alvo	Dentro das normativas do sistema (aos 13, 15 e 18 anos)		
		Processo	Origem do atendimento	Encaminhamento, por pessoa de referência	
				Presença de Patologia	
			Equipa multidisciplinar/parceria		
			Organização do atendimento		
		Papel dos profissionais	A postura perante o adolescente	Negativa/paternalista	Dar soluções
Decidir pelos jovens					
Atendimento meramente curativo					
Positiva, de orientação e sem juízos de valor	Diálogo – adaptação do discurso à linguagem do jovem				
	Posição neutra de orientação				
	Género interfere no atendimento				

	O género dos profissionais	Género não interfere no atendimento	Quando é apenas informação			
			Quando existe confiança no técnico			
		Pouca adesão de profissionais do sexo masculino				
Postura e Comportamento dos Jovens	A postura atual dos jovens	Maior responsabilidade/maturidade				
		Maior disponibilidade para falarem sobre sexualidade				
		A interferência dos valores culturais e étnicos				
		Ausência da percepção do risco	Viver no imediato			
	Precocidade da iniciação da atividade sexual					
	A afluência ao GAJ	Aumentou				
		Decresceu				
	O género dos jovens	Maioritariamente sexo feminino	Diferença de mentalidade e da educação entre géneros			
			Profissionais de saúde não cativam os rapazes			
		Caraterísticas	Maior maturidade das raparigas, sobretudo devido à responsabilidade pela			

			gravidez		
			Rapazes com postura mais passiva		
		Razões da procura	Ambos os sexos procuram maioritariamente realizar PF		
Impacto das entidades formais e informais na (in)formação aos jovens	Ausência de correlação entre informação e atitude protetora				
	Fatores que contribuem para uma maior informação dos jovens	Educação Sexual escolar			
		Formação de pares			
	Elementos que prejudicam a informação dos jovens	Falha no diálogo com os pais			
		A influência dos pares			
		As fontes de informação fáceis e não credíveis			
Articulação entre Educação Sexual Formal e Gabinetes de Atendimento a Jovens	Vantagens	Protocolo entre GAJ e escola	Divulgação do apoio exterior		
			Sessões de esclarecimento personalizadas		
			Apoio dos profissionais de saúde aos docentes		

			GIA positivo vs falta privacidade		
	Desvantagens	Abordagem em grupo			
		Incapacidade dos professores			
		A imposição de temáticas			
		A ausência de protocolo de articulação			