



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Saúde Juvenil no Contexto Escolar
– Uma abordagem em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Comunitária

por

Joana Filipa Sousa Costa

Porto, julho de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Saúde Juvenil no Contexto Escolar

– Uma abordagem em Enfermagem Comunitária

Youth Health in the School Context

– An approach in Community Health Nursing

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Comunitária por

Joana Filipa Sousa Costa

Sob Orientação de Professor Doutor Pedro Melo

Porto, julho de 2018

Resumo

Introdução: A escola é o local privilegiado de educação para a saúde, pois é o *setting* onde se alcança maior proporção de população em idades propícias para adquirir atitudes e comportamentos que fomentem um estilo de vida saudável. A Enfermagem Comunitária, no contexto da saúde escolar, tem um papel fundamental na capacitação dos adolescentes, nomeadamente nas áreas identificadas como prioritárias pela Direção Geral de Saúde no Programa Nacional de Saúde Escolar 2015: educação para os afetos e sexualidade, prevenção da violência no namoro, *bullying/cyberbullying*, prevenção do consumo de substâncias psicoativas e de comportamentos aditivos sem substâncias. Outras experiências em diferentes contextos, como a abordagem destas temáticas nos jovens nas USF's e a integração num projeto de intervenção comunitária numa escola através do MAIEC, estão, também, descritos neste projeto. No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, surge o presente projeto com o objetivo de obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, após uma intervenção comunitária. **Método:** Este projeto decorreu entre maio de 2017 e janeiro de 2018, tendo como população alvo os alunos do 1º ano dos cursos profissionais de uma Escola Profissional do Porto, que possui uma parceria com uma Unidade de Cuidados da Comunidade de um ACeS do Porto. Foi aplicado um questionário online para o desenvolvimento do diagnóstico, procedendo-se a todas as fases que constituem o Planeamento em Saúde. **Discussão de resultados:** O estudo desta comunidade escolar, revelou défice de conhecimentos e crenças desadequadas sobre as áreas abordadas bem como sobre os recursos da comunidade, vulnerabilidade aumentada face às Infecções Sexualmente Transmissíveis, à dependência sem substâncias e com substância. Depois de desenvolvida a priorização através da técnica de comparação por pares e da consulta de peritos, foram definidas como áreas de intervenção, a “Suscetibilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis”, “Uso de Métodos Contracetivos”, “Dependências de Substâncias Psicoativas” e “Dependências Sem Substância”. Posto isto, procedeu-se à seleção de estratégias, fixação de objetivos, planeamento do projeto de intervenção, execução e posterior avaliação. No final, foi aplicado outro questionário de avaliação, que revelou os ganhos em saúde, salientando-se: aumento de 22% conhecimento sobre IST; aumento de 12% conhecimentos sobre uso de contracetivos; aumento de 4% do conhecimento sobre consumo de substâncias psicoativas; aumento de 37% do conhecimento sobre consumo sem substância e, também, a satisfação de 94% dos intervencionados, merecendo esta comunidade continuidade do projeto para a efetividade dos ganhos em saúde. **Conclusão:** Foi um projeto enriquecedor pela diversidade de experiências que proporcionou, fundamental para o processo formativo, contribuindo para a capacidade de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, facilitar o seu processo de capacitação e indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e das competências académicas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Juvenil; Saúde Escolar; Cuidados de Saúde Primários.



Abstract

Introduction: The school is the privileged place for health education because it's an environment where a greater proportion of the population is reached at the right ages to acquire attitudes and behaviours for a healthy lifestyle. The Community Nursing, in the school context, has a crucial role in the training of adolescents, such as, the areas identified as priorities by the General Health Department in the National School Health Program 2015: education for affection and sexuality, prevention of dating violence, bullying/cyberbullying, prevention of psychoactive substance use and addictive behaviour without substance. Other experiences in different contexts, such as the approach of these themes in the young people in the USF's and the integration in a project of community intervention in a school through the MAIEC, are also described in this project. In the context of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Community Nursing, from the Nursing School of the Portuguese Catholic University, the present project comes with the objective of obtaining health gains to the community after the nursing intervention. **Method:** This project lasted between May 2017 and January 2018, whose target population were students of the first year of the professional course of Oporto Professional School, which has a partnership with a Community Care Unit of the city. An online questionnaire was applied for the development of the diagnosis, proceeding to all the phases that constitute health planning. **Discussion of results:** The study of this school community revealed a lack of knowledge and inadequate beliefs about the areas in study as well as community resources, increased vulnerability to Sexuality Transmitted Diseases, dependence with or without substance. After prioritization was developed through the technique of peers comparison and expert consultation, were defined as intervention areas "Susceptibility to Sexually Transmitted Infections", "Use of Contraceptive Methods", "Dependencies of Psychoactive Substances" and "Dependencies Without Substance. " After this, we proceeded to the strategy selection, setting of objectives, planning of the intervention project, execution and later evaluation. In the end, another questionnaire was applied, which shown the health gains, highlighting: a 22% rise in knowledge about sexuality transmitted diseases: increase of 12% knowledge about contraceptive use; a growth of 4% in knowledge about psychoactive substance use; an increase of 37% in knowledge about consumption without substance and also the satisfaction of 94% of those interviewed, deserving this community the continuity of the project for the effectiveness of health gains. **Conclusion:** It was an enriching experience due to the multiplicity of experiences that provided, vital for the formative process, contributing to the capacity to evaluate the community health, facilitate the capacity process and meeting the competencies of the Community Nursing Specialist Nurse and the academic competencies to obtain the Master's Degree in Nursing.

Keywords: Community Health Nursing; Youth Health; School Health; Primary Health Care.

Agradecimentos

Aproveito esta oportunidade para expressar a minha gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, possibilitaram a concretização deste projeto.

De forma mais individual, gostaria de agradecer:

Ao Professor Doutor Pedro Melo, meu orientador, pelo exemplo, disponibilidade, profissionalismo e ensinamentos.

Ao Enfermeiro Carlos Pinto, meu tutor responsável pela Saúde Escolar, pela dedicação e acompanhamento.

Aos alunos da Escola Profissional do Porto que participaram neste projeto, pela receptividade e empenho que sempre mostraram e, também, aos Professores, em especial à Prof. Márcia (Coordenadora Pedagógica), pela forma como me acolheram.

À Enfermeira Isabel Almeida pelo cuidado, dedicação e partilha de conhecimentos e a toda a equipa multiprofissional da USF, em especial aos enfermeiros, pela excelente receptividade, acolhimento e assistência.

Às minhas colegas de Mestrado, em especial à Patrícia Moreira e à Joana Bastos, pela amizade, pelas horas em conjunto, pelas ideias partilhadas.

À minha Família, nomeadamente, marido, pais e irmão, e aos meus Amigos, em especial à Cláudia, pela ajuda, pelas palavras de encorajamento no momento certo, pelo apoio incondicional, pela força, pelo amor, pela paciência e compreensão, e pelas constantes ausências ... sem vocês isto não seria possível!

A todos, o meu OBRIGADA de coração.

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
APF - Associação para o Planeamento da Família
ASCJR - Associação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção precoce VIH/SIDA
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ - Comissão Proteção de Crianças Jovens
CSP- Cuidados de Saúde Primário
ECCI - Cuidados Continuados Integrados
EPS - Escola Promotora da Saúde
IPJ - Instituto Português da Juventude
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
NACJR - Núcleo de Apoio Crianças Jovens em Risco
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial da Saúde
PES – Programa de Educação para a Saúde
PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP- Unidade de Saúde Pública
SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS- Serviço Nacional de Saúde
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



Índice de Figuras

Fig. nº 1 - Principais etapas do planeamento em saúde.....	45
Fig. nº 2 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por sexo.....	58
Fig. nº 3 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por género.....	58
Fig. nº 4 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por ambiente habitacional	59
Fig. nº 5 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por nível económico	59
Fig. nº 6 - Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliativos	100
Fig. nº 7 – Genograma Familiar.....	107
Fig. nº 8 - Ecomapa Familiar.....	108
Fig. nº 9 - Nível de Empoderamento da Escola para promover um clima organizacional saudável	118

Índice de Quadros

Quadro nº 1 – Atividade Diagnóstica	56
Quadro nº 2 – Indicadores de Processo do Projeto.....	82
Quadro nº 3 – Indicadores de Resultado do Projeto	84
Quadro nº 4 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão estrutural.....	101
Quadro nº 5 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão de desenvolvimento	102
Quadro nº 6 – Diagnósticos e Subconjuntos Diagnósticos	104
Quadro nº 7 – Diagnósticos e Sugestões de Intervenções.....	111
Quadro nº 8 – Atividade diagnóstica segundo o Modelo de Avaliação e Intervenção e Empoderamento Comunitário	117

Índice de Tabelas

Tabela nº 1 – Resultados dos questionários realizados às turmas da escola profissional.....	60
---	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	21
1. Políticas de Saúde: Serviço Nacional de Saúde e Cuidados de Saúde Primários.....	22
2. Contextos de Desenvolvimento do Projeto.....	26
2.1 Unidades de Cuidados da Comunidade.....	26
2.2 O Contexto da Saúde Juvenil.....	28
2.4 O Contexto da Saúde Escolar.....	31
2.5 O Contexto das Escolas Profissionais.....	33
3. Áreas de Atenção do Projeto.....	34
3.1 Educação para os Afetos e Sexualidade: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos.....	35
3.2 Saúde mental e prevenção da violência.....	39
3.3 Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.....	41
4. Enquadramento do Processo.....	44
4.1 Planeamento em Saúde.....	44
4.2 Processo de Planeamento em Saúde.....	45
4.3 Teorias Educacionais – Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.....	48
Capítulo II – Projeto “Be Fashion, Be Healthy!”.....	51
1. Enquadramento do Contexto do Projeto “Be Fashion, Be Healthy!”.....	52
1.1 Caracterização do ACeS.....	52
1.2 Caraterização da Unidade de Cuidados na Comunidade.....	52
1.3 Caraterização da Escola Profissional.....	53
2. Diagnóstico de Situação.....	54
2.1 Estratégia Diagnóstica.....	55
2.2 Atividade Diagnóstica.....	55
2.3 Metodologia.....	56
2.4 Caraterização da Amostra.....	57
2.5 Resultados.....	59
3. Determinação de Prioridades.....	66
3.1 Método de determinação de prioridades utilizado.....	68
4. Fixação de Objetivos.....	71
4.1 Objetivos gerais.....	72
4.2 Objetivos específicos.....	72
4.3 Metas.....	73
4.4 Indicadores.....	73
5. Seleção de estratégias.....	77

6.	Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução.....	78
7.	Execução	79
8.	Avaliação de Resultados	81
	8.1 Indicadores de estrutura, atividade/processo e de impacto/resultado.....	81
	8.2 Análise Crítica	86
Capítulo III – Outras Experiências.....		91
1.	O Contexto da Saúde Familiar	92
	1.1 Contextualização do local de estágio	96
	1.2 O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial.....	97
	1.3 O Estudo de Caso de uma Família em contexto de uma Unidade de Saúde Familiar	104
	1.4 Apresentação de Diagnósticos e Sugestões de Intervenções.....	111
	1.5 Análise Reflexiva.....	113
2.	Colaboração no Projeto MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário	115
	2.1 Metodologia do Projeto.....	116
	2.2 Resultados	118
	2.3 Análise e Discussão de dados	118
Capítulo IV - Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária.....		121
Conclusão.....		125
Referências Bibliográficas.....		129
Apêndices.....		135
	Apêndice I – Quadro Mínimo de Dados: Atividade Diagnóstica	1356
	Apêndice II – Questionário aplicado à Escola Profissional do Porto	1358
	Apêndice III – Determinação de Prioridades.....	13556
	Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde sobre Uso de Contracetivos.....	135
	Apêndice V – Sessão de Educação para a Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	13562
	Apêndice VI – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo de Substâncias Psicoativas.....	13567
	Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo Sem Substância	13571
	Apêndice VIII – Tabela Comparativa de Diagnósticos: antes e após a intervenção.....	13578
	Apêndice IX – Questionário de Avaliação após a Intervenção.....	13582
	Apêndice X – Objetivos Gerais do Plano de Estudos	187
	Apêndice XI – Objetivos Específicos do Plano de Estudos.....	188
	Apêndice XII – Objetivos pessoais e atividades planeadas	190
Anexos.....		135
	Anexo I – Escala de Graff.....	193
	Anexo II - Apgar Familiar De Smilkstein.....	193
	Anexo III – Escala FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (1995).....	193

Anexo IV – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	193
Anexo V – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar	201
Anexo VI – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com as UCC no ano 2016	229



INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem tem um papel fundamental na promoção do exercício da cidadania e responsabilização do utente pela gestão da sua saúde no contexto de uma abordagem integral dos seus processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente. (OE 2001)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, emerge a elaboração do presente relatório de estágio que visa proporcionar uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas no decurso dos estágio realizados divididos em três módulos: Módulo I – Diagnóstico de Situação; Módulo II – Intervenção de acordo com as necessidades; Módulo III - Opcional, e concomitantemente permitir a aquisição do título académico de Mestre em Enfermagem, assim como, Competências Específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

A Comunidade segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), diz respeito a “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições ou interesses comuns”, que tem o direito de receber proteção quanto à saúde, pelo n.º 1 da Base I da Lei de Bases da Saúde.

Neste contexto existem alguns projetos em desenvolvimento e outros em conceção, prova disso é a Universidade Católica Portuguesa que abraça um projeto de investigação decorrente de uma tese de doutoramento (Melo, 2016) que pretende identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária, utilizando um modelo centrado na comunidade como cliente dos enfermeiros.

Os Enfermeiros Especialistas têm competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (República

Portuguesa, 2011), através do Regulamento n.º 128/2011, que remete para a comunidade como cliente dos Enfermeiros, cuja atualização foi aprovada em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 3 de janeiro de 2018 e aguarda publicação em Diário da República.

O tema da Saúde Juvenil sempre foi um tema de grande interesse para mim, uma vez que os adolescentes de hoje serão os adultos de amanhã e, como tal, têm responsabilidade acrescida no desenvolvimento da sociedade futura.

A Enfermagem Comunitária, pela forma como tendencialmente encara a comunidade como alvo dos seus cuidados, desempenha um papel fundamental e estratégico em virtude da possibilidade de dinamizar parcerias com as escolas na concretização de projetos de promoção da saúde. Com isto, a escola surge como um local privilegiado de educação para a saúde, onde se alcança uma maior proporção de população em idades propícias para adquirir atitudes e comportamentos que despertem e fomentem um maior bem-estar e um estilo de vida saudável, assim como constitui, também, um contexto privilegiado para o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

No Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, no Eixo 1 da Capacitação é dada prioridade a sete domínios estratégicos: saúde mental e competências socio emocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS 2015). De acordo com a análise prévia da equipa de saúde escolar do contexto onde se desenvolveu este projeto foram determinadas, dentro destas, as que seriam abordadas pelo projeto.

Assim sendo, este projeto surge com o intuito de descrever o percurso desenvolvido desde a sua conceção à sua finalização, que teve início em maio de 2017 e decorreu até janeiro de 2018, tendo como população as turmas do 1º ano dos cursos profissionais de uma escola do Porto, abrangida por uma Unidade de Cuidados da Comunidade, que pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde do Porto. Foi aplicado um questionário online em formato GoogleDocs para a etapa diagnóstica, procedendo-se depois a todas as restantes etapas que constituem o Planeamento em Saúde. Este projeto teve o objetivo de planear e intervir de modo a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de

enfermagem. Com o intuito de apresentar um projeto personalizado a esta comunidade escolar, foi escolhido o nome “Be Fashion, Be Healthy!” para o intitular.

Para além do projeto, anteriormente descrito, estão também neste relatório duas experiências diferentes: a realização de um estágio opcional, com o objetivo de conhecer a dinâmica de funcionamento de um contexto dos Cuidados de Saúde Primários diferente, onde a escolha recaiu para uma Unidade de Saúde Familiar (USF). O intuito foi a compreensão da intervenção do enfermeiro numa área de especialidade que está em consolidação, saúde familiar, mas que se integra na especialidade de enfermagem comunitária, na abordagem dos temas deste projeto no contexto de uma consulta individualizada de saúde juvenil e saúde familiar pelo Enfermeiro de Família. Neste estágio foi selecionada uma família, para se aplicar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012). A outra experiência passa pela colaboração na implementação do Projeto MAIEC numa comunidade, avaliando o nível de empoderamento da mesma.

A metodologia utilizada na elaboração deste projeto incidiu numa revisão bibliográfica para fundamentação teórica; reuniões tutoriais para orientações científicas com o Doutor Pedro Melo e respetivos orientadores de estágio, assim como o acompanhamento de todo o percurso, pelos mesmos; análise crítico-reflexiva de todas as atividades e análise das competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária.

Neste relatório pretende-se avaliar se os objetivos de estágio propostos inicialmente (Apêndice X) foram ou não cumpridos, assim como, apresentar a descrição de todo o processo do projeto principal e das outras experiências realizadas paralelamente.

No que se refere à estrutura, este documento é constituído por Introdução; Capítulo I, relativo ao enquadramento teórico que se divide em quatro pontos que abordam: as Políticas de Saúde, relativas ao Plano Nacional de Saúde enquadradas nos Cuidados de Saúde Primários; contextualiza o desenvolvimento do projeto reportando-se às Unidades de Cuidados na Comunidade e justifica a pertinência do tema abordando os contextos da Saúde Juvenil, Saúde Escolar e o propósito da escolha das Escolas Profissionais; aborda as áreas de atenção em que o projeto se focaliza e, também, faz o enquadramento de todo o processo metodológico no que respeita ao Planeamento em Saúde e suas etapas, assim como, a Teoria Educacional de Bandura e a decisão clínica em Enfermagem Comunitária.

O Capítulo II, refere-se à explicação do projeto de intervenção “Be Fashion, Be Healthy!” e encontra-se dividido em oito pontos: no primeiro ponto aborda o contexto onde se desenvolveu o projeto, nomeadamente o ACES, a UCC e a Escola; nos pontos seguintes, descreve etapa por etapa do planeamento em saúde.

O Capítulo III abrange as duas experiências diferentes proporcionadas no estágio, já referidas anteriormente.

O capítulo IV cinge-se à análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ao longo deste percurso.

Por último, termina com uma Conclusão que descreve como todo este percurso ajudou na evolução enquanto profissional e pessoa, assim como, enumera algumas inquietudes e sugestões para o desenvolvimento de projetos/estudos futuros; seguindo-se das Referências Bibliográficas.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Este primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e pretende clarificar o tema do projeto e os resultados da pesquisa bibliográfica efetuada, de modo a justificar a pertinência do tema enquadrado na prática de Enfermagem, através de conceções teóricas e evidência científica.

Está dividido em quatro pontos: o primeiro refere-se às Políticas de Saúde relativas ao Plano Nacional de Saúde enquadradas nos Cuidados de Saúde Primários; o segundo ponto contextualiza o desenvolvimento do projeto reportando-se às Unidades de Cuidados na Comunidade e justifica a pertinência do tema abordando os contextos da Saúde Juvenil, Saúde Escolar e o propósito da escolha das Escolas Profissionais; no terceiro ponto serão abordadas as áreas de atenção em que o projeto se focaliza e, por último, no quarto ponto, será feito o enquadramento de todo o processo metodológico no que respeita ao Planeamento em Saúde e as suas etapas, assim como, a Teoria Educacional de Bandura e a decisão clínica em Enfermagem Comunitária.

1. Políticas de Saúde: Serviço Nacional de Saúde e Cuidados de Saúde Primários

Ao longo do tempo, as políticas de Saúde em Portugal têm vindo a sofrer alterações, no sentido de melhorar a saúde e os serviços de Saúde.

Nos inícios dos anos 70, a política de saúde é influenciada significativamente pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde primários (CSP) e pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao qual todos os cidadãos tinham o direito de acesso (1974). Aqui o Estado tinha obrigação de “orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores medico-medicamentosos”. Em 1976 a saúde, enquanto entidade autónoma surge pela primeira vez consagrada na Constituição: “*criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito*”.

A Declaração de Alma Ata, no Cazaquistão, datada de 1978 consolidou concetualmente os CSP. Fez acreditar que os sistemas de saúde deviam-se organizar para fornecer os cuidados de saúde essenciais ao alcance de todos e diminuir a tremenda desigualdade do estado de saúde entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 1978). Assim, os CSP assumem-se como o primeiro nível de contacto e assistência entre os clientes (indivíduo, família e comunidade) e o Sistema, desenvolvendo atividades que atendam às necessidades principais dos cidadãos/famílias, constituindo uma forma de promover e proteger a saúde, prevenir e tratar as doenças mais comuns de modo a não substituir o projeto pessoal e familiar de cada um, mas sim, compreender e apoiar o seu desenvolvimento (Sakellarides, 2006).

Em Portugal, os CSP como rede prestadora de cuidados de saúde, tiveram origem com a reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979. Até ao princípio dos anos 70 a “saúde pública” consistia predominantemente na prevenção e controle de doenças específicas (Ex: tuberculose, doenças psiquiátricas e afeções conceptíveis à vacinação, nomeadamente mulheres grávidas e crianças, tidas como grupos populacionais mais vulneráveis).

É possível descrever o desenvolvimento dos CSP em fases relativamente bem delimitadas (Branco e Ramos, 2001) contudo, atualmente, a estrutura de base organizativa dos CSP são as unidades funcionais dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), anteriormente denominados Centros de Saúde (CS):

- A primeira fase, com início em 1971 até 1975 (considerado o período revolucionário):

os centros de saúde foram criados pela “reforma de Gonçalves Ferreira”, como já referido anteriormente, oficializada no plano jurídico pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, com o objetivo de garantir os cuidados de saúde primários à população em detrimento do modelo centrado no hospital, sendo a família considerada unidade básica do desenvolvimento humano (Ferreira, 1989). Os CS da primeira geração integravam diversas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, promovendo ações nos eixos da vacinação, vigilância de saúde materno infantil, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária e práticas de visitas domiciliárias com destaque para os enfermeiros de saúde pública que já mantinham uma posição privilegiada no contato com as famílias e populações (Ferreira, 1990; Branco e Ramos, 2001; Figueiredo, 2009). Deste modo, assistia-se a um tipo de organização vertical. Pode-se dizer que a análise dos indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis e evitáveis pela vacinação concluiu que, para a época, foi um sucesso notável (Branco e Ramos, 2001).

- A segunda fase – CS integrados com início em 1983 e a expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Constituição da República de 1976 no seu artigo 64º reafirmava que a saúde era um direito dos cidadãos e que deveria ser assegurada com o desenvolvimento de um SNS com caráter universal, geral e gratuito, que foi concretizado em 1979 através da Lei nº 56/79 de 15 de setembro. Por outro lado, o desenvolvimento das políticas de saúde no âmbito dos CSP acontece com a regulamentação dos CS em 1983, pelo Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril. A sua filosofia valorizava essencialmente a saúde familiar. Ferreira (2007) refere que a segunda geração dos centros de saúde em 1983 caracterizou-se com o culminar de maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde e na otimização dos recursos. No entanto, o modelo de organização denominado integrado, não se mostrou muito favorável por conjugar as principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, hospitais concelhios, Serviços-Médicos-Sociais) com os recursos e património físico e humano e culturas organizacionais diferentes. Uma vez que não eram autónomos e havia dificuldade de gerir os próprios recursos, esse novo modelo apresentava uma estrutura organizativa que não incluía o envolvimento da comunidade, e em que os profissionais não se encontravam motivados (Ramos, 2009; Ferreira, 2007).

Em 1989 surge uma revisão constitucional passando a ter o artigo 64º, no primeiro princípio, outra redação: “serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Nesta fase ainda, entre 1996/1998, surgiu a criação dos “projetos alfa” através do Decreto-Lei nº 117/98 de 5 de maio, que formaram tentativas para descongelar as burocracias do SNS e permitir iniciativas de pequenos grupos de profissionais com modelos de trabalho em equipa, com autonomia, responsabilização e avaliação, constituindo um marco importante.

- **Na terceira fase** – em 1999, aprovado pelo Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio, surgem os CS da terceira geração.

O debate sobre a reorganização e reorientação dos CS em Portugal considerando as críticas e sugestões de mudanças relativas ao modelo organizativo anterior, preparam as bases para uma mudança (Branco e Ramos, 2001). Assim sendo, o referido decreto, estabelecia um novo regime para a constituição, organização e funcionamento dos CS, propondo uma estrutura organizativa ajustada à crescente complexidade dos problemas de saúde e a evolução técnica. Este novo modelo surgiu com o intuito de reforçar a participação da comunidade e colaboração intersectorial, numa lógica de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos cidadãos com vista a obter ganhos em saúde. Por outro lado, a matriz organizativa era baseada em unidades funcionais, que deveriam ser dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira (Figueiredo, 2009). O enquadramento desta terceira geração de CS trouxe algumas vantagens no sentido de dar continuidade à ideia dos grupos personalizados de centros de saúde com autonomia de gestão administrativa e financeira, pela introdução do conceito de organização interna descentralizada por equipas multiprofissionais e do conceito de uma direção clínica e técnica.

- **Os CSP na atualidade.**

Em 2005, com o início da reforma dos CSP em Portugal, através do Decreto-Lei nº 88/2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), consideradas então, como matriz organizativa dos CSP.

O desafio primordial seria a transição de uma organização vertical em pirâmide dos CSP para um modelo em rede de equipas autónomas e interdependentes, com gestão simplificada e orientada para a obtenção de resultados concretos de ganhos em saúde para a população, valorizando-se o trabalho em equipa (Ramos, 2009).

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), cuja intenção era coordenar e acompanhar a reestruturação dos CS e implementação das USF, que como refere Pisco (2011), teve a responsabilidade de conduzir uma profunda reconfiguração nos CSP.

No despacho nº 10942/2005 de 21 de abril, foi criado um grupo técnico da reforma dos CSP que elaborou um documento definindo as “Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” datado de janeiro de 2006, que abrangeram oito áreas alvo de medidas a adotar: Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; Implementação de unidades de saúde familiar; Reestruturação dos serviços de saúde pública; Outras dimensões da intervenção na comunidade (participação comunitária); Implementação de unidades locais de saúde; Desenvolvimento dos recursos humanos; Desenvolvimento do sistema de informação; Mudança e desenvolvimento de competências (DGS, 2006).

Estas intervenções prioritárias conduzem ao aperfeiçoamento da contratualização, à racionalização da rede hospitalar e de CSP com o objetivo de melhorar a acessibilidade, aumentar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais, aumentar a qualidade técnico-científica e a continuidade dos cuidados e a melhoria da eficiência (Ramos, 2009). Assim, a nova arquitetura organizacional em rede dos CSP que engloba os agrupamentos dos CS (ACES), criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 28 de fevereiro de 2008, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica, visando a eficiência e economia de escala, através da agregação de recursos e estruturas de gestão (Pisco, 2011).

As unidades funcionais dos ACES com autonomia administrativa incluem: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Nas últimas três décadas concetualizou-se as USF enquanto um modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde individual e familiar baseada na medicina geral e familiar e na enfermagem de família, sendo esta uma disciplina emergente com um enorme papel a desempenhar na nova organização dos CSP (DGS, 2006a).

O Relatório Primavera de 2011 refere que a reforma dos CSP a nível nacional continua a ser um acontecimento extraordinário para o panorama da saúde e administração pública portuguesa, tendo em conta a relação custo-eficácia, sendo que tem desempenhado um

papel essencial no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde aos cidadãos/famílias. Acrescenta ainda que a utilização racional dos recursos e o maior controle dos custos, comprovados pela eficiência e eficácia das USF, tem reconhecimento explícito pelo Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado pelo Governo e pela Comissão Europeia na medida em que torna evidente a necessidade de se constituírem mais USF (OPSS, 2011).

Com isto, é de realçar que, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração com outros profissionais, os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde com maior destaque na prestação de CSP, pois promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, prestando serviço onde se encontram as pessoas: nas casas, locais de trabalho, escolas, clínicas de saúde e bem-estar, prisões e outros contextos comunitários, assim como em hospitais e centros de investigação.

Os CSP abrangem um papel fundamental pois incluem todos os serviços que estejam relacionados com a saúde: rendimentos, alojamento, educação, ambiente social e cuidados primários, isto é, o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões.

2. Contextos de Desenvolvimento do Projeto

Neste ponto apresentaremos os contextos de desenvolvimento do projeto, contextualizando as Unidades de Cuidados da Comunidade, assim como, a Saúde Juvenil, Saúde Escolar e as Escolas Profissionais, local onde se desenvolve grande parte deste projeto.

2.1 Unidades de Cuidados da Comunidade

As Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC) são unidades funcionais dos ACES do Serviço Nacional de Saúde e são cruciais na resposta às necessidades de saúde das populações. São unidades que integram diferentes grupos profissionais e promovem a utilização eficiente dos recursos existentes, respondendo em proximidade com intervenções domiciliárias e comunitárias. Têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção que abrangem, visando a obtenção de ganhos em saúde, lutando para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

Segundo o Artigo n.º 3 do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, referente a Missão e atribuições *“Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. 2 - Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. 3 - Os ACES desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.”* Segundo o Artigo n.º 2 do mesmo decreto *“Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.”*

No que diz respeito às UCC existe o Artigo n.º 11 do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que afirma que *“1 - A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. 2 - A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. 3 - O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. 4 - À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.”*

As UCC devem contratualizar com o respetivo ACES uma oferta de serviços operacionalizados (indicadores), numa linguagem uniformizada/normalizada (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem-CIPE), de modo a que estes possam ser monitorizados a curto prazo nos sistemas de informação. Para tal é essencial terem em conta as recomendações descritas no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Regionais de Saúde e a especificidade da população abrangida pelos serviços da UCC. Deste modo, deverá surgir uma diversidade de programas e projetos, assim como metas e atividades a realizar, consoante a realidade de saúde e a realidade social de cada área de intervenção comunitária.

Nas UCC foram consideradas as seguintes áreas de contratualização a nível nacional: Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); Cuidados Continuados Integrados (ECCI);

Núcleo de Apoio Crianças Jovens em Risco (NACJR)/Comissão Proteção de Crianças Jovens (CPCJ); Preparação para Parentalidade/Preparação para o Parto/Acompanhamento Pós-parto; Programas e Projetos de Intervenção Comunitária; Redes Sociais da Comunidade.

Neste processo de contratualização negociam-se objetivos, indicadores e metas aumentando assim, a responsabilidade e o compromisso das equipas no desempenho assistencial e económico-financeiro. A avaliação das práticas destas equipas resultará da sistematização, monitorização e avaliação de resultados destes processos de contratualização, com base em critérios e indicadores consensualizados. Assim foi criada uma matriz de 15 indicadores nacionais (Anexo VI) com o objetivo de se assegurar um grau de exigência similar quanto ao nível de desempenho negociado com as várias UCC, dirigidos a áreas da prestação de cuidados de saúde que conduzem a ganhos em saúde ou ganhos de acessibilidade e que monitorizam a evolução de processos ou resultados das atividades prestadas.

2.2 O Contexto da Saúde Juvenil

Os ganhos em saúde da população residente em Portugal têm vindo a adquirir relevo ao longo dos últimos anos, nomeadamente os que se referem, às faixas etárias correspondentes às duas primeiras décadas de vida.

Nesta matéria, é incontornável o impacto positivo do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, bem como pelas atualizações sofridas ao longo do tempo, tendo a última ocorrido em 2005. Nos locais onde se aplica este programa de vigilância de saúde tem vindo a revelar-se uma garantia de cuidados de saúde adequados e eficazes, e tudo isto, devido à contribuição e empenho de todos os que nela participam.

O trabalho em equipa necessita de ser fomentado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao jovem (creches, escolas, atividades de tempos livres, coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades.

Assim, procura-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas, com as famílias e a própria comunidade, no sentido de promover a vigilância adequada da saúde dos jovens.

A OMS, a partir de meados dos anos 60, começou a encarar estes grupos etários de uma forma mais atenta. Em Portugal, só no final dos anos 70, se começa a abordar este tema e, apenas na década seguinte, se planearam e executaram inúmeras intervenções promotoras da saúde adaptadas a este grupo etário. Nos anos seguintes, no domínio das políticas de saúde, várias medidas legislativas e orientações programáticas têm vindo a incidir na saúde deste grupo. Sendo disso exemplo:

- A Lei de Bases da Saúde, de agosto de 1990, que destaca o facto de os adolescentes constituírem um dos “grupos sujeitos a maiores riscos” e a necessidade de serem “tomadas medidas especiais” - alínea a) do nº 1 da Base II).
- O Programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992 e revisto em 2002, que enfatiza a vigilância planeada do crescimento/desenvolvimento até aos 20 anos, sensivelmente.
- O documento Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores, publicado pela DGS em 1998, que traça os pressupostos e as linhas-chave para a implementação de programas e projetos na área da promoção da saúde dos adolescentes, apontando estratégias, modelos organizativos dos serviços e princípios de boa prática.
- O documento “Saúde - Um compromisso” que explicita a Estratégia da Saúde para 1998-2002, nomeadamente na concretização de objetivos com impacto positivo no público adolescente.
- O Plano Nacional de Saúde, aprovado em 2004, em que é apontada a criação de um Programa Nacional de Saúde dos Jovens. (DGS, 2006)

Atualmente, a nossa sociedade, marcada pelo fenómeno da globalização, apresenta contornos diferentes relativamente à entrada na fase de pessoa adulta, comparativamente a tempos anteriores. Exemplo disso são: o período de escolarização e preparação técnica que aumenta progressivamente, sendo que aliado a isso há necessidade de mobilização e afastamento dos ambientes de origem, quer por questões académicas quer de emprego; ao invés, para muitos, a permanência no núcleo familiar original prolonga-se acima dos trinta anos de idade, mantendo uma autonomia apenas parcial; a entrada no mundo laboral torna-se cada vez mais competitiva e contingente; a aquisição de uma profissão estável e

de independência económica é mais difícil; as estruturas e as dinâmicas familiares estão em mudança, o início da conjugalidade plena e da reprodução é cada vez mais tardio; as relações entre os jovens adquirem novos contornos, num contexto de transformação profunda dos recursos tecnológicos da informação e da comunicação (DGS, 2006).

Por todas estas mudanças, a saúde juvenil necessita de uma resposta mais adequada e efetiva a estes novos contextos de vida, quer a nível socioeconómico, político, cultural e ambiental, salientando-se aqui a faixa etária dos 20-24 anos, pois ainda não são considerados adultos em pleno, já deixando de pertencer, no entanto, ao mundo infantil.

Neste cenário, o que se ressalva é o apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas pelos novos desafios de carácter laboral, académico e de socialização que vivem.

Segundo a DGS (2006) ainda, a promoção da saúde juvenil pode constituir um investimento significativo em termos de ganhos de saúde no plano individual e coletivo, contribuindo para o desenvolvimento e para o bem-estar das populações, pois o que tem vindo a ganhar maior relevo nos jovens são os problemas de saúde ligados a estilos de vida e condutas. Assim, o desenvolvimento saudável das populações jovens representa um aspeto estratégico importante na vida de qualquer comunidade.

Em consequência, os serviços necessitam adequar-se de forma a proporcionar respostas que vão para além do assegurar cuidados personalizados no âmbito da vacinação, da saúde sexual e reprodutiva ou do controlo de doenças crónicas, mas sim tratarem temas e riscos atuais como, por exemplo, as dependências com ou sem substância, sexualidade e afetos, bullying/cyberbullying, violência no namoro e, nomeadamente, a tomada de decisão. Devem, por isso, desenvolver cada vez mais capacidades de ação continuada no tempo, numa perspetiva compreensiva das determinantes sistémicas dos percursos de vida dos indivíduos e, por isso, articulada com o trabalho que neste âmbito outros sectores produzem.

Em suma, é necessário estar atento à saúde juvenil atual, dando resposta às necessidades e aos problemas de saúde dos jovens no contexto da sua vida presente; intervir neles, enquanto promotores de ganhos em saúde no futuro, visando a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis; e enxergá-los como ativadores de mudança, enquanto construtores ativos do futuro, interlocutores junto dos pares e referenciais para as gerações seguintes (DGS, 2006).

Neste sentido, há que procurar mudar os padrões de utilização das instituições de saúde por parte dos jovens. Nestas idades é comum considerar-se que os adolescentes subutilizam os recursos colocados à sua disposição, ou fazem-no de forma inadequada; afirma-se que têm relutância em informar-se e pedir ajuda junto dos técnicos e que desconhecem o tipo de oferta das várias estruturas; admite-se que temem as atitudes dos profissionais, nomeadamente, quebras de confidencialidade e que se sintam desenquadrados nos serviços (DGS, 2006). Compete aos profissionais de saúde contribuir para um maior sincronismo entre oferta e procura, neste âmbito. Nas consultas juvenis, há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que o desejem, consultas individualizadas.

As USF's representam as instituições mais favoráveis à concretização do aumento da participação juvenil, uma vez que correspondem a entidades que comungam contextos sociodemográficos com os utilizadores. No entanto, outras equipas, como as de Saúde Pública, Saúde Escolar, Educação para a Saúde, Saúde dos Adolescentes e outras, também desempenham papel de relevo nesta matéria, como explicarei de seguida no tema referente ao contexto de Saúde Escolar, local onde a maioria dos jovens adolescentes passam a maior parte do seu tempo.

2.4 O Contexto da Saúde Escolar

Das áreas de contratualização das UCC a nível nacional anteriormente referidas, a que respeita a Saúde Escolar constitui um projeto de indiscutível importância no âmbito dos cuidados de Saúde Primários. Tem um papel de relevo na promoção de saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas que vão surgindo, fomenta a saúde e bem-estar da população escolarizada e, conseqüentemente, do seu sucesso educativo e pessoal.

Em Portugal, no que diz respeito à Educação para a Saúde, a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), em 1986, foi considerada um momento decisivo por se reconhecer, de forma explícita, que a escola deverá assumir funções na formação pessoal e social dos alunos, ao determinar que os planos curriculares de ensino básico incluirão uma área de formação pessoal e social, que poderá ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito (Lei nº 46/86, art. 47º, nº 2).

As crianças e jovens em idade escolar são o público mais indicado com o qual se deve trabalhar. Se este constitui um dado inegável, é crucial saber se um projeto de educação para a saúde pode ser desenvolvido de forma dissociada das instituições de saúde, principalmente quando a valência da saúde escolar, também faz parte da responsabilidade destas instituições. Assim, as unidades de saúde familiar (USF), desempenham um papel estratégico em virtude da possibilidade de dinamizarem parcerias com as escolas na concretização de projetos de educação para a saúde, como já referido anteriormente.

“Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde desde 1994, com uma parceria formalizada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, onde ambos assumiram a promoção da saúde na escola como um investimento que se traduzirá em ganhos em saúde.” (DGS, 2016).

Em 2015 surge, então, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) *“tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020, com os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios das Escolas Promotoras da Saúde (EPS)”* (DGS, 2015). No seu plano de intervenção, este programa, assume um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, constituindo as equipas de saúde escolar a interface com o sistema educativo para a sua implementação. Entende-se como Escola Promotora da Saúde aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e que possui atividades de saúde escolar, sendo estas, necessariamente mais seguras, mais sustentáveis e mais saudáveis (DGS, 2016).

O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades: promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis; e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

O PNSE|2015 está dividido em seis eixos, onde se desenvolvem áreas de intervenção e objetivos operacionais que conduzem a estratégias de intervenção da Saúde Escolar, sendo o primeiro designado como eixo da capacitação, no qual se insere, o cerne deste projeto. Na fundamentação deste eixo a Saúde Escolar, surge como trampolim para a melhoria do nível de literacia em saúde dos jovens, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde, contribuindo para a melhoria das competências dos alunos nas relações interpessoais e em saúde, na resolução de problemas comportamentais e na redução dos comportamentos de risco (DGS, 2016).

Com uma abordagem sistémica e holística da Saúde na Escola, o modelo de capacitação do PNSE integra os valores da promoção da saúde, da cidadania e da participação democrática da comunidade educativa. Dos 15 indicadores nacionais criados para as UCC (Anexo VI), os dois referentes à área da Saúde Escolar são: Proporção de turmas abrangidas pelo PNSE e Proporção de crianças/jovens com PNSE com intervenção da Saúde Escolar. Capacitação não é só ter informação de saúde e compreendê-la, mas também, estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões e, capacitar os alunos a fazerem escolhas saudáveis para si e para a sua família, é de extrema valia, levando à inclusão e à melhoria dos indicadores de saúde para todos.

É no ambiente escolar que a criança/jovem passa a observar questões relativas ao meio ambiente, à saúde e ao próprio cuidado com o corpo, tratando-se de um local de intensas descobertas. Neste ambiente ideal, é onde a criança/jovem explora suas potencialidades e vive inúmeras novidades. Assim, o enfermeiro encontra-se diante de oportunidades de identificar pessoas em situação de risco e/ou vulnerabilidade em questões relativas à saúde e ambiente.

Nesta ótica, a escola é o espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento partilhado e para a integração com a comunidade. Nela encontra-se grande parte da população que demonstra interesse em aprender, e onde reside grande potencial disseminador de informações que ultrapassam, muitas vezes, os seus limites físicos (Oliveira; Bueno, 2008).

2.5 O Contexto das Escolas Profissionais

A educação para a saúde (EpS) escolar tem sido uma aposta forte das políticas de saúde mundiais, refletindo-se também a nível nacional, sobretudo a partir de 1997, com a criação da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Desde então, o Ministério da Educação tem vindo a procurar enquadrar esta área no currículo adaptando e reformulando normativos com o objetivo de promover a concretização de projetos de EpS na formação escolar dos alunos. O que é certo é que o Ministério da Educação se tem vocacionado mais para escolas de ensino regular públicas, ficando um nicho de muitas escolas profissionais com oportunidade de se trabalhar, negligenciadas.

As Escolas Profissionais foram criadas em 1989 como uma nova alternativa para os jovens que terminavam a escolaridade básica (9º ano) e que pretendiam ingressar no mercado de

trabalho e/ou no ensino superior em condições privilegiadas, tanto podem ser públicas como privadas. Visam a formação de técnicos intermédios, altamente qualificados de forma coerente com as prioridades e as estratégias de desenvolvimento local e regional. Para além das disciplinas científicas e socioculturais, os cursos das escolas profissionais continuam a ter uma forte componente de disciplinas técnicas de especialização. Surge assim, uma diversificação das vias de educação e formação e um reforço da oferta de natureza profissionalizante e da exigência em garantir melhores taxas de aproveitamento escolar.

Quase 30 anos depois, Portugal conta com cerca de 200 escolas profissionais, já com um nível de aceitabilidade de empregabilidade muito bom. O Governo está prestes a atingir o objetivo de chegar aos 50% dos alunos de Ensino Secundário inscritos no Ensino Profissional, meta que já conta com um valor superior a 40%, de acordo com a Associação Nacional de Escolas Profissionais. Outros dados indicam que, 6 meses após a conclusão da formação, há uma taxa de empregabilidade para estes alunos, superior a 70% (ANESPO, 2013).

3. Áreas de Atenção do Projeto

Tanto a Promoção da Saúde, como a Educação para a Saúde, apropria-se de um papel fundamental dos CSP, onde, particularmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária são elementos decisivos, enquanto promotores da adoção de hábitos de vida saudáveis.

A Educação para a Saúde só poderá obter resultados significativos quando passar a ser parte integrante do quotidiano escolar e não uma atividade de certos professores e de algumas organizações externas à escola: como tal, as escolas necessitam trabalhar em parceria com o Centro de Saúde ou o Hospital, a autarquia, a delegação regional do Instituto Português da Juventude, as IPSS que trabalhem os temas em destaque, ou qualquer estrutura da comunidade dedicada ao trabalho preventivo (Ministério da Educação, 2007).

Em Portugal, em termos políticos, já há algum tempo que os Ministérios da Educação têm vindo a desenvolver medidas de política de «Promoção e Educação para a Saúde», com o intuito de se “dotar os jovens com conhecimentos e valores que os ajudem a

desenvolver atitudes e a adotar comportamentos promotores de saúde e do seu bem-estar físico, social e mental.” (DGE, 2014).

A Literacia em Saúde é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, tendo uma grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo, por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Ministério da Educação, 2007). É crucial aumentar a literacia em saúde dos nossos jovens, pois amanhã serão os adultos da nossa sociedade.

Assim, trabalhar os jovens e adolescentes torna-se aliciante, isto porque, a adoção de comportamentos de risco nesta faixa etária, a curto, médio e/ou longo prazo, poderá ter consequências prejudiciais para a sua saúde e, como tal, se pudermos intervir atempadamente com a explicitação da importância da aquisição/manutenção de hábitos de vida saudáveis, poderemos assim, capacitá-los a salvaguardar a sua saúde e o seu bem-estar.

Para definir as áreas de atenção e intervenção do presente projeto foi efetuada uma análise do PNSE|2015, assim como da legislação em vigor, tendo em conta as idades do público-alvo. À posteriori foi agendada uma reunião com a coordenadora pedagógica da Escola Profissional, que nos mencionou, também, as principais necessidades de saúde detetadas na sua comunidade escolar (que foram confirmadas à posteriori, através dos resultados obtidos no questionário de colheita de dados realizado à população em estudo). Posto isto, as áreas selecionadas para abordagem são: Afetos e Sexualidade: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos; Saúde mental e prevenção da violência; Dependências de Substâncias Psicoativas e Dependências sem Substâncias.

3.1 Educação para os Afetos e Sexualidade: Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos.

A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo, contribuindo para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico.

A OMS define a sexualidade como *“um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer,*

intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada/vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos.”(WHO,2006) É também entendida como a "energia que nos motiva a procurar 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" (Fernandes, 2006).

Vários são os fatores que influenciam a sexualidade humana, quer sejam eles, físicos, emocionais, sociais, religiosos, de etnias, o que engloba os diferentes costumes, a moral e as leis civis de cada sociedade, daí ser tão difícil definir a sexualidade. Esta pode ser vista como um modo de enriquecimento pessoal e relacional caso seja vivida de forma consciente, informada e saudável. Ou, pelo contrário, pode constituir uma forma de sofrimento quando a sua expressão se faz de modo imatura, ignorante e violenta. É extremamente importante que tenhamos consciência que a sexualidade tem percalços inevitáveis e evitáveis: os inevitáveis resultam da complexidade dos afetos, das expectativas e frustrações; os evitáveis são, por exemplo, as gravidezes indesejadas e as IST, e resultam de comportamentos negligentes ou pouco informados e imaturos.

Deste modo, em contexto escolar, a educação sexual tem carácter obrigatório e destina-se a todos os alunos que frequentam estabelecimentos de ensino básico e secundário da rede pública e os estabelecimentos da rede privada e cooperativa com contratos de associação (Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto), devendo envolver toda a Comunidade Escolar, começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, dotar os jovens de conhecimentos, contribuindo para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais; na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências. Ainda sobre a Lei supracitada, o artigo 2.º define como finalidades:

“a) A valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;

b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;

c) A melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais dos jovens;

- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis;*
- e) A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;*
- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;*
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;*
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;*
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;*
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;*
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.”*

Trata-se de uma fase da vida crucial, na qual muitos adolescentes convivem com alguma desinformação e ideias confusas sobre Sexualidade, necessitando por isso, de compreensão e apoio. Questões em torno da afetividade e dos valores familiares, a expectativa dos papéis a desempenhar, a prevenção de riscos, as modificações dos comportamentos sexuais, a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis são áreas que merecem investimento.

Aqueles que estiverem mais e melhor informados terão maiores e melhores possibilidades de reduzir significativamente o número de novos contágios de infecções sexualmente transmissíveis, de evitar uma gravidez não planeada e indesejada e de viver mais felizes a sua adolescência.

Assim, promover a Educação Sexual, enquanto parte integrante da Educação para a Saúde, contribui para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade (Ministério da Educação, 2007).

Portugal ainda é um país com elevada prevalência de IST, com destaque para a infeção pelo HIV; taxa de gravidez adolescente elevada, constituindo um fator psicossocial a considerar; e onde as primeiras relações sexuais ocorrem em contexto de consumo de álcool ou drogas ou outros comportamentos de risco.

Segundo um estudo da situação epidemiológica nacional, referente à infecção por VIH, em 2014, baseada na informação recolhida em 31 de agosto de 2015, por três sistemas de informação: INSA, SINAVE e pelo SI. VIDA., desde o início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos notificados ocorreram no grupo etário 20-44 anos. Em 2014, confirmando a tendência dos anos mais recentes a proporção de casos entre os 20-44 anos tem vindo a decrescer (60,8%), estando mesmo assim num patamar elevado. A transmissão por via sexual correspondeu a mais de 90% do total de novos casos notificados (92,3%). Só nos jovens adolescentes, em 2014, surgiram 143 novos casos de infecção por HIV (DGS, 2015).

Outro estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) que, pela primeira vez, incluiu o estudo da prevalência de IST, apurou uma prevalência de 2,7% para a "*chlamydia trachomatis*", vulgarmente conhecida como clamídia e de 2,4% para a bactéria "*treponema pallidum*" que causa a sífilis, numa população entre os 18-35 anos. Estes dados constam do ISN 2015-2016.

No que diz respeito à gravidez não planeada na adolescência, Portugal tem a 8ª maior taxa da UE de gravidez entre adolescentes. Segundo dados de 2015 do Instituto Nacional de Estatística (INE), os últimos disponíveis, nasceram 2295 bebés de mães entre os 11 e os 19 anos, uma média de seis adolescentes dão à luz todos os dias. Apesar de ser um número ainda muito elevado, este número foi o mais baixo de sempre, desde o final da década dos anos de 1970. Para Duarte Vilar, diretor executivo da Associação para o Planeamento da Família, a diminuição da maternidade na adolescência não pode ser analisada sem se ter em conta que "*Portugal tem hoje menos adolescentes do que tinha*" e "*O acesso à informação é mais fácil e existe uma generalização da educação para a saúde nas escolas*", daí a importância de se implementarem estes programas em todas as escolas e locais que trabalhem com adolescentes. Ainda de acordo com os dados do INE, em 2015, as interrupções involuntárias da gravidez atingiram o número de 1708 (também mais baixo que no ano anterior, mas um número ainda considerável).

Quanto à experiência da primeira relação sexual com penetração, constitui um importante ritual de passagem para ambos os sexos e tende a ocorrer primeiro nos rapazes. Cerca de 80% dos adolescentes portugueses que frequentam a escola, iniciam a sua vida sexual depois dos 15 (www.aventurasocial.com). As tensões e impulsos sexuais sentidos pelos adolescentes, a pressão dos pares e as atitudes da família e da escola são importantes para o começo da vida sexual.

Referente a métodos contraceptivos, as estatísticas nacionais dizem que 28% dos jovens assume ter-se informado de forma incorreta e em mais de metade deles limitaram-se a perguntar a amigos. Para além disso, apenas metade dos jovens afirma estar bem informado sobre as diferentes opções de contraceção (INE, 2014).

Em suma, as atividades a desenvolver devem passar por elucidar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução, as consequências de uma gravidez não desejada, facultar informação sobre os métodos contraceptivos, proceder ao acompanhamento clínico, fornecer gratuitamente os contraceptivos, prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e promover estilos de vida saudáveis.

3.2 Saúde mental e prevenção da violência

A saúde mental resulta da qualidade da interação entre o adolescente/jovem, a família, a escola e o meio sociocultural em que se encontram inseridas/os. Pela relevância que assume, importa promover relações positivas com a escola em todas as fases do ciclo de vida escolar. Esta área, no processo de capacitação, preenche um lugar de relevo para a obtenção de mais ganhos em saúde.

De acordo com a OMS, a violência tem vindo a ganhar visibilidade ao longo dos anos a nível mundial, tornando-se um problema de Saúde Pública, com forte impacto nas populações e elevados custos associados. Temos como grandes áreas de violência mais comuns, nos adolescentes/jovens, o Bullying e a Violência no Namoro.

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à vítima (APAV), Bullying consiste em *“dirigir a alguém, sem motivação evidente, comportamentos intencionais e repetidos que infligem intencionalmente prejuízos ou desconforto, através de agressões físicas ou verbais, ameaças ou violência psicológica, que podem incluir provocações, insultos, violência física ou exclusão social.”* Um/a bullie ou agressor/a pode atuar sozinho ou em grupo e, nunca é um ato isolado.

Nas escolas, provavelmente, sempre existiu Bullying, sendo que agora com maior visibilidade, pelo maior conhecimento dos seus efeitos no desenvolvimento e na saúde mental das vítimas.

Embora não esteja especificamente mencionado no PNSE, a pertinência do tema surge com o crescente número de casos que vão surgindo nas escolas, nomeadamente nos adolescentes.

Este tipo de violência dirigida aos outros pode vir a desenvolver repercussões como perturbações psicológicas, insucesso escolar, absentismo escolar, dificuldades em estabelecer relacionamentos, dificuldades na tomada de decisão académica/profissional e homicídio e suicídio, nos casos mais graves. Distinguir um conflito sem implicações de maior importância entre colegas, de um problema que possa dar origem a uma onda de violência é fundamental.

As agressões físicas, por norma, envolvem medidas mais interventivas e são mais facilmente detetáveis, mas não são menos prejudiciais que as agressões psíquicas, que levam a vítima a perder o amor-próprio e a capacidade de decidir por si mesma. É essencial fomentar a atitude correta a tomar caso sejam vítimas ou caso assistam a casos de Bullying.

Outro tipo de violência bastante comum é a violência no namoro, que não escolhe estratos sociais ou económicos e está, também, muito presente entre os jovens e adolescentes.

Um estudo feito pela União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), em 2015, que envolveu 2.500 jovens entre os 12 e os 18 anos, de Braga, Porto e Coimbra, revelou a fraca perceção que muitos jovens têm do que são ou não situações de violência. Na altura, quase um terço dos rapazes (32,5%) achava legítimo exercer violência sexual e 14,5% das raparigas não considerava violência forçar um beijo ou sexo, ao mesmo tempo que quase um quarto dos jovens (22%) considera "normal" a violência no namoro.

O número de vítimas de violência no namoro sinalizadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) aumentou quase 60% em três anos, entre 2014 e 2016, culminando com 767 vítimas no ano 2016, o que representa um aumento de quase 10% em relação às 699 de 2015, mas significa um crescimento no número de casos de quase 60% quando comparando com as 484 vítimas de 2014.

Em declarações à agência Lusa, o responsável pelo estudo confirmou que, ao longo dos últimos três anos, tem constatado uma evolução de aumento do número de casos reportados ao INMLCF em que as vítimas identificam como sendo uma relação de namoro.

O INMLCF apurou que, no que diz respeito ao perfil da vítima, a maioria (657) são do sexo feminino, havendo 14,3% de homens, de salientar, no entanto, que o número de vítimas homens tem vindo a aumentar exponencialmente, já que em 2014 foram 60 e em 2016 110, o que representa uma subida de 83,3%. Ainda em relação ao perfil da vítima, os dados do INMLCF revelam que em 34,9% dos casos a pessoa tem entre 18 e 25 anos.

Já no que diz respeito aos agressores, há uma evolução nos últimos dois anos, já que em 2015 eram maioritariamente ex-namorados (52,9%), enquanto em 2016 foram sobretudo os namorados (51,8%).

Tendo em conta os dados apresentados, é necessário intervir e fornecer as ferramentas necessárias para reconhecerem um abuso, perceberem as consequências na saúde física e psíquica e, também, ao nível legal.

3.3 Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância

Em Portugal, com o significativo aumento das taxas de escolarização nos últimos trinta anos, podemos afirmar que quase todos os jovens passam pelo menos alguns anos num estabelecimento de ensino, constituindo assim, um local privilegiado para uma intervenção preventiva. Torna-se necessária, por isso, uma atitude clara face ao consumo de substâncias psicoativas (Ministério da Educação, 2007).

Na nossa sociedade que se liga o festejo e o convívio ao uso de bebidas alcoólicas, torna-se por vezes, difícil demonstrar os riscos do seu consumo ou advertir para as consequências da sua utilização. No entanto, a escola deve fornecer informação atualizada e deve incluir na política do estabelecimento de ensino, a proibição do uso de álcool em todos os locais, acompanhada por uma atitude de ajuda face aos alunos que manifestem comportamentos desajustados relacionados com a ingestão alcoólica. Se toda a comunidade educativa estiver envolvida e forem estabelecidas relações positivas e um clima de escola favorável, é mais fácil controlar a prevenção destes consumos (ME, 2007).

De acordo com o inquérito realizado pelo INE em 2014, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 70% da população com 15 ou mais anos referiu ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista; as proporções de consumo de álcool eram mais elevadas para as pessoas com

25 a 54 anos (superiores a 75%) e; a frequência dos consumos esporádicos de álcool era mais elevada nos jovens, sendo que, 70,1% das pessoas entre 15 e 24 anos referiu ter bebido com uma frequência mensal ou ocasional durante o ano anterior.

Quanto ao consumo de tabaco, a Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que no século XX, a pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas. Se não for controlada, poderá vir a matar mil milhões, ao longo do presente século (WHO, 2008).

Nos países desenvolvidos, fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

Em Portugal, estima-se que o consumo de tabaco seja responsável por 1 em cada 10 mortes verificadas na população adulta e por cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas na população dos 45 aos 59 anos. Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo antes dos 25 anos e, dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados (WHO, 2012).

Três em cada cinco jovens que experimentam fumar vêm a tornar-se fumadores regulares. Destes, metade virão a morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco (OMS, 2000).

Segundo os Inquéritos Nacionais em Meio Escolar (IDT/SICAD), a experimentação do consumo de tabaco nos adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, sofreu um decréscimo na década 2001-2011, no entanto, relativamente a 2006, em 2011, há uma subida na percentagem de adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, que já experimentaram fumar, fumaram no último ano, ou fumaram nos últimos 30 dias (DGS, 2013).

A Saúde Escolar deve estar atenta a todos estes consumos, sensibilizando a comunidade educativa para importância da prevenção e da identificação dos efeitos imediatos, a médio e a longo prazo das adições e dependências, das consequências a nível físico, psicológico, familiar e social e do seu impacto no rendimento escolar. Deve, ainda, trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, e a vinculação familiar, escolar e social (DGS, 2016).

Várias são as leis a nível nacional associadas ao consumo de substâncias psicoativas, destaco a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto (Lei do Tabaco), que entrou em vigor no dia 1

de janeiro de 2008, e que aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. A Lei estabelece a proibição de fumar em determinados lugares, incluindo os estabelecimentos de ensino.

No que respeita a dependências sem substância (jogo, internet e outros) “*entende-se toda a conduta repetitiva que produz prazer e alívio tensional, sobretudo nas suas primeiras etapas, e que leva a uma perda de controlo da mesma, perturbando severamente a vida quotidiana, a nível familiar, laboral ou social, que pode acentuar-se no tempo e conduzir a uma dependência.*” (SICAD, 2013).

Atualmente tem se vindo a verificar um consumo digital elevado em todas as faixas etárias, em especial nos jovens, em que grande parte dos seus comportamentos, opções de escolha, redes sociais, lazer e entretenimento é acedido eletronicamente. A boa utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pode ser uma oportunidade para inovar e capacitar a comunidade educativa, mas o inverso torna-os mais expostos a adições, provocações (cyberbullying), intimidações e assédio e eventuais consequências, imprevisíveis, de um “rasto digital” que pode ser explorado indevidamente (DGS, 2015).

O Cyberbullying surge em associação com o Bullying, sendo uma prática que envolve o uso de tecnologias de informação e comunicação (Internet, telemóvel e outras tecnologias interativas digitais), em que a vítima é sujeita, de igual modo, a comportamentos hostis repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo com a intenção de o prejudicar.

Nos últimos anos tem havido uma preocupação crescente com o perigo de adição ao jogo na Internet, uma vez que é possível jogar num ambiente mais isolado e anónimo, sem nenhuma forma de controlo social, o que leva a uma maior exposição a todas as formas de jogo. E, cada vez mais se assiste a um fenómeno de rejuvenescimento da classe dos jogadores, o qual se deve ao crescimento da oferta e acesso a jogos a dinheiro na Internet (SICAD, 2014).

Segundo um estudo realizado em 2009, da autoria de Henrique Lopes, sobre a dependência do jogo em Portugal, há pelo menos 16.124 viciados em jogos a dinheiro e mais de 400 mil jogadores de risco. Segundo o autor, um dos dados preocupantes é o número de jovens que mostram sinais de dependência: 1.564 têm menos de 25 anos e 8.741 têm entre 26 e 40 anos (SICAD, 2014).

Sendo estes comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substâncias, considerados problemas de Saúde Pública, foi criado um Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNECAD) 2013-2020, que surge na sequência do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012 (PNCDDT), do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA) e da redefinição das políticas e dos serviços de saúde. O objetivo deste Plano é intervir tanto a nível da procura, no que se refere à promoção da saúde, prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social; como a nível da oferta, com a diminuição da disponibilidade e do acesso às substâncias ilícitas, regulação e regulamentação do mercado das substâncias lícitas e respetiva fiscalização e harmonização dos dispositivos legais. (SICAD, 2013)

4. Enquadramento do Processo

Esta parte é constituída por um referencial teórico, o Planeamento em Saúde e todas as suas etapas processuais e, abrange também, a Teoria de Aprendizagem de Bandura, que esteve na base das Sessões de Educação para a Saúde realizadas ao longo do estágio que incide na intervenção na área da Saúde Escolar.

4.1 Planeamento em Saúde

O planeamento é, na sua essência, um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente (Tavares, 1990).

O planeamento da saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori e Giraldes, 1992).

Tavares (1990) afirma que o planeamento implica uma relação de causalidade entre a ação proposta e os resultados que se pretendem alcançar, transformando uma finalidade ou um conjunto de intenções em ações, formalizando-as para que possam ser implementadas e articulando as consequências e resultados previstos.

Tavares (1990) descreve o planeamento como um processo contínuo e dinâmico, cuja flexibilidade, permite uma adaptação contínua à realidade, constituindo um fator

determinante do seu sucesso, existindo uma interação entre o planeamento e a realidade, influenciando-se mutuamente.

O planeamento é um processo interativo, cíclico, em espiral (Tavares, 1990), uma vez que não se volta exatamente ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori e Giraldes, 1992). Estes mesmos autores, justificam o planeamento em saúde pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multisectorial, evitando intervenções isoladas, mais onerosas.

4.2 Processo de Planeamento em Saúde

Tavares (1990) identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

No entanto, não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que levem a refazê-la (Imperatori e Giraldes, 1992), conforme ilustra a imagem seguinte.

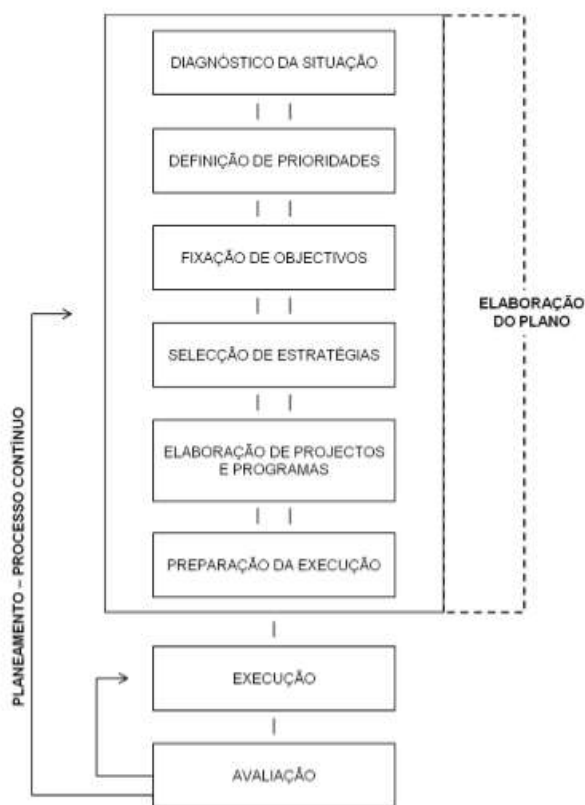


Figura nº 1 – Principais etapas do planeamento em saúde (Fonte: Imperatori e Giraldes, 1993)

Na primeira etapa – o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990). Segundo este autor, um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente e, uma necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a distinção entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde. Refere, ainda, que o diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento, devendo ser alargado e aprofundado, sendo fundamental envolver a noção de causalidade, o conhecimento dos fatores que determinam os problemas, e a noção de evolução prognóstica, análise da sua evolução e perspetivas.

No entanto, o diagnóstico deve ser sucinto para não gastar demasiadas energias e tempo na sua elaboração, prejudicando as etapas seguintes, e deve ser claro, de forma a ser facilmente apreensível por todos os intervenientes (Imperatori e Giraldes, 1992). Ainda de acordo com estes autores, a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades, que constitui a etapa seguinte.

O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas e, embora muitas vezes no final desta etapa se sinta que o diagnóstico está incompleto e desatualizado, este deve ser permanentemente atualizado, não deixando de se avançar para a etapa seguinte (Tavares, 1990).

Na segunda etapa – determinação de prioridades, vão ser selecionados os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando-se critérios de diversa ordem para este fim (Imperatori e Giraldes, 1992).

Depois de definidas as prioridades, a etapa que se segue no processo de planeamento é a fixação dos objetivos, que Imperatori e Giraldes (1992) definem como a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários. De acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. Assim, fixar objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990).

A seleção de estratégias trata-se de uma etapa de escolha de um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados. Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitem alcançar um mesmo objetivo, com o fim de selecionar as mais coerentes e adequadas (Imperatori e Giraldes, 1992). Deve ter em conta os custos, a pertinência, vantagens e inconvenientes. Havendo combinações de abordagens do problema em causa muito diferentes, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

A quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias delineadas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1992).

Esta etapa pretende planear operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa. Sendo que, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo. (Tavares, 1990).

A última etapa do planeamento é a avaliação que, constituindo o final do processo, se integra em cada uma das suas etapas (Tavares, 1990). É um processo contínuo, que efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento.

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, 1990). Ainda segundo este autor, uma avaliação correta permite comparar os estados inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira vão ser fixados os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de processo ou atividade e a médio prazo, os indicadores de impacto ou resultado (Imperatori e Giraldes, 1993).

A avaliação atualiza o diagnóstico e, quando finalizada, deverá voltar à primeira fase do planejamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1992).

4.3 Teorias Educacionais – Teoria da Aprendizagem Social de Bandura

O enfermeiro que atua na comunidade, tem o seu foco de atenção dirigido a questões de Promoção e Educação para a Saúde, portanto, deve conciliar as teorias educacionais com as teorias de enfermagem e de promoção de saúde.

Atualmente, não existe uma única Teoria ou Modelo que domine a área da educação e promoção da saúde, devido à multiplicidade de problemas de saúde existentes.

Neste contexto, mediante as Teorias Gerais de Educação vigentes, e de acordo com a faixa etária da população em estudo nesta escola profissional, a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura foi a que mais se harmonizou com o projeto.

Albert Bandura, psicólogo de formação, criou a Teoria da Aprendizagem Social, posteriormente denominada de Teoria Cognitiva Social, principalmente quando no Ano de 1970 publicou “um quadro relacional para a compreensão do comportamento humano baseado em formulações cognitivas a que chamou de teoria sócio-cognitiva. Esse enquadramento é correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 29). A premissa base desta teoria é que “*as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações*” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999).

Inerente à Teoria Social-Cognitiva de Albert Bandura, imperam cinco conceitos chaves, nomeadamente: Determinismo Recíproco (consiste nas mudanças de comportamento resultantes da interação entre o indivíduo e o ambiente, sendo estas mudanças bidirecionais); Capacidade Comportamental (saber o que fazer e como fazer); Expetativas (crenças acerca dos resultados prováveis da ação); Autoeficácia (autoconfiança que o indivíduo deposita na sua capacidade de realizar determinada ação e persistir nela) e por fim a Aprendizagem Observacional (as pessoas aprendem o que podem esperar com a adoção de determinado comportamento através da experiência dos outros).

As aprendizagens de determinados comportamentos, são ainda influenciadas e moldadas por fatores afetivos do modelo (exemplo: os pais) e com a semelhança de características

com o indivíduo (exemplo: sexo, idade), por meio da imitação, o que ocorre tanto para os comportamentos verbais como não-verbais (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999). Ou seja, geralmente os modelos são as pessoas mais significativas, e as que têm características semelhantes às do sujeito. Existe também a propensão do indivíduo se deixar impressionar por modelos de prestígio e de status superiores. Como tal, muitas vezes a mensagem que passa através da Media, determina o comportamento dos indivíduos, principalmente dos jovens que são facilmente influenciáveis

As habilidades sociais são assim influenciadas pelas características sociais, económicas e culturais em que se desenvolvem. Não se imitam todos os indivíduos nem todos os comportamentos que se observam.

A aprendizagem pode ser entendida de forma simplificada, como o modo como adquirimos novos conhecimentos, desenvolvemos competências e/ou mudamos comportamentos. Habitualmente, toda a mudança de comportamento resultante de processos de aprendizagem, advém de uma série de experiências práticas e de interações com o meio. Neste sentido, e no âmbito do estágio, foi realizada intervenção comunitária junto da população adolescente, com o intuito de promover a aquisição/manutenção de hábitos de vida saudáveis no que respeita às temáticas referidas anteriormente.

A influência motivadora de um bom estado de saúde, quando é valorizada, pode constituir uma recompensa para a prática de comportamentos de mudança ou de promoção da saúde.

Deste modo, reina a ambição que os adolescentes em questão, estejam empoderados e capacitados para um autodesenvolvimento, adaptação e/ou mudança de comportamentos considerados prejudiciais para a sua saúde, e que assim alcancem hábitos de vida saudáveis.

Capítulo II – Projeto “Be Fashion, Be Healthy!”

O presente projeto é denominado “Be Fashion, Be Healthy!”. Este nome surge fundamentado pelo contexto onde é desenvolvido – uma escola profissional do Porto direcionada para a moda, onde os alunos têm objetivos bem estruturados e, por isso, este nome surge com o intuito de tornar o projeto mais apelativo para eles.

Neste capítulo estará descrito toda a atividade desenvolvida desde a conceção à finalização do projeto.

1. Enquadramento do Contexto do Projeto “Be Fashion, Be Healthy!”

Este projeto encontra-se a ser desenvolvido num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Porto numa Unidade de Cuidados da Comunidade, que por sua vez, na valência da Saúde Escolar, desenvolve parcerias em escolas públicas e privadas, de ensino regular e ensino profissionalizado, entre as quais uma escola profissional, onde incide a intervenção deste projeto.

1.1 Caracterização do ACeS

O ACeS onde se desenvolveu este projeto foi constituído em 2009. Tem como missão procurar garantir aos cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, procurando obter ganhos em saúde e visando ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de saúde, com equipas de saúde motivadas e comprometidas com a satisfação dos utentes e com o desenvolvimento dos seus profissionais e da comunidade.

Os valores definidos neste agrupamento por todos os profissionais são: “Ética, Cortesia, Cooperação, Efetividade e Eficiência”. Abrange mais de 125.000 cidadãos (dados de janeiro de 2017), através de 22 Unidades de Saúde, entre elas 13 Unidades de Saúde Familiar, 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH/SIDA e 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico.

1.2 Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde se desenvolveu o presente projeto conta com mais de 40.500 cidadãos (dados de janeiro de 2017).

Tem por missão a prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário à população da sua área geográfica, especialmente a mais vulnerável, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento de proximidade. Atua, também, na educação para a saúde, assente nos Padrões de

Qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo valores consagrados como a Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Os serviços que presta incluem: Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; Programa Nacional de saúde Reprodutiva; Programa Nacional de Saúde Mental; Ação de Rede Social; Programa Nacional de Saúde Escolar; Ação Social de Crianças e Jovens em Risco e Reabilitação / Fisioterapia.

A equipa é constituída por uma fisioterapeuta, um secretário e 13 enfermeiros, na sua maioria especialistas, salientando a especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária com atividade na Saúde Escolar, que nos permitiu integrar este projeto.

1.3 Caraterização da Escola Profissional

É uma escola de pequena dimensão física, onde se respira um ambiente acolhedor e familiar, que se dedica ao ensino profissional na área da moda, apostando num ensino qualificado, dotando os alunos de competências técnicas e profissionais. Constituída por um corpo docente qualificado, certificado e especializado, com formação e experiência comprovada nas suas áreas de intervenção, apresentam como objetivo comum: inovação, qualidade e excelência no ensino da moda. Nesta escola fazem a junção entre o concetual e a prática, formando profissionais capazes de dar resposta às reais necessidades das indústrias têxtil e da moda. Assim, através de uma vasta rede de parcerias, garantem aos alunos estágios em empresas de renome nacional e internacional, que proporcionam uma experiência muito válida, que os beneficiará/facilitará na entrada na vida profissional. Prova disso, é o vasto número de antigos alunos que abrilhantam as passerelles portuguesas e o mercado da moda em geral.

A Escola em questão tem por missão a qualificação educativa da formação profissional de jovens e adultos, de forma a contribuir não só para a sua preparação profissional adequada, mas também, para a sua formação integral. Integra 6 valores fundamentais segundo o seu regulamento interno de 2017:

1. Profissionalismo e Trabalho de Equipa: atuar com elevado padrão ético e profissional junto de todos os profissionais e alunos que conosco trabalham.

2. Qualidade e Adaptabilidade: apostar na qualidade do ensino e formação profissional, atuando com flexibilidade perante obstáculos e situações adversas.
3. Perseverança: procurar uma melhoria constante do nosso desempenho.
4. Empreendedorismo e Melhoria Contínua: apostar na inovação e atualização dos profissionais e alunos às constantes mudanças empresariais e sociais, de forma a criar um design responsável e sustentável.
5. Garantir o Futuro: alcançar todos os meios necessários ao cumprimento da nossa missão, garantindo o presente e sustentando o nosso desenvolvimento futuro.
6. Responsabilidade Social e Ambiental: fomentar em todos os colaboradores um espírito ativo de responsabilidade social e ambiental.

É uma escola privada com elevada qualidade no ensino especializado na moda e, com apoio às famílias através do financiamento do POPH, QREN, Governo da República Portuguesa e Fundo Social Europeu. Os cursos lecionados têm um denominador comum: a MODA - interesse partilhado por alunos e professores.

Através da aproximação entre a escola e as instituições económicas, profissionais, associativas, sociais e culturais do tecido empresarial têxtil, a Escola tem como visão a luta por um futuro empresarial desenvolvido e competitivo, com recursos humanos qualificados. Acumula anualmente reconhecidos prémios na área da moda e um certificado de qualidade de ensino e prestígio incomparável.

2. Diagnóstico de Situação

Nesta parte do projeto será apresentado todo o processo de atividade de diagnóstico realizado na comunidade escolar de uma Escola Profissional do Porto. Encontra-se dividido em 4 itens: apresentação da estratégia diagnóstica utilizada; atividade diagnóstica, explicando a metodologia; caracterização da amostra; diagnóstico de situação onde estão inseridos os resultados e respetiva discussão dos mesmos.

2.1 Estratégia Diagnóstica

Como estratégia diagnóstica utilizada para a seleção das áreas do projeto: Afetos e Sexualidade - Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos; Saúde Mental e Prevenção da Violência; Dependências de Substâncias Psicoativas e Dependências sem Substâncias, primeiramente, foi realizada uma reunião com Coordenadora Pedagógica da escola, a qual nos deu o seu parecer relativamente às maiores necessidades da comunidade escolar em questão. Posteriormente, foi realizada uma revisão bibliográfica das diferentes áreas, correlacionando dados estatísticos nacionais; artigos científicos; prioridades definidas no PNSE|2015; legislação nacional referente aos temas em questão e às idades do grupo alvo. De seguida, e utilizando a análise da CIPE, foram determinados os focos e dimensões diagnósticas associados a cada uma das áreas prioritárias do eixo da capacitação do PNSE|2015 que selecionamos. Por último, foi realizada uma reunião com peritos – Dr. Pedro Melo, Enf. Carlos Pinto e Enf.^a Sandra Moura.

Para melhor compreensão da metodologia do diagnóstico, foi elaborado um quadro de decisão clínica, com os dados a colher de acordo com o enquadramento teórico e as áreas de atenção selecionadas, que se encontra em anexo (Apêndice I).

2.2 Atividade Diagnóstica

É de extrema importância selecionar à priori os critérios de diagnóstico que vão definir cada diagnóstico de enfermagem identificado. Assim, é também, mais fácil a organização dos processos de ensino e aprendizagem de modo a capacitar os estudantes de acordo com as situações identificadas. O quadro abaixo apresenta os critérios de diagnóstico definidos para cada diagnóstico de enfermagem que foi elaborado.

Diagnóstico de Enfermagem	Critério de Diagnóstico
Uso de Contraceptivos ineficaz	Se: Conhecimento sobre uso de contraceptivos não demonstrado e/ou Adesão de uso de contraceptivos não demonstrado e/ou Crenças sobre o uso de contraceptivos não adequada
Satisfação Conjugal [no namoro] não mantida	Se: Interação sexual não adequada e/ou Comunicação do casal não eficaz e/ou Relação dinâmica disfuncional e/ou Função sexual comprometida
Processo de Tomada de Decisão não mantida	Se: Conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado e/ou Atitude face ao compromisso não facilitadora e/ou Crenças sobre projeto de vida não adequadas e/ou Padrão de Comunicação não adequado
Suscetibilidade à infeção aumentada	Se: Conhecimento sobre IST não demonstrado e/ou Atitude face à vulnerabilidade às IST facilitadora e/ou Crenças sobre IST não adequadas
Dependência de substâncias psicoativas presente	Se: Abuso de substâncias psicoativas presente
Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado	Se: Conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado e/ou Atitude face ao uso substâncias psicoativas facilitadora e/ou Crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas não adequadas

Quadro nº 1 – Atividade Diagnóstica

2.3 Metodologia

Para se obter os dados que permitem a realização do Diagnóstico de Situação foi criado um questionário em formato online - Google Docs (Apêndice II). Posteriormente, foi enviado à Coordenadora Pedagógica da escola que o fez chegar a cada um dos alunos da população alvo. O questionário construído encontra-se dividido em quatro partes: I- Caracterização da Amostra, II- Violência no Namoro e Bullying/Cyberbullying, III- Dependência sem substância (internet/jogos) e Dependência de substâncias psicoativas e IV- Sexualidade e Afetos. Foi elaborado tendo em conta as seguintes variáveis com vista a caracterizar a amostra (Género, Idade, Curso que Frequenta, Ambiente Habitacional e Nível Económico), seguidamente apresenta questões relativas a cada tema supracitado. Na abordagem de cada um dos temas foram realizadas questões que avaliam as diferentes Dimensões de Diagnóstico selecionadas para cada Foco.

A realização deste estudo obedeceu a princípios éticos, traduzindo confidencialidade dos dados fornecidos pelos indivíduos que aceitaram participar. Como tal, o questionário tem de início uma breve introdução em que, para além do pedido de colaboração, é mencionado o objetivo, finalidade e o anonimato do mesmo.

Este questionário antes de ser aplicado foi previamente validado pelos peritos.

2.4 Caracterização da Amostra

O questionário diagnóstico foi aplicado aos alunos do 1º ano de uma escola profissional do Porto, com um total de 38 alunos, distribuídos pelos três cursos diferentes. O total de respostas foram de 34 alunos, abrangendo na amostra 89,5% da população-alvo. Com base na análise das respostas ao questionário, podemos então caracterizar a amostra:

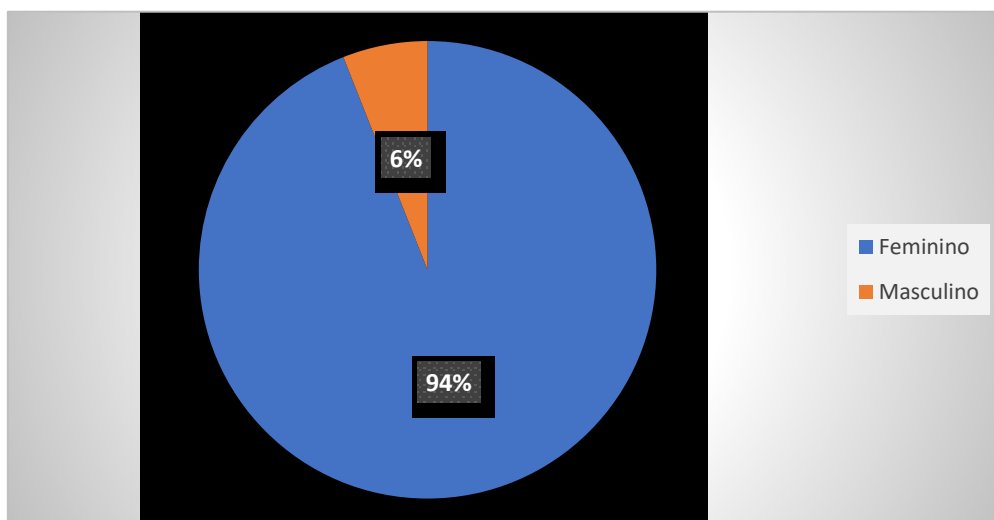


Fig. 2 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por sexo.

Trata-se de uma amostra maioritariamente do sexo feminino, que está representado em 94%, contra os restantes 6% referentes ao sexo masculino.

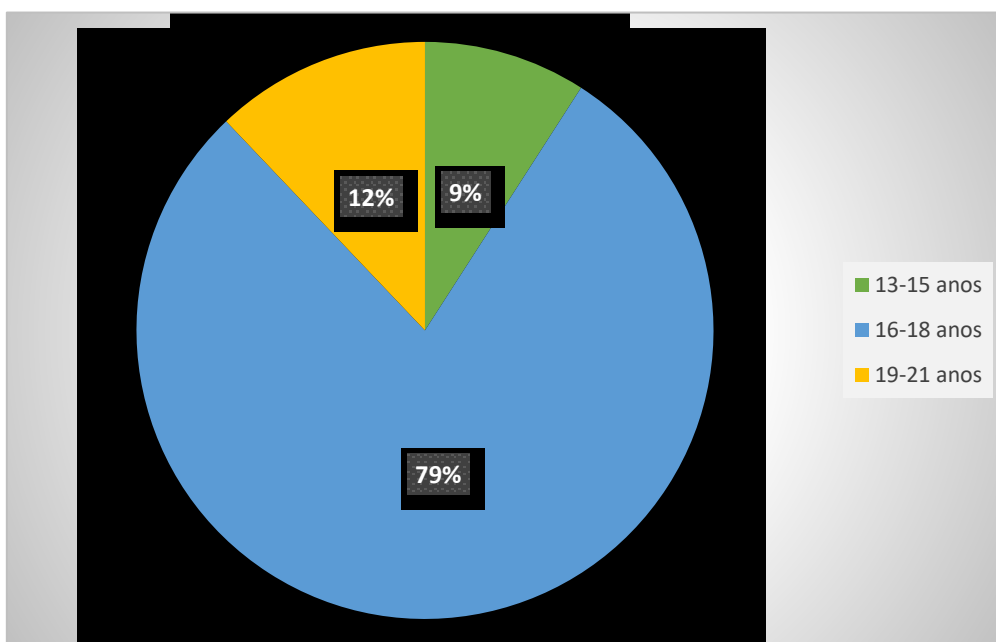


Fig. 3 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por faixa etária.

Nesta escola de ensino profissional, a sua população do 1ºano tem na sua maioria, idades compreendidas entre a faixa etária dos 16-18 anos (79%), cerca de 12% na faixa etária dos 19-21 anos e 9% na faixa etária dos 13-15 anos.

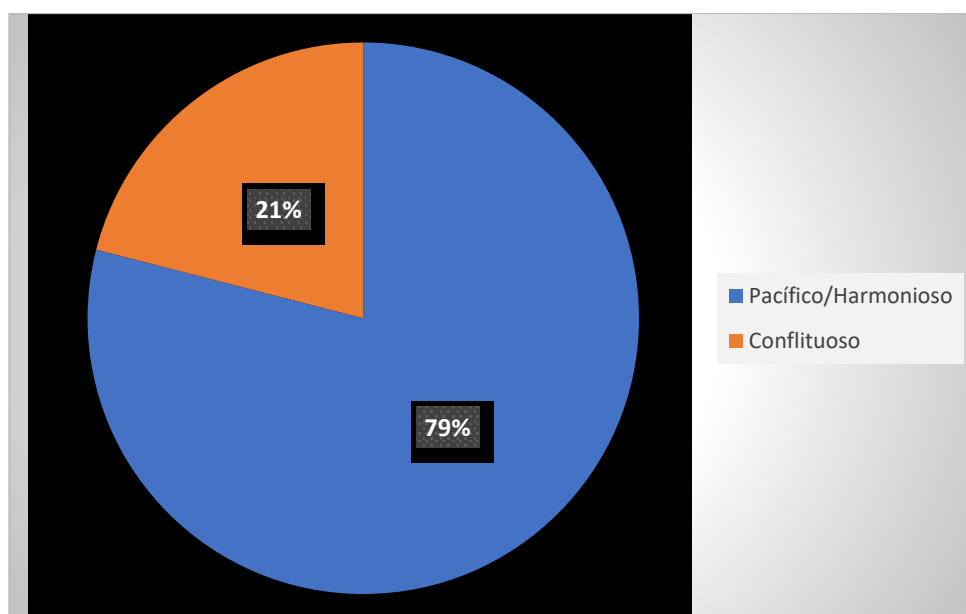


Fig. 4 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por tipo de Ambiente Habitacional.

No que respeita ao ambiente onde vive, grande parte da amostra considera viver num ambiente pacífico/harmonioso (79%), sendo que, 21% dos alunos considera viver num ambiente conflituoso.

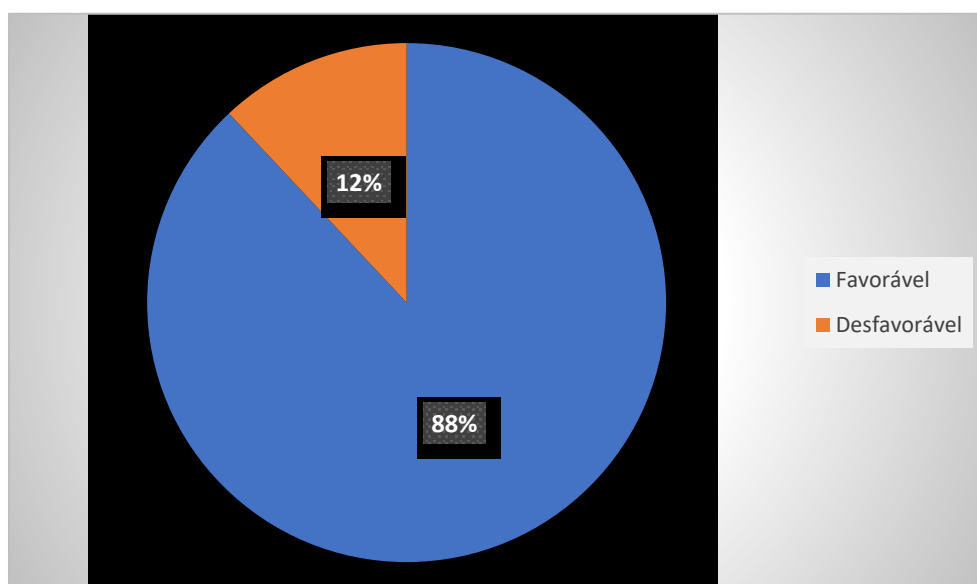


Fig. 5 - Distribuição percentual da amostra de estudantes avaliados, por nível económico

A questão económica foi, também, um ponto em estudo e a maioria da população considera viver num nível económico favorável (88%), sendo que 12% considera desfavorável o seu nível económico.

2.5 Resultados

Planear não é mais que prever a resolução de problemas e necessidades, de uma forma organizada para atingir o fim a que nos propomos. É um processo que segue uma ordem de etapas estabelecidas de forma dinâmica e contínua. A primeira etapa é o diagnóstico de situação, que deve ter em conta as necessidades da comunidade, nomeadamente, do grupo-alvo. (Tavares, 1992)

A finalidade é identificar problemas de saúde na população, e consequentemente, procurar a melhor resolução para eles de forma a promover a saúde e prevenir, tratar e reabilitar a doença. (Imperator, et al., 1993)

Os principais resultados, após a análise das 33 respostas ao questionário, serão apresentados de seguida. É de salientar que as percentagens apresentadas são representativas do número mínimo possível da amostra, dado que na maioria dos casos poderá ser maior. Para se ter um número exato seria necessário cruzar dados de algumas respostas, mas, visto que as respostas ao questionário são anónimas, isso não é possível fazer. Deste modo, opta-se por apresentar então, o número mínimo de percentagem da amostra para cada foco, tendo em conta os critérios de diagnósticos designados.

Diagnóstico de Enfermagem	Critério de Diagnóstico
Dependência sem substâncias presente	Se: Abuso de consumo de internet/jogos presente
Risco de dependência sem substâncias aumentado	Se: Conhecimento sobre os riscos do uso da internet/jogos não demonstrado e/ou Atitude face ao uso de internet/jogos facilitadora e/ou Crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas
Violência dirigida aos outros [no namoro] presente	Se: Violência dirigida aos outros [no namoro] presente
Risco de violência dirigida aos outros [no namoro] aumentado	Se: Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado e/ou Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [no namoro] e/ou Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas
Violência dirigida aos outros [bullying] presente	Se: Violência dirigida aos outros [bullying] presente
Risco de violência dirigida aos outros [bullying] aumentado	Se: Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [bullying] não demonstrado e/ou Atitude facilitadora sobre violência dirigida aos outros [bullying] e/ou Crenças sobre violência dirigida aos outros [bullying] não adequadas

Tendo em conta o foco diagnóstico, as dimensões diagnósticas e os critérios de diagnóstico, os resultados encontrados são os seguintes:

Processo de tomada de decisão não mantido em 63,6%

Conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado em 33,3%

- “Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual?” Profissional de Saúde em 66,7%
- “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 24,2%

Atitude face ao compromisso não facilitadora em 41,7%

- “Quando se sente emocionalmente envolvido na relação com o seu companheiro acha que pode mais facilmente ter relações coitais desprotegidas?” Sim em 41,7%

Padrão de Comunicação não adequado em 30,3%

- “O seu namorado/a julga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?” Sim em 30,3%
- “O seu namorado/a invade a sua privacidade?” Sim em 24,2%
- “Invade a privacidade ao seu/sua namorado/a?” Sim em 18,2%

-
- “Julga, critica, corrige o seu namorado/a? Sim em 21,2%

Crenças sobre projeto de vida não adequadas em 63,6 %

- “Você e o seu companheiro/a conversam sobre as expectativas de cada um?”
Sim em 36,4%

Suscetibilidade à infecção aumentada em 63,3%

Conhecimento sobre IST não demonstrado em 63,3 %

- “Que IST’s conhece?” Não sei em 39,4%
- “Indique alguns sinais e sintomas mais comuns nas IST’s” Não sei em 63,6%
- “Dos métodos contraceptivos quais protegem das IST’s?” Erraram 12%
- “Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos?” Não sei em 9 %
- “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 24,2%

Atitude face à vulnerabilidade às IST facilitadora em 41,7 %

- “Quando se sente emocionalmente muito envolvido/a, acha que pode mais facilmente ter relações coitais desprotegidas?” Sim em 41,7%
- “Quando teve relações sexuais (vaginal, anal ou oral), que tipo de método contraceptivo usou?” Preservativo em 92%

Crenças sobre IST não adequadas em 40 %

- “O uso da pilula protege das IST?” Sim em 12%
- “A SIDA é uma doença que se contrai através da saliva?” Sim em 18,2%
- “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 6,1 %
- “Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?” Sim em 18,2%
- “O HIV não se contrai através de tatuagens ou piercings?” Não em 40%
- “O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 3%

Uso de contraceptivos não eficaz em 24,2 %

Conhecimento sobre uso de contraceptivos não demonstrado em 24,2%

- “Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos?” Não em 3 %
- “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não em 24,2%

Adesão ao uso de contraceptivo ausente em 15 % das relações sexuais

-
- “Quando teve relações sexuais (vaginal, anal ou oral) usou algum método contraceptivo?” Nunca em 15%; às vezes em 20%
 - “Que tipo de método contraceptivo usou?” Preservativo em 92 %; Coito Interrompido em 15,4 %; Pílula em 46,2 %;

Crenças sobre o uso de contraceptivo não adequado em 18,2 %

- “A contraceção é só responsabilidade da mulher?” Sim em 9 %
- “Na primeira relação sexual a mulher nunca engravida” Sim em 9 %
- “Tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade?” Sim em 18,2 %
- “A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?” Sim em 9 %
- “É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação?” Sim 9 %

• Satisfação Conjugal [no namoro] não mantida em 84,6%

Interação sexual não adequada em 30,8%

- “Quando está com o seu/sua companheiro/a é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre os dois?” Não em 30,8 %
- “Há vezes em que não se sente à vontade para falar com o seu/sua companheiro/a sobre a necessidade de usarem um método contraceptivo?” Sim em 19,2 %
- Comunicação do casal não eficaz em 30,8%
- “Você e o seu companheiro/a conseguem chegar a acordo quando há discordância?” Não em 23,1 %
- “Está satisfeito/a com o padrão de comunicação que tem com o seu/sua companheiro/a?” Não em 30,8 %

Relação Dinâmica do casal disfuncional em 69,2 %

- “Está satisfeito/a com o tempo que passa com o seu companheiro/a?” Não em 69,2 %
- “Está satisfeito/a com a forma como você e o seu/sua companheiro/a expressam os sentimentos e emoções?” Não em 23,1 %

Função sexual comprometida em 84,6%

-
- “Sente que você ou o seu companheiro/a têm algum tipo de disfunção/problema sexual?” Sim em 84,6 %
 - “Conhece estratégias que não implicam a toma de medicação para resolver algum tipo de disfunção/problema sexual?” Não em 76,9%

Dependência de substâncias psicoativas presente 45,5%

Abuso de substâncias psicoativas presente em 45,5%

- “Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência:”
 - Álcool – Socialmente em 45,5%; Frequentemente em 12,1%
 - Tabaco – Socialmente em 0%; Frequentemente em 33,3%
 - Drogas – Socialmente em 12,1%; Frequentemente em 0%

Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado em 54,4 %

Conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado em 30,3%

- “Que tipo de drogas que conhece” Não sei em 24,2 %
- “Todos os tipos de drogas causam dependência física? Não em 30,3 %

Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 54,5%;

- “Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?” Sim em 54,5 %
- “Se no seu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas, acabaria por beber para não se sentir diferente e para se sentir melhor integrado/a no grupo?” Sim em 15,2%
- “Se no grupo de amigos se consumir drogas, sente-se ‘tentado’ a consumir mais vezes?” Sim em 21,2 %
- Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles lhe oferecessem um charro de haxixe aceitaria? Sim 21,2%

Crenças sobre substâncias psicoativas não adequadas em 33,3 %

- “Os homens toleram mais o consumo de álcool?” Sim em 30,3%
- “O álcool facilita a digestão?” Sim em 3,03 %

-
- “O álcool facilita as relações sociais?” Sim em 33,3%
 - “O consumo de álcool aumenta a performance sexual?” Sim em 30,3%
 - “As drogas leves não causam habituação?” Sim em 18,2%

Dependência sem substância presente em 81,8%

Abuso de internet/jogos presente em 81,8%

- “Se tiver que fica um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?” Sim em 54,5%
- “Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?” Sim em 81,8%
- “Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?” Sim em 60,6%
- Quantas horas por dia utiliza a internet? >5h 27,3%

Risco de dependência sem substâncias aumentado em 60,6%

Conhecimento sobre riscos do uso da internet/jogos não demonstrado em 57,7 %

- “O uso inadequado da internet pode trazer perigos?” Não em 0%
- “A internet/jogos não causam dependência” Sim em 57,7%
- “A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?” Não em 48,5%

Atitude face à vulnerabilidade do uso da internet/jogos facilitadora em 45,5 %;

- “Já mentiu a membros da família ou outros para esconder a extensão do envolvimento com a internet/jogos?” Sim em 21,2%
- “Sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar satisfação?” Sim em 39,4%
- “Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?” Sim em 45,5%
- “Alguma vez vendeu algo para financiar o jogo?” Sim em 0%
- “Já marcou encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet?” Sim em 12,1%

Crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas em 60,6%

- “Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?” Sim em 3,03%
-

-
- “As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?” Sim em 60,6%
 - “Considero-me uma pessoa popular porque tenho muitos amigos nas redes sociais?” Sim em 15,2%
 - “Tenho total confiança nos jogos virtuais pois consigo controlar o meu envolvimento?” Sim em 30,3%

Violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 9,1%

Violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 9,1 %

- “Já vivenciou (ou vive) alguma situação de violência na sua relação de namoro?”

Risco de violência dirigida aos outros [no namoro] aumentado em 81,8%

Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado em 81,8 %

- “Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência?” Não, em 81,8%

Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [no namoro] em 30,3%

- “O seu namoro/a juga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?” Sim em 30,3%
- “O seu namoro/a invade a sua privacidade?” Sim em 24,2%
- “Invade a privacidade ao seu/sua namorado/a?” Sim em 18,2%
- “Julga, critica, corrige o seu namorado/a?” Sim em 21,2%

Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas em 30,3 %

- “O ciúme é sinal de amor?” Sim, 30,3%
- “Uma bofetada não faz mal a ninguém?” Sim em 3,03%
- “Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro?” Sim, 27,3%
- “Os namorados/as devem vestir-se para agradar um ao outro”? Sim 6%
- “Obrigar o namorado/a a iniciar atividade sexual é uma forma de violência sexual?” Não em 9%

Violência dirigida aos outros [bullying] presente em 39,4%

Violência dirigida aos outros [bullying] presente em 39,4%

- “Foi vítima de bullying nos últimos seis meses” Sim em 6%

-
- “Chamaram-lhe nomes inadequados, insultaram-lhe ou troçaram de si nos últimos seis meses?” Sim em 21%
 - “Os seus colegas ignoram-no(a) e deixam-no(a) de fora dos jogos de propósito?” Sim em 30,3%
 - “Os seus colegas contam mentiras a seu respeito, para que os outros não gostem de si?” Sim em 39,4%

Risco de violência dirigida aos outros [bullying] aumentado em 21%

Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [bullying] não demonstrado em 12,1%

- “Já ouviu falar em Bullying e/ou Cyberbullying?” Não em 0%
- “Disse a alguém que foi vítima de bullying/ciberbullying?” Não, em 12,1%

Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [bullying] em 21%

- “Já maltratou alguém na escola?” Sim em 21%
- “Se visse maltratar um ou uma colega de quem não gosta, também participaria?” Sim em 12,1%
- “Como reage quando vê colegas da sua idade a serem maltratados por outros colegas?” Não faz nada, fica apenas a assistir em 15,2%; Intervem ou denuncia a situação em 63,6%

Tabela nº 1 – Resultados dos questionários realizados às turmas da escola profissional.

3. Determinação de Prioridades

A seleção, escolha ou definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento em saúde. Na fase correspondente ao diagnóstico identificam-se os problemas de saúde e procede-se à sua hierarquização nesta etapa de escolha de prioridades (Imperatori e Giraldes, 1992).

De acordo com Pineault e Daveluy (1987), esta etapa não se destina a conferir a importância dos problemas, mas sim a precedência de um problema em relação a outro, identificando o que deve ser considerado em primeira instância.

O diagnóstico de situação proporciona indicações sobre a importância dos problemas e a determinação de prioridades dá uma orientação a esta informação, selecionando, por um lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é necessário primeiro conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação (Pineault e Daveluy, 1987). Assim, a análise dos problemas, realizada na fase do diagnóstico, poderá ser retomada nesta etapa (Imperatori e Giraldes, 1992). De acordo com estes autores, face a cada problema, deverão identificar-se os fatores determinantes e as consequências previsíveis no nível de saúde da população.

A determinação de prioridades é, essencialmente, um processo de tomada de decisão que explicita a direção a seguir (Pineault e Daveluy, 1987).

Ter noção das consequências das diferentes opções é fundamental para este processo: o que é prioritário e o que não é prioritário são escolhas que correspondem aos dois lados da mesma moeda e não podem ser separados (United Kingdom, 2007).

Por outro lado, Pineault e Daveluy (1987), consideram a exploração das alternativas de intervenção como um passo preliminar à etapa de determinação de prioridades, permitindo completar a informação contida no diagnóstico da situação e, portanto, requisito prévio à tomada de decisões sobre as prioridades. Assim, esse estudo exploratório tem por finalidade facilitar a tomada de decisão referente aos problemas a solucionar, uma vez que um problema pode ser importante, mas dificilmente resolúvel, pelo que os decisores devem estar relativamente bem informados sobre a existência ou não de meios eficazes e aceitáveis de atuação sobre ele (Pineault e Daveluy, 1987).

Pineault e Daveluy (1987) definem os critérios de determinação de prioridades como as características de referência que permitem discernir entre dois elementos comparáveis ou de características mensuráveis, às quais se atribuem valores normativos. Baltussen e Niessen (2006) acrescentam ainda, que os critérios são as medidas de desempenho pelas quais as opções serão avaliadas, pelo que devem ser cuidadosamente selecionados.

Posto isto, a definição dos critérios e a sua ponderação são cruciais em todo o processo de determinação de prioridades, uma vez que é com base nos critérios definidos, e respetiva ponderação, que se obterá, no final desta etapa, a lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1990).

A principal defetividade desta etapa é a subjetividade que contem, uma vez que a escolha e ponderação dos critérios dependem excessivamente do planeador (Imperatori e Giraldes, 1992).

Dos muitos critérios de determinação de prioridades que existe não há nenhum que seja universal, nem há nenhum método ideal de os combinar, pois todos apresentam vantagens e inconvenientes, sendo que a aplicação de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992). Um conjunto único e universal de critérios não refletiria adequadamente as variações socioeconómicas e culturais que explicam essas preferências (Baltussen et al., 2010)

A seleção destes critérios é, assim, muito subjetiva (Tavares, 1990), baseando-se em juízos de valor (Pineault e Daveluy, 1987). No entanto, esta etapa deve ser o mais objetiva possível, pelo que o recurso a uma técnica de obtenção de consenso de grupo poderá contribuir para minimizar a sua subjetividade (Tavares, 1990).

Pineault e Daveluy (1987) referem que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução.

Não há soluções fáceis, sendo fundamental o desenvolvimento de um conjunto de informação para ajudar na tomada de decisão (Kapiriri e Norheim, 2004), pelo que se torna imperioso identificar os procedimentos, metodologias e critérios que permitam determinar prioridades, de forma a maximizar os benefícios em saúde (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

3.1 Método de determinação de prioridades utilizado

Os critérios e as suas combinações determinam a ordenação dos problemas prioritários. Deste modo, para uma mesma lista de problemas, a sua ordenação será diferente segundo os critérios que se apliquem ou até, com os mesmos critérios, consoante o modo selecionado de os combinar. (Imperatori e Giraldes, 1992).

Face à sua multiplicidade, a seleção do melhor método poderá ser difícil de realizar, podendo ser considerados vários elementos nessa escolha (Pineault e Daveluy, 1987). Um

dos elementos a ter em consideração é o número de problemas, dado que se for elevado, será conveniente fazer uma pré-seleção através de um procedimento de triagem, antes de aplicar um dos métodos específicos de priorização (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).

Dada a omnipresente necessidade de fazer escolhas, os esforços devem ser dirigidos para melhorar o processo pelo qual as escolhas são feitas, garantindo que estas irão, na medida do possível, refletir as preferências das sociedades e os seus valores (Tragakes e Vienonen, 1998).

Apesar dos inúmeros critérios de determinação de prioridades passíveis de utilizar, não existe nenhum ideal como já foi referido anteriormente.

Neste caso concretamente, dada a listagem de diagnósticos, em reunião com peritos, previamente inteirados dos problemas e necessidades encontrados na população em estudo, a técnica de priorização utilizada foi a de comparação por pares, recorrendo como base de fatores de importância aos critérios de magnitude, vulnerabilidade e transcendência, definidos como os três critérios clássicos pela OMS, em 1965.

Um requisito essencial na técnica de comparação por pares é o facto de todos os participantes no exercício deverem estar muito familiarizados com o objeto em análise, uma vez que necessitam de realizar trade-offs mentais de forma rápida (United Kingdom, 2008).

Esta técnica de ordenação – comparação por pares – trata-se de uma técnica semiquantitativa de muito fácil aplicação e com uma abordagem prática, desde que o número de problemas não seja muito extenso (Imperator e Giraldes, 1992). Permite direccionar a concentração em apenas dois problemas de cada vez, sendo que cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação (Imperator e Giraldes, 1992). Obtém-se, assim, a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Conforme afirmam Pineault e Daveluy (1987), esta técnica é fácil de realizar e os seus resultados são precisos. Se usada corretamente, pode ser uma maneira eficiente de alcançar um consenso (United Kingdom, 2008). A sua principal limitação é o número de escolhas que podem ser comparadas, uma vez que não comporta números elevados (United Kingdom, 2008).

Este método compara, habitualmente, a importância de cada problema em relação a cada um dos outros, utilizando um critério implícito de importância, sendo possível, no entanto, utilizá-lo para critérios definidos explicitamente (Imperatori e Giraldes, 1992). Daí ter-se escolhido os critérios de magnitude, vulnerabilidade e transcendência para classificação da importância, como já referido anteriormente.

A magnitude foi identificada como critério de priorização de problemas de saúde por muitos autores. É o critério mais simples e conhecido que caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1992).

De acordo com Teixeira et al. (2010), a magnitude refere-se ao tamanho do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault; Daveluy, 1987). Sánchez, Abellán e Martínez (2008) referem a incidência e a prevalência como as medidas deste critério.

A magnitude de um problema, é a chamada avaliação qualitativa de risco, onde para se poder priorizar os problemas visando a intervenção, avalia-se e atribui-se valores para qualificar a frequência (ou exposição) e a gravidade do dano (efeito, consequência) (Trivelato, 1997).

A vulnerabilidade, ou capacidade de solucionar um problema (Pineault e Daveluy, 1987), também relacionada com o conceito de efetividade por Sánchez, Abellán e Martínez (2008), é identificada como critério de priorização de problemas de saúde por vários autores.

A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault e Daveluy, 1987).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1992), a vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área, pelo que este critério se torna crucial, uma vez que o processo de planeamento pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito (Imperatori e Giraldes, 1992).

Teixeira et al. (2010) acrescenta sobre a importância deste critério que, ainda que um problema seja considerado de grande magnitude, se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-

lo prioritário. Em suma, pode-se afirmar, assim, que vulnerabilidade corresponde à possibilidade de intervenção (Tavares, 1990).

A transcendência é identificada como critério de determinação de prioridades por Imperatori e Giraldes (1992), Tavares (1990) e Teixeira et al. (2010), sendo definida como a importância segundo grupos etários, ou seja, de maneira a valorizar as mortes nos diferentes grupos de idade (Imperatori e Giraldes, 1992). Estes autores salientam que este critério tem uma base discutível, dado considerar a vida humana com valores diferentes segundo as idades.

Transcendência é a medida da relevância social, da importância, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos.

Assim sendo, a magnitude dos problemas em questão, juntamente com uma avaliação da vulnerabilidade destes à intervenção e da transcendência para a população deu-nos a possibilidade de priorizar tecnicamente a necessidade de intervenção. Mais uma vez ressalva-se que a decisão final da priorização adveio dos resultados individuais de um conjunto de peritos, que reuniram, discutiram, negociaram e estabeleceram a ordem das mesmas. Para melhor se compreender a determinação das prioridades foi elaborado um quadro com a comparação dos problemas que se encontra disponível no apêndice III.

Com base nos resultados da priorização das necessidades, os diagnósticos selecionados, para o tempo possível de intervenção referente ao segundo módulo de estágio, foram os quatro com maior percentagem: Suscetibilidade à infecção aumentada; Dependência sem substância presente e risco de dependência sem substância aumentado; Uso de contraceptivos ineficaz; e Dependência de substâncias psicoativas presente e Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado. Os restantes diagnósticos não serão descuidados e terão atenção por parte da UCC – Saúde Escolar, que dará continuidade a este projeto nesta escola profissional.

4. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com estes autores, um objetivo operacional é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”. Nesta etapa é importante que se

definem objetivos claros e mensuráveis. Foram definidos, então, os seguintes objetivos para a intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis, de acordo com a priorização de necessidades estabelecida anteriormente, nos adolescentes da escola profissional.

4.1 Objetivos gerais

1. Diminuir a suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis dos estudantes;
2. Aumentar o uso de contraceptivos dos estudantes;
3. Diminuir o risco de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes;
4. Diminuir o consumo de substâncias psicoativas dos estudantes;
5. Diminuir a dependência sem substância dos estudantes;
6. Diminuir o risco de dependência sem substância dos estudantes.

4.2 Objetivos específicos

1. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis dos estudantes.
2. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre infecções sexualmente transmissíveis
3. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre uso de contraceptivos nos estudantes
4. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos.
5. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas dos estudantes.
6. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas
7. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo sem substância nos estudantes
8. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo sem substância.

4.3 Metas

1. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis dos estudantes, até janeiro 2018;
2. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre infecções sexualmente transmissíveis, até janeiro 2018;
3. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre uso de contraceptivos nos estudantes, até janeiro 2018;
4. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos, até janeiro 2018;
5. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas dos estudantes, até janeiro 2018;
6. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas, até janeiro 2018;
7. Aumentar em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo sem substância nos estudantes, até janeiro 2018;
8. Aumentar em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo sem substância, até janeiro 2018;
9. Realizar quatro sessões de educação para a saúde por turma, até ao final de outubro;
10. Que 80% do número total de alunos das turmas selecionadas estejam presentes em cada uma das sessões de educação para a saúde realizadas;
11. Que, pelo menos, 70% do número total de alunos das turmas selecionadas respondam ao teste de avaliação online.

4.4 Indicadores

A elaboração e execução de um projeto, pressupõem uma avaliação. Assim sendo torna-se imperioso a formulação de indicadores que vão de encontro à correta interpretação das intervenções. Imperatori & Giraldes (1993) defendem que nesta etapa do planeamento em saúde também se deve proceder à definição dos indicadores, os quais são “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma

população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77). Estes devem refletir a utilidade e a representatividade do projeto e seus resultados.

No caso desta intervenção, definimos indicadores de atividade ou de processo, visto estes terem como finalidade “medir a atividade desenvolvida” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78). Definimos também indicadores de resultado em termos de avaliação de resultado de atividade das sessões de educação para a saúde realizadas, e em termos de impacto uma vez que estes pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77).

Deste modo, foram definidos os seguintes indicadores:

a) Indicadores de Estrutura:

- 1 Enfermeiro
- 180 horas necessárias para todo o processo de planeamento
- Sala com dimensão suficiente para albergar os alunos, cadeiras
- Computador, colunas, projetor multimédia
- Pulseiras com 5 cores diferentes, cartões com as mesmas 5 cores diferentes
- Vendas para os olhos, folhas de papel verdes e brancas
- 1 balão, canetas
- 1 ovo cru, álcool, 1 prato e 1 garfo
- Modelo de pênis anatómico, um exemplar de todos os tipos de métodos contraceptivos, preservativos masculinos e femininos.

b) Indicadores de Atividade/Processo:

- Realizar quatro sessões de educação para a saúde (com as quatro temáticas diferentes selecionadas através da priorização de necessidades) à população alvo, até ao final de outubro;

Sessões de educação para a saúde realizadas X 100

Sessões de educação para a saúde planeadas

- Que, pelo menos, 80% do número total de alunos das turmas selecionadas estejam presentes em cada uma das sessões de educação para a saúde realizadas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes na sessão n}^\circ \text{ Y}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

- Que, pelo menos, 70% do número total de alunos das turmas selecionadas respondam ao teste de avaliação online.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de alunos que responderam ao teste de avaliação}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

c) **Indicadores de Resultado/Impacto:**

- Que a taxa de estudantes que aumentaram conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis seja pelo menos de 15%.

$$\frac{\text{Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre IST's}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

- Que a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre infeções sexualmente transmissíveis seja pelo menos de 10%.

$$\frac{\text{Número de alunos que adequaram as crenças sobre IST's}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

- Que a taxa de estudantes que aumentaram conhecimentos sobre uso de contraceptivos seja pelo menos de 15%.

$$\frac{\text{Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre uso de contraceptivos}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

- Que a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos seja pelo menos de 10%.

$$\frac{\text{Número de alunos que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$$

- Que a taxa de estudantes que aumentaram conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas seja pelo menos de 15%.

Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas X 100

Nº total de alunos

- Que a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre consumo de substâncias psicoativas seja pelo menos de 10%.

Número de alunos que adequaram as crenças sobre consumo de substâncias psicoativas X 100

Nº total de alunos

- Que a taxa de estudantes que aumentaram conhecimentos sobre consumo sem substância seja pelo menos de 15%.

Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre consumo sem substância X 100

Nº total de alunos

- Que a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre consumo sem substância seja pelo menos de 10%.

Número de alunos que adequaram as crenças sobre consumo sem substância X 100

Nº total de alunos

- Aumentar o uso de contraceptivos dos estudantes;

Número de alunos que usam contraceptivos após a nossa intervenção X 100

Número de alunos que usam contraceptivos antes da nossa intervenção

- Diminuir o consumo de substâncias psicoativas dos estudantes;

Número de alunos que consomem substâncias psicoativas após a nossa intervenção X 100

Número de alunos que consomem substâncias psicoativas antes da nossa intervenção

- Diminuir a dependência sem substância dos estudantes;

Número de alunos com dependência sem substância após a nossa intervenção X 100

Número de alunos com dependência sem substância antes da nossa intervenção

5. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias corresponde à quarta etapa do planeamento em saúde e pressupõe que seja definido um conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1993). Para tal, é importante haver criatividade e inovação.

O contexto escolar é particularmente atrativo e potenciador do desenvolvimento de ações conducentes à aprendizagem de comportamentos. Neste sentido, as estratégias foram orientadas para a aquisição de conhecimentos e adequação de crenças dos estudantes, de modo a futuramente terem uma consciência crítica e um conhecimento informado na hora da tomada de decisão.

Este planeamento foi efetuado recorrendo a reuniões semanais entre o mestrando, o professor responsável pelo estágio e o enfermeiro co-orientador.

As atividades planeadas tiveram como intuito serem apelativas, de modo a sensibilizarem os adolescentes para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis. Consistiram na realização de quatro sessões de educação para a saúde na escola profissional, uma sessão por semana, abordando os diferentes temas selecionados através da priorização das necessidades, sendo eles: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Uso de Contracetivos; Consumo de Substâncias Psicoativas e Dependências Sem Substância.

No planeamento destas sessões foi imperioso a realização de atividades que criassem envolvimento com os estudantes e motivação pelos diferentes temas, ajudando-os na aquisição de conhecimentos (ver as atividades ao pormenor nos planeamentos das sessões nos apêndices IV, V, VI, VII). Deste modo, os métodos utilizados nas diferentes sessões consistiram predominantemente, no método ativo e expositivo, utilizando o data-show, realizando jogos, debates, visualização de vídeos e imagens ilustrativas dos diferentes temas.

É importante ressaltar, uma vez mais, que as sessões de educação para a saúde foram preparadas de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, ou Teoria Sócio-Cognitiva, de Bandura (supra-citada), que defende que o ambiente em que os adolescentes vivem influencia o seu comportamento e que eles, ao adotarem determinado comportamento, também poderão influenciar as pessoas que os rodeiam a adotarem esses mesmos comportamentos (determinismo recíproco). Assim, de acordo com o que diz a teoria, para que os adolescentes adotem comportamentos saudáveis na sua vida, a fim de

prevenirem determinadas patologias, precisam de saber as vantagens de adotarem esses comportamentos e como os podem adotar (capacidade comportamental), assim como, acreditar que terão uma vida mais saudável e que não serão rejeitados pelos amigos/família por causa de quererem adotar comportamentos saudáveis (por exemplo: não fumar, não consumir substâncias ilícitas nem bebidas alcoólicas) (expectativas). É necessário promover uma forte confiança neles próprios para que, cada um, estabeleça a vontade de adotar estilos de vida saudáveis no seu quotidiano (autoeficácia).

6. Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução

Tendo por base Imperatori & Giraldes (1993: 30): *“A elaboração de programas e projetos (...) consiste essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos (...) exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação dos seus responsáveis, a fixação dos objetivos operacionais ou metas (...) tendo em vista adequar os recursos necessários aos recursos existentes e àqueles que é possível conseguir até ao fim do período do plano.”*, surgindo então a 5ª etapa do Planeamento em Saúde e, emergindo de seguida na 6ª etapa de preparação da execução que, segundo os mesmos autores *“A preparação da execução é extremamente importante para bom êxito de um programa ou projeto. Dever-se-á nesta fase especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas e escolher”* (Imperatori & Giraldes, 1993:30).

Assim foi desenvolvido o projeto onde estão patentes os planos de sessão para cada uma das sessões de educação para a saúde realizadas, seguindo os temas definidos na etapa da priorização de necessidades. Nestes planos de sessão estão explícitos os objetivos, a especificação detalhada das atividades, bem como, os recursos humanos e materiais necessários para desenvolver toda a intervenção, no tempo disponível para tal.

Após reunir com a direção da escola, foram-nos cedidas duas horas por semana durante o mês de outubro para a realização das Sessões de Educação para a Saúde, assim como, uma sala provida de data-show, e com dimensão suficiente para juntar as três turmas numa só sessão, de então 120min.

Na preparação da execução, optou-se por:

- Realizar reuniões semanais, para planejar as sessões de educação para a saúde, com o professor coordenador do mestrado e com o enfermeiro co-orientador;
- Elaborar as apresentações em Power-point, criando também atividades, jogos, debates, visualização de filmes, sempre diferentes em cada sessão e consoante o tema abordado, com o intuito de promover a motivação e captar a atenção dos alunos, favorecendo a participação, troca de experiências e conhecimentos, evitando que as sessões fossem monótonas;
- Criar um teste de avaliação de conhecimento e satisfação em formato online, para aplicar à posteriori, no mês de janeiro, aos alunos em questão, com o conhecimento e de acordo com a Prof. Márcia (responsável da escola), que facultará o tempo necessário à realização do mesmo em sala de aula provida por computadores.

7. Execução

No que concerne à fase da execução, esta decorreu no período de setembro a novembro de 2017. Foram então agendadas quatro sessões de educação para a saúde na escola, com os temas definidos na etapa da priorização de necessidades, sendo eles: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Consumo sem Substância; Uso de Contraceptivos; e Consumo de Substâncias Psicoativas. Todas as sessões planejadas foram realizadas conforme o planejado, sem nenhuma intercorrência.

A primeira sessão, foi sobre o tema Infecções Sexualmente Transmissíveis, contou com a colaboração de uma colega do mestrado. Foi realizada em 120 minutos, através de apresentação em Power-Point. Teve início com a realização de um jogo “Jogo das Conquistas”, mesmo antes de apresentarmos o tema da sessão aos alunos, para criar curiosidade, motivação e maior interação. De seguida fomos expondo o tema e a meio da sessão realizamos um outro jogo diferente, com perguntas e respostas, em que os alunos se encontravam de olhos vendados para não se influenciarem pelas respostas dos colegas, dando para perceber melhor as dúvidas, os défices de conhecimentos e as crenças de cada um. Abordou-se o tema do preservativo (masculino e feminino), por ser o único método contraceptivo que protege das IST’s, completando-se com a atividade de demonstração do uso correto e colocação do mesmo (Ver apêndice V).

A segunda sessão foi sobre o tema Uso de Contraceptivos, para dar continuidade ao tema anterior. Foi feita apresentação em PowerPoint com a demonstração simultânea dos vários métodos contraceptivos, dando oportunidade a cada elemento de manusear e visualizar cada um dos métodos. Antes da apresentação foi realizado um jogo – “Jogo da Batata Quente” para avaliar conhecimentos e crenças, para ir introduzindo o tema, tendo como objetivo, também, a motivação e interação da turma (Ver apêndice IV).

A terceira sessão foi sobre o tema Consumo de Substâncias Psicoativas. Teve início com a visualização de um vídeo que ilustra os efeitos do consumo de substâncias psicoativas no organismo. De seguida, a turma foi dividida em dois grupos e foi criado um debate: um grupo representava as pessoas que consomem substâncias psicoativas e o outro grupo representava as pessoas que não consomem, tendo ambos que defender as razões que levam a essa tomada de decisão, sendo que foram conduzidos a comentar o vídeo e abordar os seguintes temas: Consumo de Drogas vs Família; Consumo de Drogas vs Amigos; Consumo de Drogas vs Projeto de Vida. Foi dada continuidade à sessão com recurso ao PowerPoint e a outro vídeo e imagens que ilustram os efeitos do tabaco, drogas e álcool nos principais órgãos: pulmões, cérebro e fígado. À posteriori foi realizada uma experiência em sala de aula: misturar um ovo com álcool e bater, num recipiente, até se observar a gema a endurecer à medida que se vai batendo o ovo, demonstrando-se o que acontece às células de um fígado cirrótico, que também vai ficando endurecido, com a constante ingestão abusiva de álcool. Deu-se continuidade à sessão mostrando-se fotos que ilustram os efeitos do consumo excessivo de substâncias psicoativas na imagem corporal de pessoas famosas. (Ver apêndice VI)

A quarta, e última sessão, teve como tema o Consumo sem Substância. Inicialmente foi abordada a importância e as vantagens da evolução da tecnologia no dia-a-dia dos cidadãos. De seguida, houve a realização individual de um teste de dependência da internet (desenvolvido pela Dra. Kimberly Young, com versão já validada em português) (ver apêndice VII), com breve explicação dos resultados posteriormente, que permitiu a cada aluno ter uma melhor noção da dependência que tem da internet atualmente. Posteriormente houve exposição do tema com recurso ao PowerPoint e a um vídeo que ilustra os efeitos da dependência do consumo sem substância na pessoa/sociedade. Posto isto, foi organizado um debate sobre o uso excessivo das tecnologias e consequência disso a nível pessoal, familiar, no trabalho/escola, e na sociedade: “Será que vivemos sozinhos no meio da multidão?”. À posteriori foram abordados os perigos do uso do telemóvel para a saúde, assim como os perigos da internet, mostrando-se mais um vídeo que aborda este

tema, com exemplos bem atuais e de casos vulgares do dia-a-dia das pessoas (ver apêndice VII).

Todas as sessões tiveram duração de 120 minutos e os alunos foram dispostos na sala em forma de “U” para promover a interação, visualização e diálogo entre todos. Um dos objetivos era proporcionar sessões elucidativas e bastante dinâmicas e motivadoras, que julgo, pelo feedback dos alunos em cada sessão, ter sido atingido esse objetivo. Para todos os temas, foi sempre efetuado um enquadramento com a moda, visto ser a área de maior interesse dos alunos e dando jus ao nome do projeto “Be Fashion, Be healthy!”.

8. Avaliação de Resultados

A última etapa do planeamento em saúde é, segundo Imperatori & Giraldes (1993), a avaliação. Sendo que esta tem como finalidade “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 174), no fundo, pretende corrigir ou melhorar uma atividade em curso ou planear mais eficazmente, muitas vezes originando a reformulação de objetivos, indicadores, estratégias e projetos.

Uma avaliação implica comparar algo com um padrão e, conseqüentemente, corrigir ou melhorar uma atividade em curso ou planear mais eficazmente, para tal há que utilizar a experiência de forma sistemática. “A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993: 174).

Em 1981, a OMS afirmou que a avaliação é um processo composto pela definição do objeto da avaliação; pela verificação da pertinência; pela apreciação da adequação; pelo exame dos progressos; pela apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto; e pela elaboração de conclusões e propostas com vista à ação futura (Imperatori & Giraldes, 1993).

8.1 Indicadores de estrutura, atividade/processo e de impacto/resultado

Chegada a esta fase, procede-se à avaliação da intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos temas trabalhados junto dos adolescentes da escola profissional. Para tal, será analisado o cumprimento dos objetivos e a resposta aos indicadores de estrutura, atividade e de resultado da atividade, previamente definidos.

Relativamente aos indicadores de estrutura, a escola disponibilizou a sala, cadeiras e projetor multimédia. As colunas e computador portátil foram os pessoais. Quanto ao modelo anatómico do pénis e os preservativos, masculinos e femininos, foram fornecidos pela UCC. As vendas para os olhos foram os próprios alunos que as elaboraram nas aulas de costura, com tecidos fornecidos pela própria escola. As canetas também foram pedidas com antecedência e cada aluno fez-se acompanhar de uma. Os custos relativos aos restantes materiais necessários: pulseiras, papel colorido, ovo, garfo, prato, álcool, balão foram suportados pela própria. Quanto aos modelos dos restantes métodos contraceptivos foram emprestados pela UCP.

Os resultados dos indicadores de atividade/processo encontram-se descritos no quadro abaixo.

Nome	Fórmula	Meta	Resultado
Realizar quatro sessões de educação para a saúde por turma, até ao final de outubro	$\frac{\text{Sessões de educação para a saúde realizadas}}{\text{Sessões de educação para a saúde planeadas}}$	4	100%
Que 80% do número total de alunos das turmas selecionadas estejam presentes em cada uma das sessões de educação para a saúde realizadas	$\frac{\text{Nº de alunos presentes na sessão nº1}}{\text{Nº total de alunos das turmas selecionadas}}$	80%	97,4%
	$\frac{\text{Nº de alunos presentes na sessão nº2}}{\text{Nº total de alunos das turmas selecionadas}}$	80%	100%
	$\frac{\text{Nº de alunos presentes na sessão nº3}}{\text{Nº total de alunos das turmas selecionadas}}$	80%	94,8%
	$\frac{\text{Nº de alunos presentes na sessão nº4}}{\text{Nº total de alunos das turmas selecionadas}}$	80%	89,7%

Quadro nº 2 - Indicadores de Processo do Projeto

Perante estes resultados pode-se afirmar que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados com sucesso, sendo que as metas propostas foram largamente atingidas. Houve sem dúvida, uma adesão muito grande por parte dos alunos às Sessões de

Educação para a Saúde, demonstrando em cada uma e, para cada tema, interesse, motivação e gosto por participar e aprender.

Ainda de acordo com os mesmos autores, anteriormente referidos, na fase de avaliação, haverá que distinguir entre a avaliação a curto prazo, só possível através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores de impacto ou resultado (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

Os resultados obtidos da avaliação do questionário após a intervenção encontram-se descritos numa tabela comparativa de diagnósticos, antes e após a intervenção, que se encontra disponível no apêndice VIII.

Em baixo, estão descritos os ganhos em saúde desta comunidade, comparando-se as metas traçadas com os resultados obtidos, explicando-se a fórmula de cálculo, que deu origem aos resultados apresentados.

Nome	Fórmula	Meta	Resultado
Que, pelo menos, 70% do número total de alunos das turmas selecionadas respondam ao teste de avaliação online	$\frac{\text{Nº de alunos que responderam ao teste de avaliação}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$ $(34/38) \times 100$	70%	90%
Que aumente em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre infeções sexualmente transmissíveis dos estudantes.	$\frac{\text{Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre IST's}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$ AI:39,4% DI: 17,6%	15%	22%
Que aumente em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre infeções sexualmente transmissíveis.	$\frac{\text{Número de alunos que adequaram as crenças sobre IST's}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$ AI:40% DI: 20,5%	10%	20%
Que aumente em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre uso de contraceptivos nos estudantes.	$\frac{\text{Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre uso de contraceptivos}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$ AI:24,2% DI: 11,8%	15%	12%

<p>Que aumente em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos.</p>	<p>Número de alunos que adequaram as crenças sobre uso de contraceptivos</p> <hr/> <p>Nº total de alunos</p> <p>X 100</p> <p>AI:18,2% DI: 17,6%</p>	<p>10%</p>	<p>1%</p>
<p>Que aumente em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas dos estudantes.</p>	<p>Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre consumo de substâncias psicoativas</p> <hr/> <p>Nº total de alunos</p> <p>X 100</p> <p>AI:30,3% DI: 26,5%</p>	<p>15%</p>	<p>4%</p>
<p>Que aumente em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas.</p>	<p>Número de alunos que adequaram as crenças sobre consumo de substâncias psicoativas</p> <hr/> <p>Nº total de alunos</p> <p>X 100</p> <p>AI: 33,3% DI: 38,2%</p>	<p>10%</p>	<p>0%</p>
<p>Que aumente em, pelo menos, 15% a taxa de conhecimentos sobre consumo sem substância nos estudantes.</p>	<p>Número de alunos que aumentaram conhecimentos sobre consumo sem substância</p> <hr/> <p>Nº total de alunos</p> <p>X 100</p> <p>AI:57,7% DI: 20,5%</p>	<p>15%</p>	<p>37%</p>
<p>Que aumente em, pelo menos, 10% a taxa de estudantes que adequaram as crenças sobre o consumo sem substância.</p>	<p>Número de alunos que adequaram as crenças sobre consumo sem substância</p> <hr/> <p>Nº total de alunos</p> <p>X 100</p> <p>AI:60,6% DI: 50%</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>

Quadro nº 3 - Indicadores de Resultado do Projeto

Legenda: AI – Antes da Intervenção; DI – Depois da Intervenção

Os indicadores de impacto pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77), ou seja, medem-se em termos de ganhos em saúde obtidos, logo estes não podem ser avaliados a curto prazo, pelo risco do conhecimento não ser refletido e assimilado (Tavares, 1992). Como tal, estes foram avaliados em janeiro de acordo com as metas definidas, após a realização de um questionário de avaliação de conhecimentos e de satisfação, após a intervenção (apêndice IX).

No entanto, importa ressaltar que, mesmo assim, se trata de uma avaliação precoce, mas que, devido ao tempo limitado do estágio não deu para ser mais tardia. Por este motivo, não é possível apurar o verdadeiro impacto do projeto ao nível da alteração de comportamentos do grupo alvo, no entanto, visto que este projeto vai ter continuidade pela equipa de saúde escolar da UCC, poderão ser avaliados mais tarde, e os temas poderão ser trabalhados mais a fundo.

Através da análise da tabela acima, pode-se verificar que, nem todas as metas previamente definidas foram alcançadas, indo de acordo com o que foi dito anteriormente.

Houve uma adesão de respostas ao questionário de avaliação de 90%, superando a meta traçada.

Ao nível do conhecimento sobre os diversos temas, as metas definidas eram de um aumento de, pelo menos 15%, tendo sido alcançadas nos temas da Dependência Sem Substância (37%) e das IST (22%); no que diz respeito ao Uso de Contracetivos (12%) e Dependência de Substâncias Psicoativas (4%) os resultados ficaram abaixo das expectativas. Quanto à adequação de crenças as metas de um aumento de 10%, foram atingidas com sucesso nos temas das IST (20%) e Dependência Sem Substância (10%), ficando por atingir nos outros dois temas.

Com estes resultados podemos aferir que os temas do Consumo de Substâncias Psicoativas e o seu risco, assim como, o tema do Uso de Contracetivos poderão ser temas a abordar novamente no contacto futuro para obtenção de melhores resultados.

8.2 Análise Crítica

Para realização deste projeto, foram escolhidos os alunos do primeiro ano de uma escola profissional, para que pudéssemos dar continuidade às restantes etapas do projeto, com a

mesma população-alvo, visto constituir uma dificuldade iniciar o diagnóstico de situação na fase final do ano letivo escolar.

No âmbito geral, podemos considerar, comparando estes resultados com os presentes nos dados estatísticos nacionais e internacionais, que esta comunidade escolar não se encontra num patamar de risco demasiado elevado nas diferentes áreas em estudo. No entanto, há áreas que se salientam como focos de atenção, tal como, as dependências sem substâncias e com substância e alguns temas inerentes à sexualidade e afetos.

A metodologia aplicada foi a do planeamento em saúde, uma vez que na área da saúde o planeamento “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações” (Tavares, 1990: 37).

A presente tese, representa um trabalho que advém de uma intervenção na comunidade que visou o empoderamento dos adolescentes para tomadas de decisões saudáveis, relativamente às temáticas abordadas e anteriormente descritas.

Esta intervenção incluiu um total de 38 alunos de uma escola profissional, na sua grande maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, que atualmente se encontram a frequentar o 2ºano letivo.

Não posso deixar de realçar o acolhimento e a total disponibilidade da Direção da Escola em todo o processo que envolveu este projeto. Foi tudo programado harmoniosamente e com grande interesse e motivação de ambas as partes.

Este projeto “Be fashion, Be healthy!” teve início com a elaboração de um Diagnóstico de Situação de Saúde, aos adolescentes em questão. Para tal foi criado um instrumento de recolha de dados, um questionário online, que permitiu identificar problemas e determinar necessidades destes indivíduos, revelando-se como um elemento essencial para a realização do estágio. Ao passar da teoria à intervenção valorizei ainda mais a importância deste instrumento de recolha de dados, sendo que seria uma das coisas que faria de modo diferente, caso aplicasse novamente este projeto. É essencial que o instrumento de recolha de dados, neste caso, o questionário, tenha o foco de atenção bem definido. Que cada questão seja oportuna e com objetivos de diagnóstico já assumidos, para que não seja “massudo” de preencher. Se fosse a reformular o questionário colocaria menos questões e mais objetivas.

Por se tratar de um estágio em contexto comunitário, in loco, tornou-se uma experiência enriquecedora do ponto de vista da diversidade de experiências que proporcionou, fundamental para o meu processo formativo e para a minha prestação de cuidados daqui em diante. Contribuiu para a minha capacidade de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde (elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde, definição prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução das atividades e avaliação), e de facilitar o processo de capacitação de grupos e comunidades, indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Relativamente às metodologias mais usadas nas sessões (ativa e participativa), verificou-se que estas fomentaram a participação e interação entre todos os intervenientes da sessão, facilitando todo o processo. Segundo Boné & Bonito (2014) “A comunicação é um processo universal entre os seres humanos, através do qual se adquire a cultura envolvente, se partilha informação e atua intencionalmente com o objetivo de influenciar o comportamento dos outros.” Da minha parte, houve a preocupação de mostrar empatia para com os adolescentes; de adequar a linguagem e terminologia científica para que fosse de fácil perceção para eles; de tornar os conteúdos da sessão relevantes, ligando-os a situações do quotidiano e com exemplos dos seus meios envolventes; criar feedback com o ponto de vista pessoal de cada um; e enriquecer as sessões com atividades diferenciadas, que quebrem a monotonia e levem à motivação e participação. Considero que foi alcançada uma boa partilha de conhecimentos e clarificação de ideias e dúvidas. De acordo com o PNS (2012-2016) “Ganhos Potenciais em Saúde (GPS) são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.”, por si só as problemáticas que foram abordadas levam-nos de encontro com esta ideologia.

Á luz da Teoria de Bandura, ao terem sido transmitidas informações a estes adolescentes, muitos deles poderão transmitir esses conhecimentos a outros pares, sendo que, podem tornar-se um grupo que direta ou indiretamente contribuirão para evitar comportamentos e hábitos de risco, relacionados com os temas abordados, na sociedade.

No que se refere aos indicadores de processo foram atingidos com sucesso, considerando terem sido corretas as estratégias seleccionadas.

Contudo não posso deixar de referir as dificuldades sentidas no decorrer do estágio, nomeadamente pelo facto de ser a primeira vez que realizei um estudo desta natureza, e

como tal, a pouca experiência em contexto de Metodologia do Planeamento em Saúde associada à limitação temporal do estágio, que impediu um aprofundar de conhecimentos sobre estes adolescentes e a reavaliação dos dados, conhecimentos e comportamentos obtidos com a intervenção. Ou seja, dado o período reduzido de Estágio, não foi possível, por exemplo, reformular a recolha de dados como gostaria de ter feito, nem dar continuidade no acompanhamento destes adolescentes para verificação/confirmação da alteração, ou não, de comportamentos de risco, a médio/longo prazo. Como a evidência científica demonstra, para haver ganhos em saúde é necessário a informação ficar armazenada na memória a longo prazo, sendo esta a que vai permitir aos adolescentes tomarem decisões mais cedo ou mais tarde, com base no conhecimento que obtiveram destas sessões de promoção da saúde. Neste sentido, o trabalho até aqui realizado, vai ser continuado pelo enfermeiro responsável pela Saúde Escolar da UCC, para uma posterior avaliação de ganhos em saúde.

Deixo como sugestão o aumento do período de estágio de diagnóstico e intervenção, em prol do estágio opcional, sendo que é nestes campos de estágio que adquirimos mais competências como enfermeiros especialistas em saúde comunitária.

Em síntese, com o curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, emerge a necessidade de trabalhar numa perspetiva de cuidados com a comunidade, garantindo ensinamentos e cuidados de proximidade nos locais onde o indivíduo vive, estuda e/ou trabalha. É necessário contribuir para a mudança de comportamentos, e centrar os nossos cuidados na Promoção da Saúde, nas pessoas e não na doença como por vezes acontece. É urgente ponderar que é muito mais económico fazer uma boa prevenção e promoção da saúde, em vez de fazer tratamento da doença, havendo assim necessidade de se investir mais nesta área. Só com esta perspetiva se poderão obter ganhos futuros em saúde, sem que as pessoas tenham, até, que passar pela doença.



Capítulo III – Outras Experiências

Este capítulo está dividido na descrição de dois contextos vividos em duas áreas de enfermagem diferentes da então relatada nos capítulos anteriores.

Este curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária proporcionou-me a possibilidade de fazer um módulo de estágio opcional. A minha escolha incidiu numa Unidade de Saúde Familiar com o intuito de compreender melhor o contexto da saúde familiar, nomeadamente na forma como o enfermeiro desta área de especialidade, que está ainda em consolidação, direciona a sua intervenção na saúde juvenil. Face a esta experiência, o capítulo contém uma pequena referência ao enquadramento metodológico, à contextualização do local de estágio escolhido, explica o procedimento de recolha de dados e descreve o estudo de caso realizado a uma família, com apresentação de diagnósticos, algumas sugestões de possíveis intervenções e uma pequena análise reflexiva.

De igual modo, o curso também me proporcionou a integração numa equipa de investigadores que colocam em prática um projeto inovador na área da enfermagem comunitária – O MAIEC (Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário) – a comunidade como cliente dos enfermeiros. Assim, será descrita a metodologia do projeto, abordando a atividade diagnóstica, resultados e análise dos mesmos, sendo dada previamente uma contextualização do projeto e do Modelo em si.

1. O Contexto da Saúde Familiar

O Homem não sobrevive sozinho, necessita de viver em grupo e em sociedade, existindo sempre por detrás uma família que constitui o primeiro grupo social com que o ser humano se depara, constituindo o pilar da sociedade (CRUZ, 2005).

Antigamente o conceito de família estava associado ao núcleo familiar, ou seja, a um casal que vive com os seus filhos biológicos e até com os pais. Atualmente a família é assumida de um modo mais abrangente, existe hoje uma diversidade de tipos de famílias com estruturas próprias, associadas não só às alterações nos papéis de género, mas também na diversidade de interações conjugais e nos processos de reorganização familiar.

Todos os indivíduos pertencem a uma família, mesmo que não a conheçam. Por isso o conceito de família tem uma multiplicidade de definições. Para Relvas (2002, p.31) *“a história da família tem assim um princípio que se não vislumbra, e um fim sem final, que não se adivinha, mas está lá, contendo e orientando a vida familiar.”*

Podemos dizer que a preocupação com a família no cuidar em enfermagem vem já do século XIX quando Florence Nightingale enviava cartas às famílias dos soldados feridos para lhes dar conta da situação de saúde destes. O indivíduo existe sempre enquadrado numa família, que para além do nome que lhe confere, lhe dá a sua identidade e o insere na sociedade da qual a família faz parte.

As famílias são unidades com energia e capacidade de se auto-organizarem, o espaço em que ocorrem as mudanças de comportamento dos indivíduos, pelo que deve ser também o local que o enfermeiro comunitário deve privilegiar, ajudando-os na tomada de decisão sobre a promoção da sua saúde com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e na obtenção de ganhos em saúde (RELVAS, 2002; ALARCÃO, 2002). Assim, o enfermeiro comunitário ajuda as famílias a consciencializarem-se dos seus problemas e a desejarem uma alteração no seu modo de vida com o intuito de atingirem um equilíbrio saudável da sua família.

Segundo Figueiredo (2012) a família *“é todo e partes ao mesmo tempo (...) Não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetarà quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.”* É na família que o indivíduo toma decisões importantes sobre a sua saúde. Por tudo isto se denomina a família como a unidade chave da promoção de estilos

de vida saudáveis, cujo objetivo primordial está na obtenção de mais e melhor saúde (OE, 2011).

“Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas” (FIGUEIREDO, 2009 p.32).
“Tornando-se impreterível a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição” (FIGUEIREDO, 2009 p.32).

Para mencionarmos Saúde Familiar, é importante defini-la, assim, segundo HANSON, (2005 p.7) *“A saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar.”*. HANSON, (2005 p.7) expõe conjuntamente que a *“avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar”*.

Atendendo ao preconizado pela (OE, 2009 p. 37), *“a enfermagem de saúde familiar surge como área do conhecimento especializado e de competências específicas, cujo alvo de intervenção é a família como unidade de cuidados, em que o enfermeiro de família promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.”*.

O enfermeiro comunitário tem como finalidade na sua prestação de cuidados a autonomia do sistema familiar, apoiando as suas intervenções numa parceria com a família, para que deste modo consiga capacitá-las tanto ao nível das competências como ao nível da autonomia. Para isso o enfermeiro terá de respeitar as suas decisões e os ritmos de aprendizagem de cada família (CORREIA et al, 2001). A enfermagem de família tornou-se assim uma área específica dentro da enfermagem, fazendo-se uma abordagem da família através de um pensamento sistémico, compreendendo todos os fatores que fazem parte da família (HANSON, 2005).

Em Portugal, os CSP abrangem um papel fundamental pois incluem todos os serviços que estejam relacionados com a saúde: rendimentos, alojamento, educação, ambiente social e cuidados primários, isto é, o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões.

A Organização Mundial de Saúde refere, regularmente, a importância da necessidade dos Sistemas de Saúde reforçarem os recursos na área dos Cuidados de Saúde Primários, pois estes são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos,

as famílias e a comunidade, beneficiando dos cuidados de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Em 2005, com o início da reforma dos CSP em Portugal, através do Decreto-Lei nº 88/2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), consideradas então, como matriz organizativa dos CSP.

O desafio primordial seria a transição de uma organização vertical em pirâmide dos CSP para um modelo em rede de equipas autónomas e interdependentes, com gestão simplificada e orientada para a obtenção de resultados concretos de ganhos em saúde para a população, valorizando-se o trabalho em equipa (Ramos, 2009; Biscaia et. al, 2005).

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), cuja intenção era coordenar e acompanhar a reestruturação dos CS e implementação das USF, que como refere Pisco (2011), teve a responsabilidade de conduzir uma profunda reconfiguração nos CSP.

No despacho nº 10942/2005 de 21 de abril, foi criado um grupo técnico da reforma dos CSP que elaborou um documento definindo as “Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” datado de janeiro de 2006, que abrangeram oito áreas alvo de medidas a adotar: Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; Implementação de unidades de saúde familiar; Reestruturação dos serviços de saúde pública; Outras dimensões da intervenção na comunidade (participação comunitária); Implementação de unidades locais de saúde; Desenvolvimento dos recursos humanos; Desenvolvimento do sistema de informação; Mudança e desenvolvimento de competências (DGS, 2006).

Estas intervenções prioritárias conduzem ao aperfeiçoamento da contratualização, à racionalização da rede hospitalar e de CSP com o objetivo de melhorar a acessibilidade, aumentar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais, aumentar a qualidade técnico-científica e a continuidade dos cuidados e a melhoria da eficiência (Ramos, 2009). Pois, com uma melhor organização e gestão e com o aumento da cobertura populacional aos CSP, que prima pela promoção da saúde e prevenção das doenças além de englobar o tratamento e a referenciação, devem-se alcançar melhores resultados de saúde (Barros, 2009).

Assim, a nova arquitetura organizacional em rede dos CSP que engloba os agrupamentos dos CS (ACES), criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 28 de fevereiro de 2008, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada

área geográfica, visando a eficiência e economia de escala, através da agregação de recursos e estruturas de gestão (Pisco, 2011).

As unidades funcionais dos ACES com autonomia administrativa incluem: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O Relatório Primavera de 2011 refere que a reforma dos CSP a nível nacional continua a ser um acontecimento extraordinário para o panorama da saúde e administração pública portuguesa, tendo em conta a relação custo-eficácia, sendo que tem desempenhado um papel essencial no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde aos cidadãos/famílias. Acrescenta ainda que a utilização racional dos recursos e o maior controle dos custos, comprovados pela eficiência e eficácia das USF, tem reconhecimento explícito pelo Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado pelo Governo e pela Comissão Europeia na medida em que torna evidente a necessidade de se constituírem mais USF (OPSS, 2011).

Assim é reconhecido o papel importante do enfermeiro de família na produção dos ganhos em saúde e no grau de satisfação dos utentes e famílias (MCSP, 2008). Nesta perspetiva, o novo modelo de organização dos CSP prevê para cada família cuidados de enfermagem efetivados por um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados nos eixos da promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Com a necessidade de definir a metodologia do trabalho do enfermeiro de família, surge a definição das competências e certificação das mesmas pela OE (MCSP, 2008). Neste sentido, a OE já tem regulamentado o programa formativo da especialidade de enfermagem de Saúde Familiar, dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Familiar, e ainda, a adoção do MDAIF como referencial em Saúde Familiar. É fundamental uma aposta vigorosa na formação em enfermagem de saúde familiar que possa ser expressamente refletida no terreno, pois como afirma Figueiredo (2006) quanto mais se envolve o sistema familiar nas intervenções em saúde, em detrimento de uma ação fragmentada e dicotomizada do indivíduo, melhores são os resultados em saúde para as famílias. E face ao contexto atual de crescentes dificuldades socio-económicas, onde é preciso maximizar os resultados com eficiência, torna-se essencial repensar estratégias que deem respostas efetivas às necessidades de saúde das populações.

Neste sentido, a reforma dos CSP a nível nacional revela-se um meio importante para a promoção do enfermeiro de família bem como para a saúde das famílias portuguesas. Trabalhando tanto em autonomia como em colaboração com outros profissionais, os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde com maior destaque na prestação de CSP, pois promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde. Assim, a prática da enfermagem apresenta um papel fundamental nos CSP devido à formação e experiência dos enfermeiros, assim como, do ambiente onde trabalham, pois os enfermeiros prestam serviço onde se encontram as pessoas: nas casas, locais de trabalho, escolas, clínicas de saúde e bem-estar, prisões e outros contextos comunitários, assim como em hospitais e centros de investigação.

A OMS em 2000, na Conferência de Munique introduz o conceito de enfermeiro de saúde familiar e a sua posição na equipa multidisciplinar. Por seu lado em fevereiro de 2011, a OE aprova o regulamento das competências do Enfermeiro especialista em Saúde Familiar. Os CSP com o enquadramento legislativo atual assumiram um modelo de saúde voltado para os cuidados de proximidade prestados tanto pelas UCSP como pelas USF'S, em que como objetivo primordial têm a manutenção e a promoção da melhoria do estado de saúde das pessoas com a integração dos contextos sociofamiliares, baseando-se na medicina geral e familiar e na enfermagem de família. O enfermeiro de família é então responsável por um conjunto de famílias, em que intervém ao nível da promoção da saúde e da prestação de cuidados, tanto no seio da família como da comunidade em que estão inseridos.

1.1 Contextualização do local de estágio

A escolha do local de estágio, correspondente ao módulo III, resultou de uma opção pessoal e desenvolveu-se no período entre 6 de novembro de 2017 e 11 de janeiro de 2018, numa USF, totalizando 180 horas. Fazia todo o sentido conhecer uma realidade diferente da anteriormente vivenciada nos módulos I e II, para poder enriquecer mais o projeto a desenvolver. Nos módulos anteriores, a realidade estudada foi em contexto escolar, neste módulo, numa realidade de cuidados de saúde primários – Unidade de Saúde Familiar.

Assim, este contexto de saúde familiar permitiu entender a intervenção do enfermeiro numa área de especialidade que está ainda em consolidação, mas que se integra na

especialidade de enfermagem comunitária, permitindo avaliar de que forma são abordadas e trabalhadas as áreas de atenção nos jovens, nomeadamente as temáticas centrais deste projeto, em contexto de consulta individualizada quer de saúde juvenil, saúde familiar e planeamento familiar.

Para uma melhor contextualização do local de estágio, importa referir que com a reconfiguração dos Centros de Saúde, estabelecida pelo DL n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

A Unidade de Saúde Familiar (USF) consiste numa pequena unidade funcional multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Configura um modelo organizacional flexível e devem estar integradas em rede com as outras unidades funcionais do ACES. A USF onde se desenvolveu o estágio é de Modelo B desde 2015, e está inserida no ACeS do Porto.

1.2 O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial

No caminho a percorrer para a efetivação e consolidação de cuidados de enfermagem centrados na família enquanto unidade, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), surge em resposta à necessidade de abordagem sistémica à família, com enfoque num estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2009; 2012). Este Modelo sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico. Foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos CSP e representa assim, uma ferramenta fundamental para orientar e apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros no seu trabalho junto com as famílias (Figueiredo, 2009).

Sob proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC), o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros deliberou, em reunião de 07 de dezembro de 2011, adotar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar.

O MDAIF tem na base da sua estrutura algumas teorias, dentre as quais, a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana. Articula pressupostos dos Modelos de Calgary, com uma linguagem comum, integrando os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE à luz de pressupostos do pensamento sistêmico (Figueiredo, 2012).

A avaliação familiar, no âmbito do MDAIF, centra-se em áreas de atenção relevantes em enfermagem de saúde familiar, operacionalizada por uma estrutura multidimensional centrada nas dimensões da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar.

A estrutura operativa do MDAIF, de cariz dinâmico, flexível e interativo, permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando-as com maior rigor (Figueiredo, 2009).

A implementação deste Modelo em diversos contextos dos Cuidados de Saúde Primários tem sido percecionada como promotora de uma prática de enfermagem fundamentada em pressupostos que reconhecem a complexidade do sistema familiar, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, maximizadora do potencial do exercício profissional do enfermeiro de família. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

É um modelo que se constitui como um instrumento de trabalho na consolidação dos percursos de cuidados com as famílias, promotores da sua capacitação ao longo do ciclo vital. Os conceitos centrais do MDAIF englobam Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família.

De acordo com Figueiredo (2009; 2012) a Família é um sistema aberto e relacional que se caracteriza fundamentalmente por vínculos afetivos, assumindo características de globalidade, equifinalidade e auto-organização. É representada como todo e partes em simultâneo, sendo o todo maior que a soma das partes. Qualquer alteração afetará as partes e o todo, convergindo na mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Nos diversos contextos nos quais se insere, a família incorpora valores, conhecimentos e

práticas que vão evoluindo conforme as suas finalidades e funções perante as necessidades vivenciadas ao longo do seu ciclo de vida.

A Saúde Familiar é entendida como um estado subjetivo cujo processo dinâmico de ajustamento, é mediado pelos processos adaptativos inerentes às mudanças advindas das transições normativas e acidentais (Charepe & Figueiredo, 2011; Figueiredo, 2012). Figueiredo (2012) realça ainda a reciprocidade entre o nível de saúde de uma família e as práticas de saúde de cada um dos elementos, que possibilita a co-evolução e conduz a um equilíbrio familiar no bem-estar físico, espiritual, psicológico, social e cultural.

No que concerne ao Ambiente Familiar, Figueiredo (2012) refere que “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes” (p. 68), tais como microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema e cronosistema. Refere que esses níveis estruturais se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade.

Os Cuidados de Enfermagem à Família centram-se, portanto, na interação entre enfermeiro e família, com base numa consolidada relação terapêutica, que tem por finalidade colaborar na capacitação da família auxiliando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde e na resolução dos seus problemas. Sendo o enfermeiro facilitador da co-construção de soluções para os problemas identificados em cada fase do ciclo vital das famílias (Figueiredo, 2012).

Os pressupostos, os princípios e as proposições integrados no MDAIF, norteiam o processo de enfermagem e ajudam na melhor compreensão do enquadramento deste estudo, considerando mais uma vez os CSP como contexto de excelência para a prestação dos cuidados de enfermagem à unidade familiar.

No que diz respeito às definições que integram os postulados do MDAIF, as mesmas são compostas pela dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional. Em cada dimensão do Modelo, para além das áreas de atenção, estão presentes os dados avaliativos que dão forma à matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2009).

O enfermeiro deve ter a capacidade de adaptar esta avaliação a cada família pois nem todas as áreas de atenção e os seus itens deverão ser obrigatoriamente avaliados.

1.2.2 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Avaliação Familiar

A avaliação centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões de avaliação (Figura nº 6), que se constitui como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

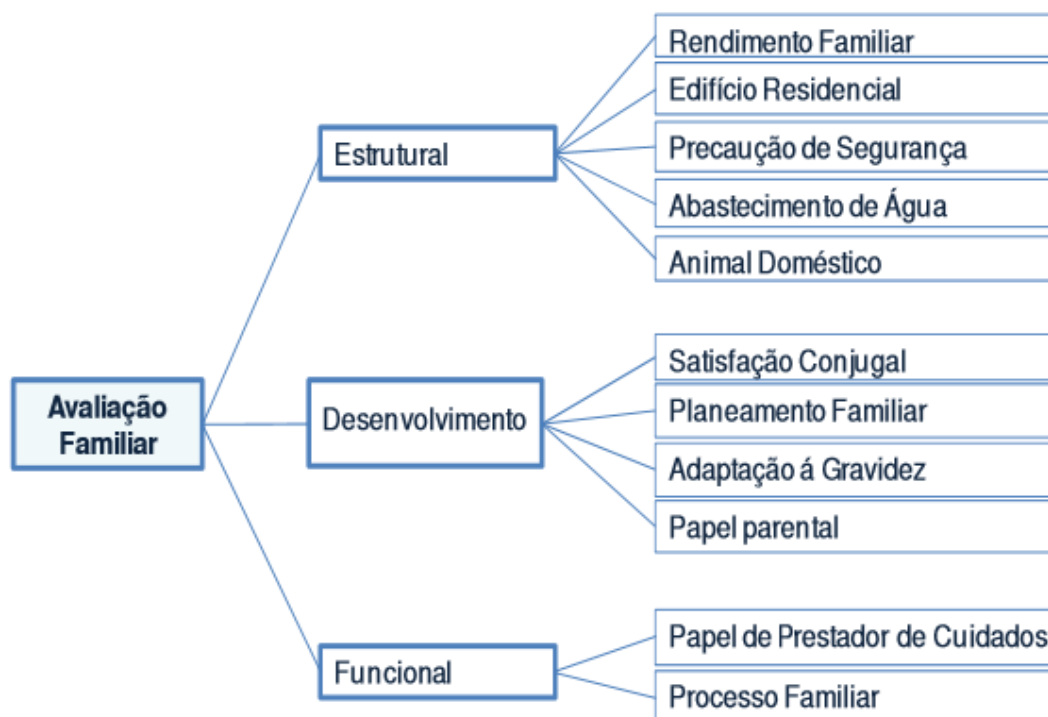


Figura nº 6 – Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliativos

Fonte: Figueiredo (2012, p. 104)

a) – Avaliação Estrutural

Esta dimensão incide sobre a estrutura da família, com o intuito de identificar a composição da mesma e os vínculos existentes com outros subsistemas, como a família alargada e os sistemas amplos e, ainda, aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde.

Os dados avaliativos desta dimensão reportam-se a itens de caracterização da família, que complementam a compreensão da sua estrutura, tornando-se essenciais para uma avaliação integradora e contextual, embora alguns deles possam também direcionar para o aprofundamento da avaliação, no processo de atividade diagnóstica (Figueiredo, 2009).

Nesta dimensão, o modelo engloba os seguintes dados de caracterização: Composição da família, tipos de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistemas de abastecimento e ambiente biológico. Para compreender melhor a forma como cada dado de caracterização é avaliado pode consultar a matriz operacional na integra no anexo V.

Algumas das categorias de caracterização descritas anteriormente, interligam-se às áreas de atenção, sendo que algumas situações necessitam de uma avaliação singular. Estes dados mais específicos designam-se como dimensões das áreas de atenção, e estão sintetizadas no quadro apresentado a seguir.

Áreas de Atenção	Dimensões
Rendimentos Familiares	Conhecimento e capacidade da família sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
Edifício residencial	Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Conhecimento sobre governo da casa Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
Precaução de Segurança	Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Conhecimento sobre utilização de equipamento de gás Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas
Abastecimento de Água	Conhecimento sobre controlo da qualidade da água Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Animal Doméstico	Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Conhecimento sobre serviços da comunidade Conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico

Quadro nº 4 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão estrutural

b) – Avaliação de Desenvolvimento

A avaliação de desenvolvimento dá-nos a possibilidade de compreender os fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. O entendimento do contexto de desenvolvimento do sistema familiar, implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso presumível para todas as famílias, sendo este, no entanto, específico e exclusivo de cada família (Figueiredo, 2012).

A compreensão deste percurso possibilita planear cuidados antecipatórios, com o intuito da promoção da capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental para se enquadrar os cuidados de enfermagem direcionados à família (Figueiredo, 2012).

As etapas do ciclo vital adotadas neste modelo foram as definidas por Relvas (1996): formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. A identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face a este contexto.

Foram definidas áreas de atenção transversais a todas as etapas e, para cada uma das áreas de atenção, foram descritas as respetivas dimensões conforme ilustra o Quadro nº 5, que permitem uma avaliação aprofundada e globalizante das necessidades familiares ao nível da sua dimensão de desenvolvimento.

Áreas de Atenção	Dimensões
Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica do casal Comunicação do casal Interação Sexual Função Sexual
Planeamento Familiar	Uso de Contraceptivo Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Conhecimento sobre Reprodução Fertilidade
Adaptação à Gravidez	Conhecimento do casal Comunicação Comportamentos de adesão
Papel Parental	Conhecimento do Papel Comportamentos de adesão Adaptação da Família à Escola Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel

Quadro nº 5 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão de desenvolvimento

c) – Avaliação funcional

Nesta etapa são avaliados os padrões de interação familiar, integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva. A dimensão instrumental refere-se às atividades quotidianas da família, enquanto a dimensão expressiva enfatiza as interações entre os membros da família, objetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que juntamente com as restantes áreas, permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional (Figueiredo, 2012).

As áreas de atenção na avaliação funcional centram-se no:

- Papel de Prestador de Cuidados, que enfatiza a dimensão instrumental do funcionamento familiar, avaliando as dimensões consensuais do exercício do papel de prestador de cuidados e dos papéis familiares, assim como, dos conflitos e saturação dos papéis;
- Processo Familiar, que destaca a dimensão expressiva, tomando como áreas de atenção a comunicação familiar; o coping familiar; a interação de papéis familiares; a relação dinâmica e as crenças familiares. Neste processo, é integrada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (anexo IV), que permite identificar eventos familiares geradores de stresse, assim como um entendimento globalizante e orientador, face às restantes dimensões familiares.

1.2.3 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: diagnósticos

Após a análise dos dados obtidos na interação com as famílias surgem os conjuntos de diagnósticos que correspondem à identificação das forças das famílias em conjugação com as necessidades ou problemas detetados, tendo em conta a complexidade, intersubjetividade e contextualidade das mesmas (Figueiredo, 2012, pag. 134).

Estas necessidades identificadas são enunciadas a partir de critérios pré-definidos de forma a obterem informações para a sua formulação.

Para melhor compreensão no quadro que se segue, são apresentados os diagnósticos e subconjuntos diagnósticos definidos para cada dimensão familiar.

Dimensão Familiar	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimento familiar insuficiente - Edifício residencial Não Seguro/Negligenciado - Precaução de Segurança Não Demonstrada - Abastecimento de Água Não Adequado - Animal Doméstico Negligenciado
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação Conjugal Não Mantida Relação Dinâmica do casal Disfuncional Comunicação do Casal Ineficaz Interacção Sexual Não Adequada Função Sexual Comprometida
	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento Familiar Ineficaz Uso de contraceptivo Não Adequado Conhecimento sobre Vigilância Pré-concepcional Não Demonstrado Conhecimento sobre Reprodução Não Demonstrados Fertilidade Comprometida
	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação à Gravidez Não Adequada Conhecimento Não Demonstrado Comunicação Ineficaz Comportamentos de Adesão Não Demonstrados
	<ul style="list-style-type: none"> - Papel Parental Não Adequado Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamentos de Adesão Não Demonstrados Adaptação da Família à Escola Ineficaz Consenso do Papel Não; Conflitos do Papel ; Saturação do Papel
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamentos de Adesão Não Demonstrados Consenso do Papel Não; Conflitos do Papel; Saturação do Papel
	<ul style="list-style-type: none"> - Processo Familiar Disfuncional Comunicação Familiar Ineficaz Coping Familiar Ineficaz Interacção de Papéis Ineficaz Relação Dinâmica Disfuncional

Quadro nº 6 – Diagnósticos e Subconjuntos Diagnósticos

Assim, consoante os diagnósticos validados com a família, devem ser planeadas intervenções conducentes à mudança, mas de modo a que as famílias percecionem essas mudanças como viáveis para, assim, se comprometerem mais fielmente com o plano, conduzindo a maior ganho em saúde familiar inevitavelmente.

1.3 O Estudo de Caso de uma Família em contexto de uma Unidade de Saúde Familiar

Neste contexto, de modo a aplicar o MDAIF, foi então escolhida uma família aleatoriamente, com uma única condição: um dos membros ser adolescente, para enquadrar na restante temática do projeto.

1.3.1 Procedimento de Recolha de Dados

Neste contexto de estágio foi pedido então um estudo de caso de uma família que pudesse integrar no tema do projeto a desenvolver nos módulos de estágio anteriores, usando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Assim, o instrumento utilizado foi a matriz operativa do MDAIF. Os dados recolhidos reportaram-se às áreas de atenção do MDAIF, às suas dimensões operativas bem como aos seus itens avaliativos, integrando a documentação relativa à avaliação e intervenção familiar, que para isso conta com a aplicação dos seguintes instrumentos: genograma, ecomapa, apgar familiar, escala de Graffar e escala de FACES II.

O Genograma é um diagrama visual da árvore genealógica da família, onde são salientados os acontecimentos referentes á família, as relações, os nascimentos, os óbitos, o casamento e o divórcio, crenças, comportamentos e doenças. É um dos instrumentos utilizados na colheita de dados da família, fornece a perceção da estrutura familiar, do seu desenvolvimento e do seu funcionamento. Permite ainda a compreensão da composição e dos vínculos existentes entre os seus membros (Figueiredo, 2012, p.15).

Por sua vez, o Ecomapa é um esquema gráfico que representa uma visão geral da situação da família. O seu valor visual é importante e o seu objetivo é representar os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos. (Wright e Leahey, 2002, p. 91)

A classificação social segundo Graffar é internacional e estabelecida em Bruxelas pelo Professor Graffar. Este método representa um estudo social da família baseado em cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Atribui-se a cada família observada uma pontuação, percebendo-se assim, o lugar que ocupa na sociedade (Ver Anexo I)

A Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein, permite avaliar a funcionalidade da família, deve ser aplicado a cada membro individualmente. Classificando-as como: Família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada. Centra-se nas relações e interações emocionais, comunicacionais e sociais entre o entrevistado e a sua família (Anexo II).

A FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) é um questionário individual de autoavaliação que classifica famílias e que evoluiu a partir da aplicação de outros instrumentos. Esta escala, desenvolvida em 1988, permite avaliar duas dimensões do funcionamento familiar: a coesão e a adaptabilidade (Olson et al.,1985). Foi utilizada

a FACES II na versão Portuguesa da Professora Otilia Fernandes (Fernandes, 1985). Cada questão é respondida numa escala, tipo likert, de frequência ascendente. Onde 16 itens avaliam a coesão e 14 itens a adaptabilidade familiar. As quatro categorias de coesão são: Muito ligada; Ligada; Separada e Desmembrada. As quatro categorias de Adaptabilidade são: Rígida; Estruturada, Flexível e Muito ligada. A interpretação dos resultados permite chegar à análise do Tipo de Família através da aplicação da fórmula: coesão + adaptabilidade/2. São quatro as categorias: Muito equilibrada; Equilibrada; Meio-termo e Extrema (Anexo III).

O contato direto com a família em estudo foi em contexto de visita domiciliária e na própria USF com consultas de enfermagem.

A visita domiciliária faz parte de uma metodologia de trabalho, do exercício de Enfermagem, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, que permite conhecer o agregado familiar no seu contexto, identificar necessidades reais e sentidas (quer pelo utente, quer pelo enfermeiro), assim como informar e orientar para recursos da comunidade, contribuindo para as forças externas da família.

No que respeita à consulta de enfermagem Campos et al. (2007) afirmam que esta tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Deste modo, através de um primeiro contato telefónico foram agendados os diferentes contatos com a família. Inicialmente por uma visita domiciliar e, posteriormente, em consulta individualizada com alguns membros da família na USF.

1.3.2 Estudo de Caso de uma família

Por ser um estágio de curta duração, foi decidido a realização de um estudo de caso a uma família com um filho adolescente (para integrar o tema do projeto), de modo a poder-se identificar alguns diagnósticos de saúde, embora não houvesse tempo para intervir, contando, no entanto, que este trabalho seja continuado pelos profissionais de enfermagem que integram a USF.

De modo a preservar a confidencialidade dos dados, foram atribuídos nomes fictícios aos elementos da família.

As áreas de atenção integram a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional do sistema familiar. Na dimensão estrutural os instrumentos de avaliação familiar utilizados incluem, o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada. A dimensão funcional engloba essencialmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas, sendo que os instrumentos de avaliação que compõem a dimensão expressiva e que foram utilizados foram: a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe; Escala de FACES II; e APGAR Familiar de Smilkstein.

Quanto à dimensão estrutural, trata-se de uma família do tipo monoparental liderada pela mulher, com dois filhos, um filho do sexo masculino com 18anos – Marco, e uma filha do sexo feminino com 25anos – Alice. Todos caucasianos e de Religião Católica.

Quanto à composição familiar seguem o Genograma e Ecomapa da família:

GENOGRAMA

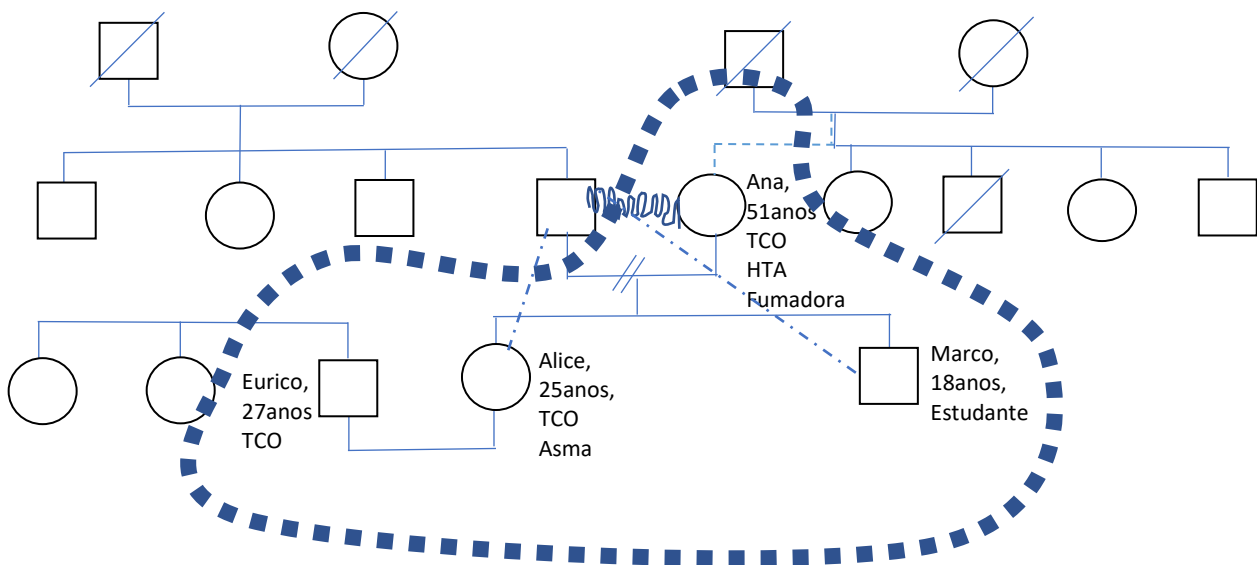


Figura nº 7 - Genograma Familiar

- Legenda:
-  Agregado Familiar
 -  Relação Fraca
 -  Adotada
 -  Divórcio
 -  Relação Confusional
 -  Morte

ECOMAPA

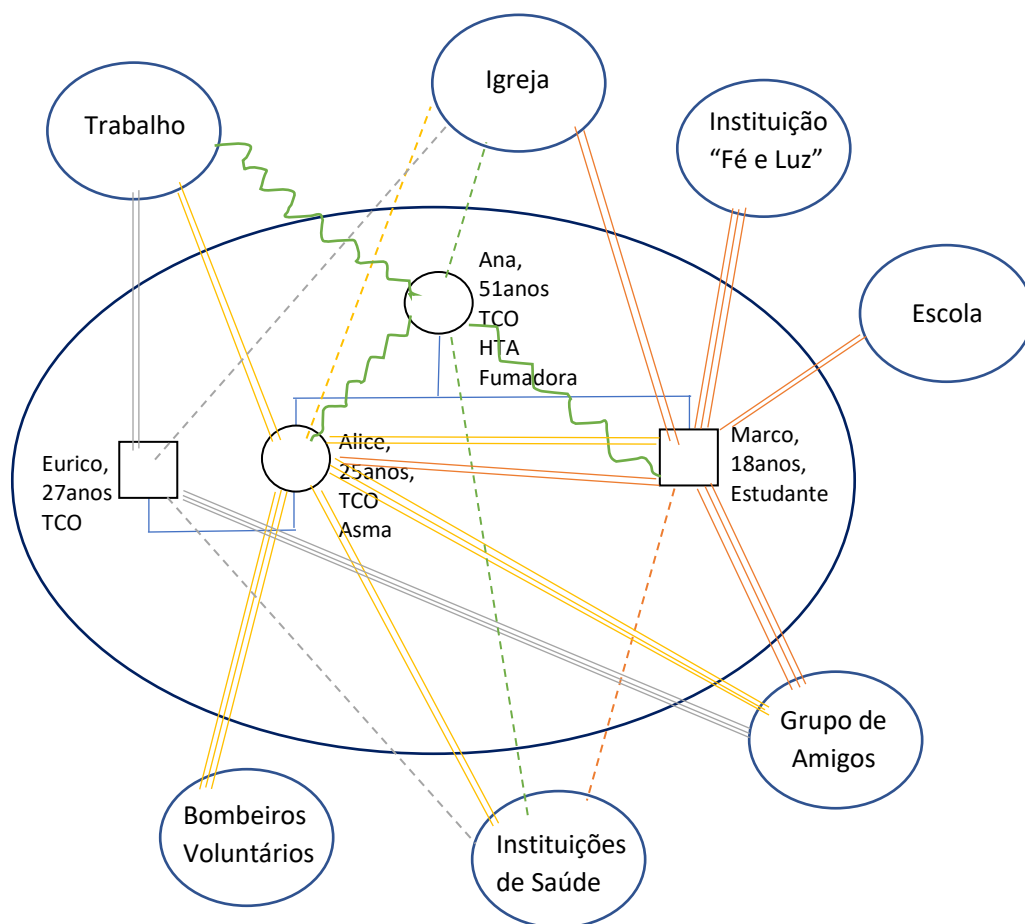


Figura nº 8 - Ecomapa Familiar

Legenda: Relação Forte Relação Fraca
 Relação Normal Relação Confusional

Após a aplicação da **Escala de Graffar Adaptada** (Anexo I), o resultado deu uma família de Classe Média-Baixa – Grau 4.

Quanto ao **Edifício Residencial** é do tipo: Habitação Social, com cozinha, sala, 3 quartos, 1 casa de banho dentro do edifício, com algumas barreiras arquitetónicas pois não tem elevador e tem algumas escadas. Não tem qualquer tipo de aquecimento, nem abastecimento de gás. Quanto à higiene da habitação: não é espaçosa, está conservada e tem boa ventilação.

No que concerne ao **Sistema de Abastecimento**, têm rede pública de água, com serviço de tratamento de resíduos através da rede pública, também, e com serviço de eletricidade.

No que respeita ao **Ambiente Biológico**, têm 2 animais domésticos (cães) desparasitados e com a vacinação em dia. A higiene destes fica ao cargo da Alice, que a mantém cuidada, assim como a higiene do local circundante, sendo que os animais frequentam o interior da casa e pernoitam na marquise da mesma.

Quanto à Dimensão Funcional, esta família não apresenta nenhum membro dependente. Relativamente ao **Processo Familiar** foi aplicada a **Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe** (Anexo IV) a ambos os filhos com um score total de 205 pontos para a Alice e de 174 pontos para o Marco, o que se traduz numa probabilidade de adoecer por doença física e/ou psíquica de 50% no caso da Alice e, numa baixa probabilidade de incidência de doenças no caso do Marco.

Relativamente à **Comunicação Familiar**, quer seja emocional, verbal/não verbal, e circular nesta família mostra-se não eficaz. Na comunicação emocional não há ninguém na família que se saliente como a pessoa que mais expressa sentimentos (embora a Alice se considerou a ela própria); não havendo aceitação nem satisfação da família quanto a isso. Todos referem não conseguirem comunicar, apenas discutir. Embora considerem todos que os sentimentos de cada um tem impacto na família, pois “não gostam de ver o outro triste, assim como ficam contentes quando vem o outro feliz”. Uma vez que não conversam muito, não há clareza nem compreensão no que dizem, não havendo satisfação na forma como a família se comunica.

Quanto ao **Coping Familiar** não há concordância em quem desempenha esse papel, sendo que cada um se considera a si próprio nesta tarefa. Não há satisfação na forma como se discutem os problemas, pois “cada um defende as suas ideias e os seus interesses, não olhando ao que o outro diz”. Mesmo assim, nenhum elemento recorre a outros recursos externos na resolução dos problemas.

No que respeita aos **Papeis Familiares** acordaram que o Papel de Provedor é partilhado pela mãe, filha e genro, havendo conflito de papeis, pois a filha acha que a mãe deveria ajudar mais neste âmbito, havendo já saturação do papel por parte da filha e do genro. O papel de Gestão Financeira é da responsabilidade da Mãe, com alguma ajuda da filha, apresentando a mãe algum grau de saturação. O papel de Cuidado Doméstico é de responsabilidade partilhada, cada um é responsável do seu quarto, sendo que a mãe é responsável pelas áreas comuns. O Papel Recreativo não existe nesta família, pois segundo os elementos é “cada um por si”. Já o Papel de Parente é atribuído à Mãe, contudo existe conflito pois os filhos não são de acordo que a mãe tente unir, permanentemente, o

ex-marido/pai lá em casa, sendo essa maioritariamente a vontade dela. Com a restante família não há relacionamento.

Quanto à **Relação Dinâmica**, o membro com maior poder na família é a Mãe, embora seja um poder fraco, não havendo satisfação familiar relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros, tendo invocando novamente, que “é cada um por si”, não existindo Alianças nem Uniões.

A **Coesão e Adaptabilidade** da família foi calculada através da aplicação da Escala de Faces II, quer à Mãe, quer aos dois filhos, apresentando nos três casos uma Família Separada quanto à Coesão (3) e Estruturada quanto à Adaptabilidade (3), constituindo assim um Tipo de Família Meio-Termo (3).

Para se avaliar a perceção dos membros da Família quanto à sua **Funcionalidade**, foi aplicada a **Escala de APGAR de Smilkstein** (anexo II), sendo que o resultado do filho e da mãe convergiu numa família com moderada disfunção (4) e na perceção da filha deu o resultado de uma família com disfunção acentuada (3).

Quanto às **Crenças Familiares** nenhum dos membros mencionou.

No que concerne à Dimensão de Desenvolvimento, esta foi avaliada apenas na Alice e no Eurico, como casal. Deste modo, avaliaram a **Satisfação Conjugal**, relativamente à Relação Dinâmica como: satisfeitos com a divisão/partilha das tarefas domésticas e da forma como cada um expressa os sentimentos; mas mostraram-se insatisfeitos com o tempo que passam juntos, pois ambos têm dois empregos e são escassos os momentos que tem em conjunto. Relativamente à Comunicação do Casal, referem conseguir chegar a acordo quando há discordância, e referem conversar sobre as expectativas e receios de cada um, no entanto quanto ao padrão de comunicação, a Alice gostava que o Eurico não fosse tão reservado.

No que respeita à **Interação Sexual** ambos estão satisfeitos com o padrão de sexualidade e demonstram conhecimento a esse nível, não apresentando nenhuma disfunção sexual.

Quanto ao **Planeamento Familiar**, o casal planeia ter filhos mas só daqui a 3 anos, sensivelmente. Neste momento o objetivo de vida do casal passa por juntar algum dinheiro para terem uma casa própria, de modo a afastarem-se dos conflitos familiares que vivem constantemente.

1.4 Apresentação de Diagnósticos e Sugestões de Intervenções

Foco	Rendimento Familiar
Juízo	Insuficiente
Crítérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente por Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4
Intervenções sugeridas	Requerer serviços sociais; Orientar a família para serviços sociais; Promover a gestão do rendimento

Foco	Edifício Residencial
Juízo	Seguro e Não negligenciado

Foco	Precaução de Segurança
Juízo	Demonstrado

Foco	Abastecimento de Água
Juízo	Não Adequado
Crítérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado por conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Intervenções sugeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água; • Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água; • Orientar para serviços de controlo da qualidade da água.

Foco	Animal doméstico
Juízo	Não Negligenciado

Foco	Satisfação Conjugal
Juízo	Não Mantida
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal não mantida pela Dimensão Comunicação do Casal ser não eficaz devido a não haver satisfação com o Padrão de Comunicação do Casal
Intervenções Sugeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva das emoções; • Promover a comunicação do casal; • Planear rituais familiares; • Motivar para atividades em conjunto;

	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para terapia familiar.
--	---

Foco	Planeamento Familiar
Juízo	Eficaz

Foco	Processo Familiar
Juízo	Disfuncional
Critérios diagnósticos	<p>Processo Familiar Disfuncional porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não eficaz • Coping Familiar Não Eficaz • Interação de papéis Não eficaz • Relação Dinâmica Disfuncional
Intervenções Sugeridas	<p>Comunicação Familiar Não Eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva das emoções; • Promover o envolvimento da família; • Otimizar a comunicação na família. <p>Coping familiar Não eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família; • Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família. <p>Interação de Papeis Familiares Não eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva das emoções; • Promover o envolvimento da família; • Colaborar na identificação dos papéis familiares; • Avaliar as dimensões não consensuais do papel; • Avaliar saturação do papel; • Planear Rituais na Família; • Otimizar padrão de assertividade. <p>Interação de papéis Não eficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.); • Requerer Serviço Social; • Avaliar saturação do papel; • Promover o envolvimento da família; • Promover estratégias de coping para o papel; • Promover o suporte da família; • Requerer serviços de saúde (Psicologia). <p>Relação dinâmica disfuncional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar padrão de ligação; • Promover a comunicação expressiva das emoções;

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o envolvimento da família; • Otimizar a comunicação na família; • Orientar para Terapia familiar.
--	--

Quadro nº 7 - Diagnósticos e Sugestões de Intervenções

1.5 Análise Reflexiva

A identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem é fundamental para justificar as ações que devem ser delineadas pelos enfermeiros no sentido de contribuir para a melhoria da saúde familiar (Figueiredo,2012).

No entanto, o enfermeiro de família ao considerar todos esses aspetos, deve mobilizar com a família outros recursos que maximizem o seu potencial de saúde, inclusive estabelecer parcerias com agentes da comunidade no sentido de melhorar a acessibilidade das famílias aos equipamentos que favoreçam a sua saúde.

De acordo com Figueiredo (2009), os cuidados de saúde serão mais eficazes quanto maior for a ênfase no sistema familiar como alvo e unidade de cuidados, em qualquer que seja o nível de cuidados prestados. Dessa forma, a matriz operativa do MDAIF permite ao enfermeiro de família orientar suas intervenções considerando o sistema familiar e atuando nos seus membros.

Na família selecionada foi notório a disfuncionalidade familiar a vários níveis. É uma família monoparental liderada pela mulher em que, o divórcio ainda recente, é foco de grande instabilidade no seio familiar. Há uma relação pobre entre pai e filhos e uma relação conflituosa, mas, também de alguma dependência ainda, por parte da mulher com o ex-marido. Os filhos não aceitam que a mãe ainda faça de tudo para estar com o pai. Por outro lado, a mulher não se conformou com o divórcio desencadeando atitudes que levam a um diagnóstico de processo familiar disfuncional, quer pela relação dinâmica, quer pelo coping familiar e interação de papeis. Quanto à comunicação familiar, também não é eficaz, segundo eles, “não há diálogo, só discussões”. Como tal, o papel do enfermeiro nesta situação é crucial, quer para encaminhar para serviços sociais e terapia familiar, quer na promoção de estratégias de coping, otimizar a comunicação na família, promover a comunicação expressiva das emoções e o envolvimento da família, otimizar

o padrão de assertividade, entre outras intervenções possíveis e adequadas à situação familiar em questão.

No que respeita à dimensão estrutural trata-se de uma família com rendimento familiar insuficiente e que vivem numa habitação social conservada. Apresentam quanto ao foco de abastecimento de água, um juízo não adequado por conhecimento não demonstrado quanto ao controlo e estratégias de manutenção da qualidade da água.

Por falta de tempo não foi possível intervir nesta família, no entanto, os diagnósticos de enfermagem foram deixados na USF e a enfermeira de família responsável, irá dar continuidade ao processo. Há muita coisa onde o enfermeiro pode intervir de modo a promover a saúde desta família.

Concluo, também, que o MDAIF na perspetiva de ajudar a diagnosticar problemas e na capacitação da família foi essencial. De facto, é possível afirmar que a implementação do MDAIF como referencial teórico e operativo evidencia resultados de ganhos em saúde importantes às famílias alvo dos cuidados dos enfermeiros, cujas intervenções devem integrar respostas afetivas e cognitivas que acontecem num contexto de interação entre esses profissionais e a família (OE, 2011).

No decorrer do estágio foi, também, possível averiguar que são poucos os jovens que procuram as instituições de saúde. Quando o fazem, maioritariamente, é por situações de doença aguda. Há uma pequena parte que procura no contexto de planeamento familiar, tendo a ideia que “basta” ir buscar métodos contraceptivos, desconhecendo a existência da consulta de enfermagem. Das poucas consultas juvenis efetuadas, a área da sexualidade e métodos contraceptivos, assim como, a dependência de substâncias eram abordadas de forma muito geral, mas no que respeita à área do consumo sem substância, não há qualquer tipo de abordagem, constituindo este um problema atual de grande relevo, pois tem-se vindo a provar em alguns estudos que mais de metade da população jovem se encontra dependente. A todos os jovens que entravam na instituição, quer porque acompanhavam familiares, quer iam a consultas médicas ou tratamentos de enfermagem, ou aqueles presentes nas visitas domiciliárias, foi-lhes proposto e realizado consulta de enfermagem. Obtendo um feedback positivo por parte deles, aproximando-os assim da instituição de saúde, mesmo futuramente.

Foi notório que os jovens não são muito trabalhados neste contexto de saúde familiar. Contudo, considero que foi despertado o interesse na equipa de enfermagem para dar continuidade a este processo, por verem realmente que há muita coisa que podemos fazer para os ajudar, sendo que eles são, na sua maioria, membros importantes no seio familiar,

com capacidade para alterarem hábitos menos saudáveis nas suas famílias. São também os futuros adultos e, neste sentido, quanto mais cedo forem trabalhados no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença melhor.

Nada melhor que ter um momento individual de consulta com os jovens. É mais fácil abordar os temas de atenção supracitados e avaliar as suas dúvidas e conhecimentos, sendo mais fácil também, trabalhar cada caso.

Considero que não podemos, como enfermeiros de saúde comunitária, ficar à espera de que sejam os jovens a procurar as instituições de saúde. Eles são a aposta para um futuro melhor, logo devemos ir ao seu encontro nos mais diversos contextos quotidianos, estando de acordo com Oliveira e Tavares (2010) que destacam que o objetivo não é esperar que a população chegue ao serviço de saúde, mas interagir com ela preventivamente, reorganizando a demanda dos serviços de saúde.

2. Colaboração no Projeto MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

A comunidade como cliente dos enfermeiros exige uma orientação da tomada de decisão que se oriente para o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado (Melo, 2016).

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo como domínio de atenção central a Gestão Comunitária e como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário. (Melo, 2016)

A evidência indica que o empoderamento comunitário enquanto processo na intervenção comunitária permite obter resultados mais efetivos. O MAIEC, é potencialmente promotor do empoderamento comunitário enquanto processo e resultado das intervenções dos enfermeiros e tem uma matriz de decisão clínica que orienta a abordagem dos enfermeiros desde a atividade de diagnóstico à avaliação de resultados (Melo, 2017).

Para conseguir compreender o significado de abordar a comunidade como cliente, tive a oportunidade de colaborar neste projeto que está a ser desenvolvido, de igual modo, numa Escola de Ensino Profissional do Porto, mas dirigido a um público-alvo diferente do projeto anterior: a todos os professores do quadro da escola, num total de 8 professores. Foi realizada uma reunião com a Coordenadora Pedagógica da Escola que nos transmitiu algumas necessidades da comunidade docente, concluindo-se, deste modo, que o objetivo seria promover um ambiente laboral saudável, desenvolvendo-se o projeto relacionado com a saúde no trabalho na perspetiva de: Trabalho em Equipa e Gestão de Conflitos.


É um projeto onde se desenvolve um estudo quase experimental de desenho antes-após, e que vai avaliar o resultado da utilização do MAIEC na comunidade escolar definida.

O projeto MAIEC, pelas características do seu desenho de estudo, assume-se como um estudo clínico de intervenção, envolvendo seres humanos. Desta forma, a participação neste estudo assume elevados padrões de conduta ética e, como tal serão respeitados os princípios éticos da autonomia, com a integração voluntária e informada dos participantes do estudo; da justiça, assegurando que todos os participantes terão a mesma oportunidade de participar com as suas opiniões e sugestões; da beneficência, com a possibilidade de contribuir para a melhoria do nível de poder da comunidade e promover ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária; e da não maleficência, tendo em conta que não estão previstos danos para os participantes no estudo; e também, salvaguardando a confidencialidade dos dados e anonimato (MAIEC, 2017).

2.1 Metodologia do Projeto

A primeira etapa do estudo assumiu uma natureza predominantemente qualitativa assente na adaptação cultural da Empowerment Assessment Rated Scale traduzida para português, que permite avaliar o nível de empoderamento da Escola Profissional para promover um clima organizacional saudável. Para isso foi realizado um *Focus Group*, onde contamos com a participação de todos os professores, onde tive como função ser redatora da sessão. Foi, também, aplicado um questionário, realizado online, aos professores para terminar a fase de diagnóstico de situação e para avaliar a Gestão

Comunitária. Este questionário foi elaborado de acordo com as dimensões de diagnóstico propostas no MAIEC e que se apresenta na atividade de diagnóstico descrita no seguinte quadro:

Foco	Atividade de diagnóstico
Gestão comunitária	Avaliar gestão comunitária: Avaliar Liderança Comunitária Avaliar Participação Comunitária Avaliar Processo Comunitário
Processo Comunitário	Avaliar Processo Comunitário: Avaliar Coping Comunitário (membros/ líder)
Participação Comunitária	Avaliar Participação Comunitária: Avaliar Processo do Grupo comunitário: Avaliar Parcerias; Avaliar Comunicação Avaliar Estruturas Organizativas
Liderança Comunitária 	Avaliar Liderança Comunitária: Avaliar Conhecimento (Membros da comunidade/ Líder); Avaliar Crenças (Membros da comunidade/ Líder); Avaliar Volição (Membros da comunidade/ Líder)

(Melo, 2016)

Quadro nº 8 – Atividade diagnóstica segundo o Modelo de Avaliação e Intervenção e Empoderamento Comunitário

A segunda etapa do estudo, será realizada à posteriori, e assume uma natureza mista, utilizando como metodologia o estudo quase-experimental com avaliação do antes-após a aplicação do MAIEC no impacto no nível de empoderamento comunitário.

2.2 Resultados

Após o primeiro *Focus Group* os resultados obtidos foram os seguintes:



Fig. nº 9 - Nível de Empoderamento da Escola para promover um clima organizacional saudável

O domínio onde a comunidade docente se considera melhor é referente às estruturas organizacionais (nível 4), seguindo-se a capacidade de avaliação de problemas, mobilização de recursos, ligações a outros e gestão de programas avaliadas no nível 3. O domínio com pior avaliação foi o da participação comunitária (nível 1), fazendo-se seguir pela relação com agentes externos, habilidade para questionar e liderança local, com nível de avaliação de 2.

2.3 Análise e Discussão de dados

Após o diagnóstico MAIEC, pretendemos que aumente o nível de poder nos domínios que obtiveram resultados mais baixos. A Liderança Local será sem dúvida o nosso foco principal de trabalho, seguindo-se da Participação Comunitária, Relação com Agentes Externos e Habilidade para Questionar "porquê", não descurando a Mobilização de Recursos, Capacidade de Avaliação de Problemas, Ligações a outros, Gestão de Programas e Estruturas Organizacionais, respetivamente.

No *Focus Group* foi notório a falta de conhecimentos por parte de alguns elementos de aspetos básicos no que respeita a liderança e gestão de conflitos. Há estruturas criadas, mas não sabem bem quem as lidera. Outro aspeto a melhorar será a comunicação que

deverá ser mais clara entre todos os membros/líder e formalizada. Por vezes falam e resolvem problemas pontuais e não fica nada registado, sendo a comunicação a chave para muitos dos problemas.

Cada um destes domínios será avaliado minuciosamente e trabalhado para que se criem mecanismos de empoderamento, de modo a que se possa elevar todos os domínios para o máximo possível, permitindo identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, na comunidade escolar como cliente e analisar o impacto destes cuidados no nível de empoderamento comunitário.

Esta experiência permitiu-me compreender que o desenvolvimento de um projeto com um grupo e a abordagem da comunidade como cliente são potencialmente processos com resultados distintos. A minha continuidade como investigadora colaboradora neste projeto, vai permitir certamente compreender melhor todo este processo, evoluindo positivamente quer a nível profissional quer a nível pessoal.

Capítulo IV - Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária

Este capítulo contará com uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do projeto desenvolvido no curso.

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária segue um processo de desenvolvimento, com uma lógica de aquisição e desenvolvimento de competências, alicerçado num projeto inicial, que integra objetivos gerais e específicos definidos pelo plano de estudos e objetivos pessoais propostos (Apêndices X, XI, XII).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007, p. 10) propõe como conceito para Enfermeiro Especialista “*O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”. Deste modo definiu competências específicas para cada área da enfermagem.

A realização deste curso permitiu adquirir/desenvolver competências a nível: científico, com o aumento de conhecimento sobre o trabalho pretendido e desenvolvido nos ACES, UCC, USF e áreas de intervenção do PNSE e do PNSIJ; cognitivo, com a integração de novos conhecimentos e consolidação de conhecimentos anteriores, obtidos através da formação e da experiência profissional; metodológico, através do desenvolvimento de cada fase do planeamento em saúde, da implementação do projeto MAIEC e da utilização do MDAIF; técnico-instrumental, com a utilização do *google docs* para formulação dos questionários, quer de colheita de dados, quer de avaliação, e do SPSS para análise/tratamento dos resultados; análise e reflexão, sobre a prática profissional, problemas detetados, resultados das intervenções e estratégias apresentadas, assim como, análise crítico-reflexiva do meu desempenho; e, por ultimo, competências de adaptação e flexibilidade, quer para intervir na comunidade, quer na gestão de tempo e adaptabilidade do horário de estágio com as obrigações profissionais e familiares.

Assim, os momentos de avaliação formal como os decorrentes de uma especialização pressupõem a aquisição de determinadas competências. Para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a OE através do Regulamento n.º128/2011 de 18 de fevereiro definiu algumas competências as quais indico abaixo, juntamente com a descrição do trabalho que realizei e que me tornou possível o desenvolvimento/aquisição das mesmas:

- a) “*estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”

Esta competência foi adquirida através da gestão de todo o processo de Planejamento em Saúde. Para isso contribuiu, então, a realização do diagnóstico de saúde da comunidade escolar, através da aplicação de um instrumento de colheita de dados, um questionário, que foi testado primeiramente por um grupo de peritos. De seguida, foram analisados os resultados e formulados os respectivos diagnósticos de enfermagem, organizados por dimensões diagnósticas.

b) *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”*

Entende-se como capacitação de grupos e comunidades, o empoderamento das populações, ou seja, pretende-se que estas façam uma gestão e controlo da própria saúde, com os seus próprios meios. Esta competência foi adquirida/desenvolvida ao longo do processo de intervenção do projeto “Be Fashion, Be Healthy!” no âmbito das sessões de educação para saúde desenvolvidas, tendo em conta os objetivos de cada sessão no sentido de tornar os adolescentes mais capazes, saudáveis e responsáveis nas suas tomadas de decisão livre e esclarecida, proporcionando a longo prazo ganhos em saúde. Nestas sessões, os alunos foram informados das parcerias e recursos disponíveis da comunidade, assim como do apoio prestado por cada uma delas.

c) *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”*

A gestão global do projeto “Be Fashion, Be Healthy” permitiu desenvolver todas as etapas de organização de um projeto, articulado com os Programas de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que o enformam, no contexto do Plano Nacional de Saúde.

d) *“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”*

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu o questionário realizado como instrumento de recolha de dados passíveis de serem trabalhados de modo a se caracterizar o perfil epidemiológico da população em estudo. A utilização da CIPE permite documentar os diagnósticos de enfermagem e contribuir assim, para a vigilância epidemiológica dos mesmos.

A Enfermagem Comunitária assume um papel de extrema importância, uma vez que os profissionais têm de ser capazes de responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas

de saúde pública e, prosseguindo, desenvolvendo programas/projetos de intervenção, com vista ao *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para além das competências especializadas em Enfermagem Comunitária, foi possível desenvolver, também, competências académicas que contribuem para a aquisição do Grau de Mestre, como por exemplo, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; e integrar numa equipa de investigadores no projeto MAIEC, de modo a identificar o nível de empoderamento de uma comunidade, no contexto de um projeto de intervenção.

Ao longo da realização deste projeto deu para sentir algumas dificuldades que o enfermeiro que atua na comunidade pode encontrar, daí ser importante ter sentido de persistência e criatividade para contornar as adversidades e nunca desistir. Um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é responsável pela eficaz avaliação do sistema comunitário, e pelo conseguinte planeamento em saúde, tendo por isso que estar apto a atuar no imprevisto e a dar resposta a inúmeras e variadíssimas situações.

Conclusão

A abordagem comunitária pressupõe um conjunto de intervenções pormenorizadamente planeadas para que as metas e objetivos delineados sejam alcançados. Assim, neste âmbito, a Enfermagem Comunitária assume um papel de vital importância, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública e, prosseguindo, desenvolvendo programas/projetos de intervenção, com vista ao *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A adolescência é um período do ciclo vital marcado por grande vulnerabilidade, onde o ser humano cresce e desenvolve-se, tanto física como intelectualmente, merecendo desta forma atenções redobradas, uma vez que é neles que reside o futuro, constituindo-se um grupo de intervenção prioritária. Assim sendo, conclui-se que é de extrema importância, haver uma atuação dos cuidados de saúde primários ao nível da escola, local onde os adolescentes normalmente se encontram e trabalham na edificação do seu conhecimento e do seu ser pessoal.

De acordo com Sallis e Owen (1999) quanto mais precocemente se atuar, maior a probabilidade de se impedir comportamentos de riscos e os respetivos problemas de saúde associados, em futuros adultos.

Portanto, a utilização de diferentes estratégias criativas e inovadoras na escola, poder-se-ão traduzir na obtenção de conhecimentos que visem a aquisição de atitudes e comportamentos saudáveis de uma forma natural e salutar traduzindo-se num projeto de vida adulta saudável ao longo dos anos.

Considerando todo o caminho percorrido durante o curso, a elaboração dos relatórios de estágio e do presente relatório permitiu-me fazer uma síntese e reflexão do mesmo, analisando as competências adquiridas e/ou reforçadas, anteriormente descritas, essenciais para a mudança que o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária pressupõe.

Tal como todos os percursos formativos, também este não foi isento de dificuldades, as quais exigiram capacidade de superação, empenho, determinação e criatividade. Daí ressaltar a importância de uma atuação em equipa e não isolada, para uma melhor análise

e implementação de atividades, decorrendo, posteriormente, numa melhor intervenção do projeto e, conseqüentemente, maior ganho em saúde. As maiores dificuldades prenderam-se com a gestão do tempo, a coordenação do estágio com a atividade profissional, bem como o elevado número de atividades a desenvolver num curto espaço de tempo.

A elaboração deste trabalho foi bastante enriquecedora pois permitiu-me aprofundar conhecimentos relativamente ao planeamento em saúde e compreender a articulação entre a teoria e a prática na elaboração de um projeto de planeamento em saúde. Em simultâneo, permitiu-me integrar uma equipa de investigadores na implementação de um projeto comunitário inovador (MAIEC) e, também, aprofundar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Comunitária, num contexto de uma USF, podendo ter assim, perspetivas diferentes de distintas áreas dos CSP. Isto só demonstra que o ensino na UCP é potenciador do desenvolvimento não só de competências gerais, mas também, especializadas em enfermagem comunitária.

Assim, constituiu uma oportunidade de aprendizagem muito enriquecedora e proveitosa no meu percurso enquanto enfermeira, pelo desenvolvimento de um conjunto de competências na área de Enfermagem Geral de acordo com os quatro domínios de competências comuns, sendo eles o domínio da responsabilidade ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649) e, especificamente, na área de Enfermagem Comunitária, nomeadamente, as que estão descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da OE, descritas no capítulo anterior.

O que se tornou bastante claro, e ao qual acrescento ainda mais valor, é a necessidade de formação contínua e procura de qualificação profissional, sendo essencial para atingir a excelência nos cuidados de Enfermagem.

No final desta intervenção fico com uma inquietude relativamente a um dos temas abordados: “Dependência sem Substância”, isto porque se trata de uma temática muito atual e com ainda poucos estudos realizados nesta área. Analisando o dia-a-dia das pessoas, nomeadamente dos jovens e, após a aplicação do Teste de Dependência da Internet (apêndice VII) ao grupo-alvo, é perceptível a elevada percentagem de pessoas dependentes da internet e novas tecnologias atualmente, estando expostas a diversas problemáticas daí subjacentes. Este projeto deixou a convicção de que é preciso intervir nesta área de modo a promover hábitos saudáveis, prevenindo futuros problemas

associados ao uso excessivo e/ou inadequado destas tecnologias. Fica a sugestão para o desenvolvimento de novos estudos neste contexto, como por exemplo, estudar o que leva os jovens a ficarem dependentes da internet.

Assim, através das competências adquiridas comprometo-me a aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade em geral, fazendo evoluir a nossa profissão e contribuir para aumentar os ganhos em Saúde.



Referências Bibliográficas

- ALARCÃO, I. E TAVARES, J. (1987). Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina.
- APAV. (2016). Obtido em 15 de junho de 2017, de APAV para Jovens: <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e2>
- APAV. (2017). Crianças e Jovens vítimas de crime e de violência 2013-2016.
- APAV. (2017). Relatório Anual de 2016. Obtido em 24 de 07 de 2017, de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
- BALTUSSEN E, SANDRA P, DAVID F, CRAMERS C (2010) Stir bar sorptive extraction (SBSE), a novel extraction technique for aqueous samples: Theory and principles. *Journal of Microcolumn Separations*
- BRANCO, ANTÓNIO GOMES; RAMOS, VÍTOR. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. Revista. Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 2.
- CIIS-UCP. 2017. *Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (maiec) – a comunidade como cliente dos enfermeiros.*
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0, 2005, Ordem dos Enfermeiros Portugueses (tradução) ISBN: 92-95040-36-8.
- DGE, 2007. Direção-Geral de Educação. [Online] [Citação: 24 de junho de 2017.] <http://www.dge.mec.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias>.
- DGE, 2007. Relatório final do Grupo de trabalho de educação sexual, 2007 [Online] [Citação: 30 de janeiro de 2018.] http://www.dge.mec.pt/relatorio_final_gtes.pdf
- DGE. (2015). Direção-Geral de Educação. Obtido em 14 de junho de 2017, de <http://www.dge.mec.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias>
- DGS. (2006). Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Obtido em 6 de junho de 2017, de Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho: <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar2015.pdf>
- DGS. (15 de 12 de 2016). Obtido em 28 de 12 de 2017, de SNS: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-de-saude-primarios-2/coordenacaonacional-para-a-reforma-cuidados-saude-primarios/>
- DGS. (s.d.). Direção-Geral de Saúde. Obtido em 15 de junho de 2017, de A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-emrisco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/enquadramento-legal.aspx>

FERNANDES, O. (1995). Família e emigração. Coimbra: Tese de Mestrado apresentada na Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

FIGUEIREDO, M. H. (2012). MDAIF. Lusociência.

IMPERATORI, E., & GIRALDES, M. d. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais regionais e locais (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE. (2015). Crianças e Adolescentes em PORTUGAL. Revista de Estudos Demográficos, 53-101. Obtido em 20 de 06 de 2017, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=284013038&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt

INSA. (novembro de 2017). Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016. Lisboa: Departamento de Doenças Infeciosas – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Obtido em 20 de 06 de 2017, de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4846/5/VIH_SIDA_2016.pdf

LOPES, N. M. (2014). Consumos terapêuticos de performance na população jovem: trajetórias e redes de informação. Em Relatório Estatístico.

LUSA. (2017). Vítimas de violência no namoro aumentaram 60% em três anos. DN. Obtido em 20 de 06 de 2017, de <https://www.dn.pt/sociedade/interior/vitimas-de-violencia-no-namoroaumentaram-60-em-tres-anos-5710298.html>

MELO, P. (2017). Community Empowerment Assessment in a School of the North of Portugal - a qualitative study. EUROPEAN FORUM FOR PRIMARY CARE, 54.

MELO, P. (2017). MAIEC - A Comunidade como cliente dos Enfermeiros. Porto.

MELO, P.; BORGES, E. E FIGUEIREDO MH. (2012). Os diagnósticos de enfermagem em educação para a sexualidade em meio escolar. Atas do II congresso internacional de enfermeira comunitaria. Barcelona. Obtido em 18 do 06 de 2017, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14645/1/ARTIGO%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sexualidade%20em%20Meio%20Escolar.pdf>

MELO, P. (2016). Enfermagem Comunitária Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário. Porto: UCP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (17 de julho de 2015). Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as Unidades de Cuidados da Comunidade para o ano 2015. Obtido em 10 de junho de 2017, de http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2015_UCC__2015_07_17.pdf

OE. (2001). A cada Família o seu Enfermeiro. Lisboa.

OLIVERA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Revista da escola de enfermagem USP, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010.

OLSON, D., Portner, J., Lavee, Y. (1985). FACES III. Family Social Science University of Minnesota. Minnesota

- OMS. (2009). Saúde 21. Lisboa: Lusodidacta.
- Rede de Investigadores do OPSS. (2003). Evolução do sistema de saúde. OPSS.
- PISCO, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo desenvolvimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2841-2852.
- PINEAULT, RAYNALD; DAVELUY, Carole (1987) – La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- SARDINHA, LB; MATOS, MG; LOUREIRO, I. (1999). Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo. ed. 1. Lisboa: Edições FMH.
- SICAD. (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Em S. d. Dependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Obtido de Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/pnrcad_seams_2013_2020.pdf
- SICAD. (2015). Estudo sobre consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências - 2015. Obtido de www.sicad.pt/BK/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sumário%20Executivo.pdf
- SICAD. (2015). Relatório Anual 2014: A Situação do País em Matéria de Álcool. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Obtido em 20 de 06 de 2017, de www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/2016/Relatório%20Anual%20A%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Álcool_2014.pdf
- SAKELLARIDES, C. (2006). De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde. Coimbra: Almedina.
- TAVARES, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde (2ª ed.). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.
- TEIXEIRA, C. (2010). Planeamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências. EDUFBA: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- WHO. (2006). Obtido em 8 de junho de 2017, de <http://www.who.int/en/>: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Wright, L. & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias - Um Guia Para Avaliação e Intervenção na Família. (3ª ed.), Lisboa: Editora Roca
- Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 228 — 27 de setembro de 1971
- Constituição da República Portuguesa, Diário da República nº 86 Série I Parte A de 10 de abril de 1976

Lei nº 56/79 de 15 de setembro, Diário da República nº 214/1979, Série I de 15 de setembro de 1979

Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril, Diário da República, Série I de 22 de abril de 1983

Lei nº 48/90, de 24 de agosto- Diário da República nº 195, I Série, de 24 de agosto 1990

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de abril - REPE

Decreto-lei nº 117/98, de 5 de maio, Diário da República nº 103, Série I-A de 5 de maio de 1998

Lei 147/99, de 1 de setembro – Diário da República, 1 de setembro de 1999

Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio, Diário da República nº 108/1999, Série I-A de 10 de maio de 1999

Decreto-Lei nº 332/2001, de 24 de dezembro, Diário da República — I SÉRIE-A N.º 296—24 de dezembro de 2001

Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro, Diário da República nº 259/2003, Série I-A de 8 de novembro de 2003

Decreto nº 25-A/2005, de 18 de novembro, Diário da República — I SÉRIE-A N.º 214 - 8 de novembro de 2005

Decreto-Lei nº 89/2005 de 3 de Junho, Diário da República n.º 107, I Série-A 3 de junho de 2005

Lei nº 37/2007, de 14 de agosto, Diário da República, 1.ª série — N.º 156 — 14 de agosto de 2007

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, Diário da República nº 161/2007, Série I de 22 de agosto de 2007

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008

Despacho nº 31291/2008, de 5 de dezembro, Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de dezembro de 2008

Lei nº 60/2009 de 6 de agosto, Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 6 de agosto de 2009

Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril, Diário da República, 1.ª série — N.º 69 — 9 de abril de 2010

Regulamento nº 126/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011

Regulamento nº 128/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011

Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril, Diário da República, 1.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2013

Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho, Diário da República, 1.ª série — N.º 115 — 16 de junho de 2015

Lei n.º 109/2015 de 26 de agosto, Diário da República, 1.ª série — N.º 166 — 26 de agosto de 2015

Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, Diário da República n.º 118/2017, Série I de 21 de junho de 2017



Apêndices

Apêndice I – Quadro Mínimo de Dados: Atividade Diagnóstica

Apêndice II – Questionário aplicado à Escola Profissional do Porto

Apêndice III – Determinação de Prioridades

Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde sobre Uso de Contracetivos

Apêndice V – Sessão de Educação para a Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis

Apêndice VI – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo de Substâncias Psicoativas

Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo Sem Substância

Apêndice VIII – Tabela Comparativa de Diagnósticos: antes e após a intervenção

Apêndice IX - Questionário de Avaliação após a Intervenção

Apêndice X – Objetivos Gerais do Plano de Estudos

Apêndice XI – Objetivos Específicos do Plano de Estudos

Apêndice XII – Objetivos pessoais e atividades planeadas, tendo por base os objetivos específicos do curso

Apêndice I – Quadro Mínimo de Dados: Atividade Diagnóstica

ÁREA PRIORITÁRIA PNSE	CONTEÚDOS A ABORDAR (do PNSE/ Legislação)	FOCO	DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Educação para os afetos e sexualidade	<p>LEI 60/2010 /Portaria 196ª/ 2010</p> <p>Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;</p> <p>Dimensão ética da sexualidade humana;</p> <p>Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;</p> <p>Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;</p> <p>Doenças e infecções sexualmente transmissíveis (como infecção por VIH e HPV) e suas consequências;</p> <p>Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;</p> <p>Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.</p>	USO DE CONTRACETIVOS	<p>Conhecimento sobre uso de contraceptivos</p> <p>Adesão ao uso de contraceptivo</p> <p>Crenças sobre o uso de contraceptivo</p>
		SATISFAÇÃO CONJUGAL NO NAMORO	<p>Interação Sexual</p> <p>Comunicação do casal</p> <p>Relação Dinâmica do casal</p> <p>Função Sexual do casal</p>
		VIOLÊNCIA DIRIGIDA AOS OUTROS [no namoro]	<p>Conhecimento sobre violência dirigida aos outros no namoro</p> <p>Atitude facilitadora de violência no namoro</p> <p>Crenças sobre violência dirigida aos outros</p>
		SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO	<p>Conhecimento sobre IST</p> <p>Adesão ao uso de preservativo</p> <p>Crenças sobre IST</p>
		PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO	<p>Conhecimento sobre recursos da comunidade</p> <p>Atitude face ao compromisso</p> <p>Crenças sobre projeto de vida</p> <p>Padrão de comunicação</p>
Saúde mental e competências socio-emocionais	<p>Comportamentos de risco, designadamente os consumos de substâncias psicoativas, as problemáticas da ansiedade,</p>	VIOLÊNCIA DIRIGIDA AOS OUTROS [Bullying]	<p>Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [Bullying]</p> <p>Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [Bullying]</p>

	depressão e risco suicidário e lesões autoinfligidas.		Crenças sobre violência dirigida aos outros [Bullying]
Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância	Melhorar competências para lidar com o risco: a influência dos pares, vulnerabilidade (associada por exemplo ao conhecimento sobre os riscos de dependência).	DEPENDÊNCIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	Conhecimento sobre substâncias psicoativas Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas Crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas
		DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIAS	Conhecimento sobre os riscos do uso de internet/jogos Atitude face ao uso de internet/jogos Crenças sobre o consumo de internet/jogos

Apêndice II – Questionário aplicado à Escola Profissional do Porto

Escola de Moda do Porto

Tentado correctar...

ENVIAR

PERGUNTAS RESPOSTAS 33

Seção 1 de 5

Be Fashion! Be Healthy!

Se está a preencher este questionário, parabéns! Vai fazer parte de uma importante equipa que vai tomar decisões sobre o projeto que vamos desenvolver na sua escola. Mesmo com um papel importante e insubstituível, vamos garantir o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Para poder então ter o poder de decidir connosco o rumo do nosso projeto, respondá por favor às questões que a seguir apresentamos. Não há certos nem errados. Apenas a sua opinião que será muito respeitada.

O questionário divide-se em duas partes: na primeira queremos conhecer melhor quem nos responde e na segunda parte queremos saber a sua opinião sobre as perguntas que lhe faremos e que incidirão sobre quatro áreas: Violência no Namoro; Internet/Bullying/Cyberbullying; Consumo de Substâncias e Sexualidade.

Obrigada pela colaboração. Sem si este projeto não seria o mesmo!

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

PARTE I

Para conhecer melhor quem nos responde!

1. Sexo *

- Feminino
- Masculino

2. Idade *

- 13-15 anos
- 16-18 anos
- 19-21 anos
- 22-24 anos
- Mais de 25 anos

3. Como caracteriza o ambiente onde vive? *

- Pacífico/Harmonioso
- Conflituoso

4. Economicamente considera o seu ambiente: *

- Favorável
- Desfavorável

Parte II

O que tem a dizer-nos sobre vários assuntos:



1. Possui algum relacionamento amoroso importante atualmente? *

- Sim, dura à mais de 2 Meses
- Sim, dura à ±6 Meses
- Sim, dura à mais de 6 Meses e menos de 1 Ano
- Sim, dura à mais de >1 Ano
- Não

2. Está satisfeito/a com a sua relação de namoro? *

- Muito satisfeito/a
- Razoavelmente satisfeito/a
- Pouco satisfeito/a
- Nada satisfeito/a

3. Já vivenciou (ou vive) alguma situação de violência na sua relação de namoro? *

- Sim
- Não

4. Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência? *

- Sim
- Não

5. Se respondeu sim na questão anterior, indique quais.

6. O que faria se um (a) amigo(a) seu (sua) vivesse uma situação de violência no namoro? *

	Sim	Não	Não sei
Criticava-o (a) por essa situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpabilizava-o (a) por essa situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aconselhava-o (a) a procurar ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procurava ajudá-lo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não faria nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. A seguir encontra uma série de afirmações que deve assinalar, de acordo com a sua escolha, se são Verdadeiras ou Falsas. *

	Verdadeiro	Falso
A violência no namoro acontece porque os (as) namorados(as) pensam que têm direito de se imporem um ao outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ciúme é uma das principais causas de violência no namoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem casos de violência no namoro entre os jovens da nossa idade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ciúme é sinal de amor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma bofetada não faz mal a ninguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A violência pode manter-se após acabar o namoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um empurrão não é um comportamento violento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os (as) namorados(as) provocam a violência pela forma como se vestem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A violência no namoro provoca isolamento da vítima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A violência no namoro é um problema que só diz respeito ao casal de namorados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O (A) namorado(a) só controla o outro porque gosta muito dela(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Um (a) namorado(a) que gosta do outro não agride	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temos o direito de escolher as(os) amigas (os) do(a) nosso(a) namorado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ainda que namore tenho direito a manter os meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercer o poder sobre o (a) namorado(a) não é violência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controlar o (a) meu(minha) namorado(a) é uma manifestação de amor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o (a) meu (minha) namorado(a) me contrariar tenho o direito de lhe gritar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gravidez indesejada pode ser uma consequência da violência no namoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os (As) namorados(as) só podem sair se forem juntos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os (As) namorados(as) devem vestir-se para agradar um ao outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os (As) namorados(as) podem ler as mensagens de telemóvel um do outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os (As) namorados(as) devem informar os parceiros sempre onde estão e com quem estão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A violência no namoro não tem consequências psicológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A violência no namoro só tem consequências físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obrigar o(a) namorado(a) a iniciar a actividade sexual é uma forma de violência sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Em relação a cada um dos comportamentos abaixo apresentados, por favor indique os que já ocorreram no contexto de uma relação amorosa presente ou passada. *

	o(a) seu(sua) namorado fez-lhe	o(a) seu(sua) namorado nunca lhe fez
Comportamentos de chantagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comentários negativos sobre a tua aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posturas e gestos de ameaça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perseguir na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invasão da privacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julgar, corrigir e criticar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puxar os cabelos com força	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar uma bofetada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apertar o pescoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atirar com objectos à outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar pontapés ou cabeçadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar empurrões violentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impedir o contacto com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gritar ou ameaçar para meter medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou 'ferir'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forçar a manter actos sexuais contra a vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedir ao companheiro para ter actos sexuais de que não gosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Em relação a cada um dos comportamentos abaixo apresentados, por favor indique os que já ocorreram no contexto de uma relação amorosa presente ou passada. *

	Fez ao seu(sua) namorado (a)	Nunca fez ao seu(sua) namorado (a)
Comportamentos de chantagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comentários negativos sobre a tua aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posturas e gestos de ameaça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perseguir na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invasão da privacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julgar, corrigir e criticar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puxar os cabelos com força	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar uma bofetada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apertar o pescoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atirar com objectos à outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar pontapés ou cabeçadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dar empurrões violentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impedir o contacto com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gritar ou ameaçar para meter medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou 'ferir'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forçar a manter actos sexuais contra a vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedir ao companheiro para ter actos sexuais de que não gosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Já assistiu a situações de violência na sua escola? *

- Não
- Sim entre alunos
- Sim entre alunos e Professores
- Sim entre alunos e Assistentes Operacionais
- Sim entre alunos e Pais
- Sim entre alunos e pessoas estranhas à escola
- Sim entre Pais e Professores
- Sim entre Pais e Assistentes Operacionais
- Sim entre Pais de alunos com outros Pais de alunos



11. Já ouviu falar em Bullying e/ou Cyberbullying? *

- Sim
- Não

12. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa, segundo a sua experiência. *

	Não	Uma ou duas vezes	Duas ou três vezes por mês	Todas as semanas	Todos os dias
Foi vítima de bullying na escola nos últimos seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi vítima de Cyberbullying nos últimos seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chamaram-lhe nomes inadequados, insultaram-lhe ou troçaram de si nos últimos seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os seus colegas agrediram-lhe, bateram-lhe, fecharam-no na sala ou noutra local na escola nos últimos seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi vítima de algum roubo na escola ou perto da escola nos últimos seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algum ou alguns colegas de escola ameaçaram-lhe e ou forçaram-lhe a fazer coisas contra a sua vontade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi insultada/o, chamam-lhe nomes, por causa de alguma característica física ou deficiência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Já foi ameaçada/o ou insultada/o com mensagens para o seu telefone e ou correio electrónico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Os seus colegas ignoram-no(a) e deixam-no(a) de fora dos jogos de propósito? *

- Não nunca
- Por vezes
- Quase sempre
- Sempre

14. Os seus colegas contam mentiras a seu respeito, para que os outros não gostem de si? *

- Não nunca
- Por vezes
- Quase sempre
- Sempre

15. As pessoas que o/a agrediram, insultaram e/ou chatearam fizeram-no individualmente ou em grupo? *

- Individualmente
- Grupo
- Nunca me fizeram

16. Se já foi ou é vítima de bullying ou cyberbullying, quanto tempo durou ou dura essa situação? *

- Uma ou duas semanas
- Um mês
- Seis meses
- Um ano
- Vários anos
- Nunca fui vítima de bullying

17. Sente-se segura/o na sua escola? *

- Sim
- Não

18. Disse a alguém que foi vítima de bullying/cyberbullying? *

- Nunca fui vítima
- Fui vítima mas não contei a ninguém
- Fui vítima e contei a alguém

19. Os professores e/ou outros adultos da escola, separam os alunos quando há situações de violência, de brigas e/ou de bullying? *

- Sempre
- Frequentemente
- Por vezes
- Quase nunca
- Nunca

20. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa, segundo a sua experiência. *

	Nunca	Uma vez ou duas	Duas ou três vezes por mês	Todas as semanas	Todos os dias
Já maltratou alguém na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez chamou nomes, humilhou e bateu a um ou uma colega?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez espalhou mentiras ou boatos sobre um ou uma colega?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Se visse maltratar um ou uma colega de quem não gosta, também participaria? *

- Sim
- Não
- Talvez

22. Como reage quando vê colegas da sua idade a serem maltratados por outros colegas? *

- Nunca viu isso acontecer
- Participa e maltrata esse/a colega
- Não faz nada, fica apenas a assistir
- Intervem ou denuncia a situação

23. Com que frequência sente medo de ser maltratada/o na sua escola? *

- Nunca
- Por vezes
- Frequentemente
- Todos os dias

Parte III



1. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa *

	Sim	Não
O uso inadequado da internet pode trazer perigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefere passar os tempos livres a usar a internet/jogos do que noutras tipos de atividades de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tiver que ficar um dia sem telemóvel sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A internet/jogos não causam dependência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar satisfação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Já mentiu a membros da família ou outros para esconder a extensão do envolvimento com a internet/jogos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez vendeu algo para financiar o jogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez faltou à escola/trabalho devido ao jogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Já marcou encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A internet/jogos provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera-se uma pessoa popular porque tem muitos amigos nas redes sociais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem total confiança nos jogos virtuais pois consegue controlar o seu envolvimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Quantas horas por dia utiliza a internet? *

- 1h - 2h
- 3h - 5h
- > 5h

3. Usa a internet, maioritariamente, para que fins? *

- Pesquisas
- Redes Sociais
- Jogos
- Musicas e Filmes
- Outro: _____

4. Que tipos de drogas conhece? Se não conhece nenhuma resposta "Não sei" *

5. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa. *

	Verdadeiro	Falso
Todo o tipo de drogas causam dependência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tabaco só faz mal a quem fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se no seu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas, acabaria por beber para não se sentir diferente e para se sentir melhor integrado/a no grupo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se no seu grupo de amigos se consumir drogas, sente-se "tentado/a" a consumir mais vezes, porque o ambiente é propício?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles lhe oferecessem um charro de haxixe aceitaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O consumo de álcool aumenta a performance sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os homens toleram mais o consumo de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O álcool facilita a digestão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O álcool facilita as relações sociais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As drogas leves não causam habituação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumar heroína causa menos dependência do que se for injectada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência. *

	Não consumo	Consumo frequentemente	Consumo socialmente
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



1. Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual? *

- Mãe
- Pai
- Irmão/Irmã
- Outro familiar
- Amigo/Amiga
- Namorado/Namorada
- Profissional de Saúde
- Não costumo falar disso com ninguém
- Outro: _____

2. De seguida encontrará cinco situações de experiência sexual. Leia atentamente cada uma delas e assinale aquela que melhor descreve a sua experiência. *

- Nunca tive uma experiência sexual.
- Beije nos lábios e abracei alguém, com carícias por cima da roupa.
- Já tive intimidades sexuais, próximas ao coito (com penetração) mas sem chegar a ele. Isto inclui ter acariciado directamente e ter sido acariciado/a directamente em qualquer parte do corpo, incluindo os genitais, com ou sem orgasmo.
- Já tive experiência de ter chegado ao coito (com penetração), com apenas uma pessoa ao longo da minha vida.
- Já tive relações coitais (com penetração) com mais de uma pessoa ao longo da minha vida.

3. Atualmente, como classifica o seu comportamento sexual? *

- Não tem relações sexuais.
- Tem relações sexuais que consistem em beijos, carícias, carícias genitais, etc. mas não acontece o coito.
- Tem relações sexuais que incluem o coito (penetração).

4. Responda a esta questão apenas se já teve alguma relação sexual (vaginal, anal ou oral). Quando teve relações sexuais (vaginal, anal ou oral) usou algum método contraceptivo? *

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

5. Responda a esta questão apenas se já teve alguma relação sexual (vaginal, anal ou oral). Que tipo de método contraceptivo usou? (Pode seleccionar mais do que uma opção) *

- Coito interrompido (remoção do pénis antes da ejaculação)
- DIU (Dispositivo Intra Uterino)
- Pílula
- preservativo
- Métodos naturais (temperatura corporal basal, calendário)
- Diafragma
- Espermicidas
- Esponja
- Outro: _____

6. Para cada questão assinale a opção que mais se identifica. *

Entende-se como companheiro/a o mesmo que namorado/a

	Sim	Às vezes	Não	Não tenho companheiro/a
Quando está com o seu/sua companheiro/a é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre vocês?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando se sente emocionalmente muito envolvido/a na relação com o seu/sua companheiro/a acha que pode mais facilmente ter relações coitais desprotegidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há vezes em que não se sente à vontade para falar com o seu/sua companheiro/a sobre a necessidade de usarem um método contraceptivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para si, ter relações sexuais com alguém, não implica necessariamente que esteja comprometido/a com essa pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se-ia capaz de ter relações sexuais com alguém que o/a atraísse muito e por quem pudesses estar apaixonado/a, mesmo que não conhecesse bem a pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está satisfeito/a com o tempo que passa com o seu companheiro/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você e o seu companheiro/a conversam sobre as expectativas de cada um?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você e o seu companheiro/a conseguem chegar a acordo quando há discordância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está satisfeito/a com o padrão de comunicação que tem com o seu/sua companheiro/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está satisfeito/a com a forma como você e o seu/sua companheiro/a expressam os sentimentos e emoções?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que você ou o seu companheiro/a têm algum tipo de disfunção/problema sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece estratégias que não implicam a toma de medicação para resolver algum tipo de disfunção/problema sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Que métodos contraceptivos conhece? Se não conhece nenhum responda "Não sei" *

8. Conhece alguém da sua idade ou mais novo que tenha engravidado? *

- Sim
- Não

9. Quais as consequências que pode ter uma gravidez na adolescência? *

Sua resposta

10. Que IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis) conhece? Se não conhece nenhuma escreva "Não sei" *

Sua resposta

11. Conhece alguém da sua idade ou mais novo que tenha alguma IST's? *

- Sim
- Não

12. Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos? *

- Sim
- Não

13. Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita? Se não souber responda "Não sei" *

Sua resposta

14. Destes métodos contraceptivos, quais protegem das IST's? *

	Protege	Não protege	Não sei
Pílula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anel vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo Intra Uterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preservativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espemicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esterilização (masculina ou feminina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pílula do dia seguinte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Responda às seguintes afirmações com Verdadeiro ou Falso. *

	Verdadeiro	Falso
O sexo tem de envolver sempre a penetração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O sexo deve terminar sempre num orgasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os homens sentem mais desejo sexual do que as mulheres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O homem quer e está "sempre pronto" para o sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O homem deve conduzir todo o acto sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os homens não devem expressar sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O álcool é um estimulante sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As mulheres que têm fantasias sexuais são perversas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A contracepção é só responsabilidade da mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um homem com um pénis maior tem melhor desempenho sexual do que um homem com um pénis pequeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A esterilização diminui o desejo sexual tanto na mulher como no homem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na primeira relação sexual a mulher nunca engravida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que a mulher engravide é necessário que o homem e a mulher atinjam o orgasmo simultaneamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A masturbação é um comportamento quase exclusivamente masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A masturbação durante a puberdade incapacita sexualmente o homem na vida adulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A masturbação é um hábito próprio de pessoas jovens e imaturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A masturbação praticada por um homem ou uma mulher é sinal de que algo não está bem na sua sexualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A masturbação causa distúrbios sexuais, físicos e/ou psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É perigoso ter relações sexuais durante a menstruação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante a menstruação, as mulheres não devem praticar desporto, nem tomar banho, ou lavar a cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação sexual da mulher depende do tamanho do pénis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A mulher não deve ter iniciativa sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ausência de hímen prova que uma mulher não é virgem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A mulher atinge o orgasmo ao sentir a penetração pelo pênis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A toma da pílula por muito tempo causa infertilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pílula do dia seguinte pode ser usado como contraceptivo frequente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O preservativo pode ser reutilizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O preservativo diminui o prazer sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para maior proteção devo utilizar o preservativo feminino e masculino em simultâneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O HIV é uma doença que se contrai através da saliva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se contrair HIV vou detetar rapidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se contrair HIV so preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Esteve presente na sessão desenvolvida pelos Enfermeiros sobre IST' s no dia 2 de Junho? *

- Sim
- Não



Be Fashion! Be Healthy!

O questionário chegou ao fim! Mais uma vez agradecemos a sua colaboração e disponibilidade para, em conjunto, dar um rumo ao nosso projeto. Tenha um ótimo dia.

[Enviar outra resposta](#)

Este formulário foi criado com o Formulário Google. [Clique aqui](#) para mais informações.

Google Formulários

Apêndice III – Determinação de Prioridades

Problemas	Comparação	Valor Final	%
P1 -Processo de Tomada de Decisão não mantida	P1 P1 P1 P1 P1 P1 P1 P1 P1 P1 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P1 = 3	27,3 %
P2 -Suscetibilidade à infecção aumentada	P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P1 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P2 = 11	100 %
P3 -Uso de contraceptivos ineficaz	P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P1 P2 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P3 = 8	72,7 %
P4 - Satisfação conjugal [no namoro] não mantida	P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P1 P2 P3 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P4 = 4	36,4 %
P5 – Dependência de substâncias psicoativas presente	P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P1 P2 P3 P4 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P5 = 5	45,5 %
P6 – Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado	P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P1 P2 P3 P4 P5 P7 P8 P9 P10 P11 P12	P6 = 7	63,6 %
P7 - Dependência sem substâncias presente	P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P7 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P8 P9 P10 P11 P12	P7 = 9	81,8 %
P8 - Risco de dependência sem substâncias aumentado	P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P9 P10 P11 P12	P8 = 9	81,8 %
P9 – Violência dirigida aos outros [no namoro] presente	P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P10 P11 P12	P9 = 0	0 %
P10 – Risco de violência dirigida aos outros [no namoro] aumentado	P10 P10 P10 P10 P10 P10 P10 P10 P10 P10 P10 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P11 P12	P10 = 2	18,2 %
P11 - Violência dirigida aos outros [bullying] presente	P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P12	P11 = 3	27,3 %
P12 - Risco de violência dirigida aos outros [bullying] aumentado	P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11	P12 = 3	27,3 %

Apêndice IV – Sessão de Educação para a Saúde sobre Uso de Contraceptivos (Apresentação em Power-Point e Plano de sessão)

The image displays a collection of 24 PowerPoint slides arranged in a 4x3 grid, providing educational content on contraceptive methods. The slides cover various aspects of family planning, including:

- Slide 1 (Top Left):** Logos for the Portuguese Health Service (Serviço Nacional de Saúde) and the National Institute of Health (Instituto Nacional de Saúde).
- Slide 2 (Top Middle):** A red and yellow shield with a 'P' inside, representing 'Poder, Proteção, Paixão' (Power, Protection, Passion).
- Slide 3 (Top Right):** 'Os preservativos podem ser reutilizados?' (Can condoms be reused?) with an image of several condoms hanging on a string.
- Slide 4 (Row 2, Col 1):** 'O uso da pílula protege das IST?' (Does pill use protect against STIs?) with an image of a pill bottle.
- Slide 5 (Row 2, Col 2):** 'Devemos usar mais do que um método contraceptivo em simultâneo, para maior eficácia?' (Should we use more than one contraceptive method simultaneously for greater effectiveness?) with an image of a pill bottle.
- Slide 6 (Row 2, Col 3):** 'Métodos Contraceptivos' (Contraceptive Methods) with an image of various contraceptive products.
- Slide 7 (Row 3, Col 1):** 'Como escolher o Método Contraceptivo mais Adequado?' (How to choose the most appropriate contraceptive method?) with an image of a condom.
- Slide 8 (Row 3, Col 2):** 'Como escolher o Método Contraceptivo mais Adequado?' (How to choose the most appropriate contraceptive method?) with a circular diagram showing different methods.
- Slide 9 (Row 3, Col 3):** 'Métodos Contraceptivos' (Contraceptive Methods) with a box highlighting 'Método 100% eficaz' (100% effective method) and 'Abstinência' (Abstinence).
- Slide 10 (Row 4, Col 1):** 'Métodos Contraceptivos' (Contraceptive Methods) with a flowchart showing categories like 'Métodos de Barreiras' (Barrier methods), 'Métodos Hormonais' (Hormonal methods), 'Métodos de Ação Local' (Local action methods), and 'Métodos de Ação Geral' (General action methods).
- Slide 11 (Row 4, Col 2):** 'Métodos Contraceptivos - NATURAL' (Natural contraceptive methods) with a diagram of the female reproductive system.
- Slide 12 (Row 4, Col 3):** 'Método de Condição' (Condition method) with a circular diagram showing the menstrual cycle.
- Slide 13 (Row 5, Col 1):** 'Métodos Contraceptivos - Método de Condição' (Condition method) with boxes for 'Varigérgico' and 'Ovulogérgico'.
- Slide 14 (Row 5, Col 2):** 'Método de Temperatura Basal' (Basal temperature method) with a line graph showing temperature fluctuations.
- Slide 15 (Row 5, Col 3):** 'Métodos Contraceptivos - Método de Temperatura' (Temperature method) with boxes for 'Varigérgico' and 'Ovulogérgico'.
- Slide 16 (Row 6, Col 1):** 'Método de Ação Interovariana' (Interovarian action method) with an image of a woman's reproductive system.
- Slide 17 (Row 6, Col 2):** 'Métodos Contraceptivos - Método de Ação Interovariana' (Interovarian action method) with boxes for 'Varigérgico' and 'Ovulogérgico'.
- Slide 18 (Row 6, Col 3):** 'Método de Ação' (Action method) with an image of a condom.

Sessão de Educação para a Saúde sobre Métodos Contraceptivos
Projeto “Be Fashion, Be Healthy”

PLANO DA SESSÃO - 13 DE outubro - 10H30-12h30

Dinamizadora: Joana Costa

Objetivo Geral:

1. Aumentar o conhecimento sobre contraceptivos dos estudantes da Escola de Moda do Porto.

Objetivos Específicos:

9. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre uso de contraceptivos em 50%;
10. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre contraceptivos em 50%;

Metas:

1. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre uso de contraceptivos em 50%, em 3 semanas;
2. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre contraceptivos em 50%, em 3 semanas;

Hora	OBJETIVO	CONTEÚDO	Método/Técnica	Tempo
10h30	Apresentação dos formadores e do tema	Apresentação pessoal dos formadores e do tema da sessão Revisão dos conteúdos da sessão anterior	Expositivo/exposição Ativo/divisão aleatória <i>Breve apresentação verbal dos formadores</i> <i>Previa disposição das cadeiras em U</i> <i>Perguntas e Respostas sobre principais conteúdos da sessão anterior</i>	<i>10'</i>

10h40	Motivar e integrar os alunos no tema da sessão	Métodos contraceptivos	<p align="center">Ativo/ "Jogo da Batata Quente"</p> <p><i>Disposição dos alunos de pé em círculo. Distribuição de um número aleatório a cada aluno que o deverá manter em segredo. Ao som de uma música dá-se um balão, que representa a "barriga de grávida", que deve correr de mão em mão até que se faça uma pausa na música. Quando a música parar, quem estiver com o balão na mão deve responder, imediatamente a uma questão. Se a resposta for correta continua em jogo e escolhe um número excluindo do jogo a pessoa correspondente. Caso a resposta seja errada é excluído e senta-se. O vencedor tem direito a um prémio.</i></p>	30'
11h10	Aumentar conhecimentos e adequar as crenças sobre métodos contraceptivos	Conceito de contraceção Tipos de métodos contraceptivos Escolha do método contraceptivo mais adequado Vantagens e Desvantagens Locais de aquisição gratuita	<p align="center">Expositivo/Exposição/Ativo</p> <p align="center">Participativo</p> <p><i>Apresentação em PowerPoint com a demonstração simultânea dos vários métodos contraceptivos</i></p>	40'
11h50	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Conclusão	<p align="center">Ativo</p>	10'

Apêndice V – Sessão de Educação para a Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (Apresentação em Power-Point e Plano de sessão)

1 "Jogo da Conquistas"

2 O que estão a SENTIR?

3

4 O que será o P?

5 Preservativo

6 O preservativo diminui o prazer sexual?

7 Os preservativos podem ser reutilizados?

8 Colocação do Preservativo Masculino

9 Colocação do Preservativo Feminino

10

11 Sumário

12 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

13 Tipos de IST

14 Herpes

15 VHB – Virus da Hepatite B

16 HPV

17 Sífilis

18 Clamidia

Gonorreia

Agente: *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococo)

Transmissibilidade: contacto sexual sem protecção

19

Candidíase

Agente: *Candida albicans* (Fungos)

Transmissibilidade: contacto sexual sem protecção ou contacto com superfícies húmidas

20

HIV

Agente: *HIV* (Vírus)

Transmissibilidade: Contacto sexual sem protecção, Contacto sanguíneo, Contacto com leite materno

21

"Eu acredito que..."

NÃO (Imagem de uma pessoa segurando um cartão branco)

SIM (Imagem de uma pessoa segurando um cartão verde)

22

O uso da pílula protege das IST?

NÃO

23

O HIV é uma doença que se contrai através da saliva?

NÃO

24

Transmissão do HIV

25

Se contrair HIV vou detetar rapidamente?

NÃO

- 1. Não há sintomas imediatos e nem sempre aparecem.
- 2. Os sintomas são semelhantes aos de outras doenças, como gripe, febre, dor de garganta, e podem desaparecer sem tratamento.
- 3. O diagnóstico só é possível através de testes de sangue.

26

Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?

NÃO

Tratamento Precoce

Reduz o risco de desenvolver complicações e melhora a qualidade de vida. Também reduz o risco de transmissão para o parceiro próximo.

27

O HIV contrai-se através de tatuagens ou piercings?

SIM

28

Se pretendo entrar em contacto com alguém, no trabalho ou em público, devo usar máscara e evitar contacto com superfícies?

PARA PENSAR USE!

29

Sinais que podem indicar uma IST

- 1. Sinais de infeção nos olhos, nariz ou garganta.
- 2. Sinais de infeção na pele.
- 3. Sinais de infeção na boca.
- 4. Sinais de infeção nos testículos ou no pênis.
- 5. Sinais de infeção no ânus.

30

Proteção contra as IST – O que fazer

- 1. Usar preservativo.
- 2. Evitar contacto sexual sem protecção.
- 3. Evitar contacto com sangue de outras pessoas.
- 4. Não compartilhar agulhas ou seringas.
- 5. Não compartilhar seringas de injeção.
- 6. Não compartilhar seringas de injeção.

31

Proteção contra as IST – O que fazer

- 1. Não compartilhar agulhas ou seringas.
- 2. Não compartilhar seringas de injeção.
- 3. Não compartilhar seringas de injeção.
- 4. Não compartilhar seringas de injeção.
- 5. Não compartilhar seringas de injeção.

32

Algumas infeções sexualmente transmissíveis podem ser tratadas e curadas. Mas algumas não podem. Não é certo que, apesar de não ter sintomas, não se está a transmitir.

33

Tem o teu parceiro de confiança? Deves seguir a seguinte orientação:

Se não, usa o preservativo sempre.

Se sim, usa o preservativo sempre.

34

Contactos úteis

ADF - Associação de Doentes Fungos

IEC - Instituto Europeu de Câncer

CAD - Centro de Apoio ao Doente

35

Contactos úteis

Associação de Doentes Fungos

Instituto Europeu de Câncer

Centro de Apoio ao Doente

36

Sessão de Educação para a Saúde sobre IST's

PLANO DA SESSÃO – 4 de outubro 10H30-12h30

Dinamizadores: Carlos Pinto, Joana Costa, Patrícia Moreira

Objetivo Geral:

2. Diminuir a suscetibilidade às infeções sexualmente transmissíveis dos estudantes da Escola de Moda do Porto.

Objetivos Específicos:

11. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre IST's em 50%;
12. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre IST's em 50%;

Metas:

3. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre IST's em 50%, em 6 semanas;
4. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre IST's em 50%, em 6 semanas;
- 5.

Hora	OBJETIVO	CONTEÚDO	Método/Técnica	Tempo
10h30	Apresentação	Apresentação pessoal dos formadores Refresh dos conteúdos da sessão anterior	Expositivo/exposição Ativo/divisão aleatória <i>Breve apresentação verbal dos formadores</i> <i>Previa disposição das cadeiras em U</i> <i>Perguntas e Respostas sobre principais conteúdos da sessão anterior</i>	10'

10h40	<p>Aumentar o conhecimento sobre IST</p> <p>(Risco de IST, uso de preservativo, partilha de emoções)</p>	<p>Risco de IST</p> <p>Introdução do tema</p> <p>Importância do preservativo na proteção contra IST</p> <p>Partilha de emoções</p>	<p>Ativo/ "Jogo da Batata Quente"</p> <p><i>Disposição dos alunos de pé em círculo. Distribuição de um número aleatório a cada aluno que o deverá manter em segredo. Ao som de uma música dá-se um balão, que representa a "barriga de grávida", que deve correr de mão em mão até que se faça uma pausa na música. Quando a música parar, quem estiver com o balão na mão deve responder, imediatamente a uma questão. Se a resposta for correta continua em jogo e escolhe um número excluindo do jogo a pessoa correspondente. Caso a resposta seja errada é excluído e senta-se. O vencedor tem direito a um prémio.</i></p>	30'
11h20	<p>Aumentar o conhecimento sobre os cuidados a ter com o preservativo e sua correta colocação</p>	<p>Cuidados a ter com o preservativo (validade, integridade, certificação e armazenamento)</p> <p>Cuidados a ter na colocação do preservativo</p>	<p>Ativo/Expositivo</p> <p><i>Explicação dos cuidados a ter desde a aquisição do preservativo, até a sua utilização.</i></p> <p><i>Demonstração da colocação do preservativo masculino e feminino</i></p>	20'
11h40	<p>Aumentar conhecimento sobre IST</p>	<p>Conceitos</p> <p>Tipos de IST</p> <p>Vias de Transmissão</p>	<p>Expositivo/Exposição Participativo</p>	20'

		Sinais e Sintomas Proteção contra IST Contatos úteis	<i>Apresentação em PowerPoint</i>	
12h00	Adequar crenças sobre IST	Crenças sobre IST	<p align="center">Ativo/“Acredito que...”</p> <p><i>O formador pede a cada elemento para colocar a venda nos olhos e para levantar a mão direita que tem um cartão verde quando a resposta for “SIM” e levantar a mão esquerda que tem um cartão branco quando a resposta for “NÃO”</i></p> <p><i>Realizam-se as 5 perguntas sobre as crenças, os resultados são contabilizados e anotados e, no final do jogo, confrontam-se as respostas, desconstruindo-se as crenças.</i></p>	20’
12h20	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Conclusão	Ativo	10’

Apêndice VI – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo de Substâncias Psicoativas (Apresentação em Power-Point e Plano de sessão)

1 **Consumo de substâncias psicoativas**

2 **Consumo de substâncias psicoativas**

3 **Substâncias Psicoativas**
São substâncias químicas que provocam alterações químicas e físicas, podendo modificar a modo de pensar, de sentir e de agir, de quem as consome e levam à dependência física e psicológica.

4 **Causas que levam ao consumo...**

- Curiosidade
- Pressão dos colegas
- Pressão do grupo
- Influência da mídia
- Ser expulso da escola, falta de acompanhamento
- Não a identificação precoce dos sinais de origem pessoal da dependência
- Falta de acesso a atendimento especializado por motivos: falta de laborar

5 **Como acontece a dependência?**
A dependência física ocorre quando o organismo se acostuma a receber a substância e, quando não recebe, sente falta e precisa tomar mais para sentir o mesmo efeito.

6 **Tipos de Dependência**
Dependência Psicológica - intenso desejo de se drogou.
Dependência Física - o organismo fica dependente da droga e a falta desta provoca um grande mal-estar físico.

7 **Vias de Administração**
Absorção pelas mucosas do ânus, da vagina ou da boca.
Inspiradas ("enfadas")
Fumadas
Inaladas
Injetadas
Ingeridas

8 **Tipos de Drogas**

Substância	Via de administração	Efeitos	Sinais e sintomas	Exemplos
Alcool	Ingerida	Depressão do sistema nervoso central	Atordoamento, náusea, vômito, tontura, perda de equilíbrio	Uísque, cerveja, vinho
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha

9 **Tipos de Drogas**

Substância	Via de administração	Efeitos	Sinais e sintomas	Exemplos
Alcool	Ingerida	Depressão do sistema nervoso central	Atordoamento, náusea, vômito, tontura, perda de equilíbrio	Uísque, cerveja, vinho
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha

10 **Tipos de Drogas**

Substância	Via de administração	Efeitos	Sinais e sintomas	Exemplos
Alcool	Ingerida	Depressão do sistema nervoso central	Atordoamento, náusea, vômito, tontura, perda de equilíbrio	Uísque, cerveja, vinho
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha

11 **Tipos de Drogas**

Substância	Via de administração	Efeitos	Sinais e sintomas	Exemplos
Alcool	Ingerida	Depressão do sistema nervoso central	Atordoamento, náusea, vômito, tontura, perda de equilíbrio	Uísque, cerveja, vinho
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha

12 **Tipos de Drogas**

Substância	Via de administração	Efeitos	Sinais e sintomas	Exemplos
Alcool	Ingerida	Depressão do sistema nervoso central	Atordoamento, náusea, vômito, tontura, perda de equilíbrio	Uísque, cerveja, vinho
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha
Alérgicos	Inalados	Ativação do sistema nervoso central	Excitação, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	Cocaína, crack, maconha

13 **Drogas - Classificação**
As drogas classificam-se através de uma grande diversidade de bases, tamanho e composição.

14 **Treatmento**
Conceito relacionado com o tratamento:
Motivação
Demonstração
Desmistificação
Remissão
Grupos auto-ajudados
Programas de recuperação comunitária

15 **Fatores individuais de proteção ao consumo de substâncias psicoativas:**

- 1. Temperamento positivo
- 2. Baixa taxa de auto-estima
- 3. Baixa taxa de auto-estima
- 4. Baixa taxa de auto-estima
- 5. Baixa taxa de auto-estima
- 6. Baixa taxa de auto-estima
- 7. Baixa taxa de auto-estima
- 8. Baixa taxa de auto-estima
- 9. Baixa taxa de auto-estima
- 10. Baixa taxa de auto-estima

16

17 **Qual o efeito do tabaco?**
Pulmão Saudável VS Pulmão de Fumador(a)

18 **Se não desistiremos agora: NO FUTURO, VOCÊ VAI DESEJAR TER PARADO HOJE.**

Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo de Substâncias Psicoativas

Projeto “Be Fashion, Be Healthy”

PLANO DA SESSÃO - 20 de outubro - 10H30-12h30

Dinamizadora: Joana Costa

Objetivo Geral:

3. Aumentar o conhecimento sobre *consumo de substâncias psicoativas* dos estudantes da Escola de Moda do Porto.

Objetivos Específicos:

13. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre o *consumo de substâncias psicoativas* em 50%;
14. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre o *consumo de substâncias psicoativas* em 50%;

Metas:

6. Aumentar o conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre o *consumo de substâncias psicoativas* em 50%, em 2 semanas;
7. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre o *consumo de substâncias psicoativas* em 50%, em 2 semanas;

Hora	OBJETIVO	CONTEÚDO	Método/Técnica	Tempo
10h30	Apresentação dos formadores e do tema	Apresentação pessoal dos formadores e do tema da sessão	Expositivo/exposição Ativo/divisão aleatória <i>Breve apresentação verbal dos formadores</i> <i>Previa disposição das cadeiras em U</i>	10'
10h40	Aumentar conhecimentos		Expositivo/Exposição/Ativo Participativo/	

	sobre consumo de substâncias psicoativas				
			<i>Apresentação em PowerPoint com recurso a um vídeo que ilustra os efeitos do consumo de substâncias psicoativas no organismo;</i>	20'	
	Motivar e integrar os alunos no tema da sessão	Conceito de substâncias psicoativas	<p>Tipos de substâncias psicoativas e seus efeitos a curto e longo prazo no organismo</p> <p>Fatores de risco e de proteção do consumo de substâncias psicoativas</p> <p>Efeitos do tabaco, drogas e álcool nos principais órgãos: pulmões, cérebro e fígado, respetivamente</p> <p>Exemplos de personalidades famosas que consomem/consumiram drogas</p>	<i>Divisão da turma em dois grupos para realização de um debate: um grupo representa as pessoas que consomem substâncias psicoativas e o outro grupo representa as pessoas que não consomem, tendo ambos que defender as razões que levam a essa tomada de decisão, sendo que serão conduzidos a abordar os seguintes temas:</i>	25'
	Adequar as crenças sobre consumo de substâncias psicoativas			<p><i>Consumo de Drogas vs Família</i></p> <p><i>Consumo de Drogas vs Amigos</i></p> <p><i>Consumo de Drogas vs Projeto de Vida</i></p>	
				<i>Apresentação em PowerPoint com recurso a outro vídeo e imagens que ilustram os efeitos do tabaco, drogas e álcool nos principais órgãos: pulmões, cérebro e fígado, respetivamente;</i>	10'
				Realização de uma experiência em sala de aula: misturar um ovo com álcool e bater, num recipiente. Observar-se-á a gema a endurecer à medida que se vai batendo o ovo, demonstrando-se o que acontece às células de um fígado cirrótico, que também vai ficando endurecido, com a constante ingestão abusiva de álcool;	10'
				Efeitos do consumo excessivo na imagem corporal, com exemplos de pessoas famosas.	5'
11h50	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Conclusão		Ativo	10'

Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo Sem Substância

(Apresentação em Power-Point; Plano de sessão; Teste de Dependência da Internet)

The image displays a grid of 18 PowerPoint slides, numbered 1 through 18, arranged in four rows and three columns. The slides are as follows:

- Slide 1:** Title slide with logos for 'LIGAMINHO' and 'JMP'.
- Slide 2:** 'Consumo sem substância' with images of pills and a person's head.
- Slide 3:** A flowchart diagram with a central box labeled 'Dependência' and arrows pointing to 'Depressão' and 'Ansiedade'.
- Slide 4:** A collage of images showing people using various devices like smartphones, tablets, and laptops.
- Slide 5:** 'Tem consciência do quão dependente está da internet?' with images of people looking at their phones.
- Slide 6:** 'Resultados:' with three categories: '20-49 pontos', '50-79 pontos', and '80-100 pontos', each with a brief description.
- Slide 7:** A solid black square.
- Slide 8:** 'Características que predispõem a dependência:' with a list of factors like 'Excesso de tempo online', 'Isolamento social', etc.
- Slide 9:** 'Como identificar uma depressão?' with a list of symptoms and a small image of a person.
- Slide 10:** 'Medidas de prevenção:' with a list of tips and a small image of dice.
- Slide 11:** 'Critérios de dependência de internet:' with a list of criteria like 'Preocupação com o uso', 'Falta de controle', etc.
- Slide 12:** 'Três estratégias simples para lidar com a dependência:' with a flowchart and an image of a person at a computer.
- Slide 13:** 'Dependência vs Depressão:' with a list of differences and a small image of dice.
- Slide 14:** 'Como funciona o tratamento de quem se torna dependente da tecnologia?' with an image of hands holding a smartphone.
- Slide 15:** 'Além das dependências existem outros riscos associados das tecnologias:' with images of a smartphone, a hand holding a device, and a person's head.
- Slide 16:** 'Devido ao uso do TELEMÓVEL:' with an image of a person sitting on a chair.
- Slide 17:** 'Estratégias de prevenção:' with a list of tips and images of a person using a phone.
- Slide 18:** 'Recursos disponíveis:' with a list of resources and images of people using devices.

19

Riscos de Saúde
O uso excessivo de dispositivos eletrônicos pode causar problemas de saúde, como dores de cabeça, fadiga visual e problemas de postura.

Proteção de Dados
É importante proteger seus dados pessoais e evitar compartilhar informações sensíveis em redes sociais ou aplicativos não confiáveis.

Segurança Pessoal
Evite fornecer informações pessoais em sites não seguros e evite clicar em links suspeitos em e-mails ou mensagens.



21

Riscos Para os Direitos de Autoria de Internet

O uso de dispositivos eletrônicos pode causar problemas de saúde, como dores de cabeça, fadiga visual e problemas de postura.

Além disso, o uso de dispositivos eletrônicos pode causar problemas de segurança, como roubo de dados e ataques de phishing.

22

Riscos devido ao uso da INTERNET

23

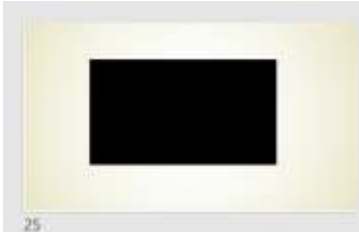
Riscos
O uso de dispositivos eletrônicos pode causar problemas de saúde, como dores de cabeça, fadiga visual e problemas de postura.

Segurança
É importante proteger seus dados pessoais e evitar compartilhar informações sensíveis em redes sociais ou aplicativos não confiáveis.

24

Cyberbullying

Astúcia e Perseguição
Harassamento público
Risco de identidade
Troca de malwares



26

ALERTA

Nunca tiremos 100% das peças funcionais. Agure temos 300% de produção e usar ferramentas!

27

Condição

É importante proteger seus dados pessoais e evitar compartilhar informações sensíveis em redes sociais ou aplicativos não confiáveis.

28

Segurança de dados
Proteção de dados
Recuperação de dados

Sessão de Educação para a Saúde sobre Consumo Sem Substância

Projeto “Be Fashion, Be Healthy”

PLANO DA SESSÃO - 27 de outubro - 10H30-12h30

Dinamizadora: Joana Costa

Objetivo Geral:

4. Aumentar o conhecimento sobre *consumo sem substância* dos estudantes da Escola de Moda do Porto.

Objetivos Específicos:

15. Aumentar conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre *consumo sem substância* em 50%;
16. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre *consumo sem substância* em 50%;

Metas:

8. Aumentar o conhecimento dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre *consumo sem substância* em 50%, até dezembro de 2017;
9. Adequar as crenças dos estudantes da Escola de Moda do Porto, sobre *consumo sem substância* em 50%, até dezembro de 2017;
- 10.

Hora	OBJETIVO	CONTEÚDO	Método/Técnica	Tempo
10h30	Apresentação dos formadores e do tema	Apresentação pessoal dos formadores e do tema da sessão	Expositivo/exposição Ativo/divisão aleatória <i>Breve apresentação verbal dos formadores e tema</i> <i>Previa disposição das cadeiras em U</i>	10'

10h40	Aumentar conhecimentos sobre <i>consumo sem substância</i>	Conceito de <i>consumo sem substância</i>	Expositivo/Exposição/Ativo Participativo/	
		Vantagens das novas tecnologias		
	Motivar e integrar os alunos no tema da sessão	Teste de Dependência da Internet	<i>Apresentação em PowerPoint das vantagens das novas tecnologias, com recurso a imagens. Realização de um teste de dependência da internet com breve explicação de resultados;</i>	30'
		Características que predispõem a dependência sem substância e como identificar esta dependência	<i>Apresentação em PowerPoint de um vídeo que ilustra os efeitos da dependência do consumo sem substância na pessoa/sociedade; Organização de um debate sobre o uso excessivo das tecnologias e consequência disso a nível pessoal, familiar, no trabalho/escola, e na sociedade: "Será que vivemos sozinhos no meio da multidão?".</i>	40'
Adequar as crenças sobre <i>consumo sem substância</i>	Critérios de dependência de Internet	<i>Apresentação em PowerPoint. Recurso a outro vídeo que ilustra os perigos da internet.</i>	30'	
	Riscos decorrentes das tecnologias devido ao uso de telemóvel e da internet			
	Conceito de Cyberbullying			
	Perigos inerentes ao Cyberbullying			
	Conselhos para uma utilização que minimize os riscos das tecnologias			
12h20	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	Ativo	10'
		Conclusão		

Teste de Dependência da Internet

Como pode saber se já é dependente ou se está a caminhar muito rapidamente para isso? O Teste de Dependência da Internet (TDI) é a primeira forma validada e credível de medir o vício da utilização da Internet. Desenvolvido pela Dra. Kimberly Young, o TDI é um questionário com 20 perguntas que mede níveis ligeiros, moderados e graves de dependência da Internet.

Para avaliar o seu nível de dependência, responda às perguntas seguintes, rodeando o número correspondente à sua resposta ou a opção “Não se aplica”:

Idade: _____

Sexo: M / F (rodear a opção correta)

1. Com que frequência repara que está on-line mais tempo do que tencionava?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

2. Com que frequência negligencia tarefas domésticas para passar mais tempo on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

3. Com que frequência prefere estar na Internet em vez de estar com o namorado (a)?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

4. Com que frequência estabelece novas amizades com outros utilizadores on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

5. Com que frequência as pessoas que fazem parte da sua vida se queixam sobre a quantidade de tempo que passa on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

6. Com que frequência as suas notas ou trabalho escolar sofrem devido à quantidade de tempo que passa on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

7. Com que frequência verifica o correio eletrónico antes de qualquer outra coisa que precise de fazer?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

8. Com que frequência o seu desempenho ou produtividade no trabalho sofrem devido à Internet?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

9. Com que frequência tem uma atitude defensiva ou de secretismo quando alguém lhe pergunta o que está a fazer on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

10. Com que frequência bloqueia os pensamentos perturbantes sobre a sua vida com pensamentos reconfortantes da Internet?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

11. Com que frequência se encontra a ansiar por voltar a estar on-line novamente?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

12. Com que frequência tem receio de que a vida sem Internet seja aborrecida, vazia e sem alegria?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

13. Com que frequência refila, grita ou fica irritado(a) se alguém o(a) incomoda enquanto está on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

14. Com que frequência perde o sono devido a estar na Internet até muito tarde?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

15 – Com que frequência fica preocupado com a Internet quando não está on-line ou fantasia com estar on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

16. Com que frequência dá por si a dizer "só mais uns minutos" quando está on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

17. Com que frequência tenta reduzir a quantidade de tempo que passa on-line e não consegue?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

18. Com que frequência tenta esconder a quantidade de tempo que passou on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

19. Com que frequência escolhe passar mais tempo on-line em detrimento de sair com outras pessoas?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

20. Com que frequência se sente deprimido(a), instável ou nervoso(a) quando não está on-line e isso desaparece quando volta a estar on-line?

1 – Raramente 2 – Ocasionalmente 3 – Frequentemente 4 – Quase Sempre 5 – Sempre

Não se aplica

Resultados: Depois de ter respondido a todas as questões, some os números que selecionou para cada resposta para obter uma pontuação final.

Total: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VIII – Tabela Comparativa de Diagnósticos: antes e após a intervenção

Antes da Intervenção	Após a Intervenção
Processo de tomada de decisão não mantido em 33,3%	Processo de tomada de decisão não mantido em 23,5%
<p><u>Conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado em 33,3%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual?” Profissional de Saúde em 66,7% • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 24,2% 	<p><u>Conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado em 23,5%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual?” Profissional de Saúde em 76,5% • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 11,8%
Suscetibilidade à infeção aumentada em 40 %	Suscetibilidade à infeção aumentada em 20,5 %
<p><u>Conhecimento sobre IST não demonstrado em 39,4 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Que IST’s conhece?” Não sei em 39,4% • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 24,2% <p><u>Crenças sobre IST não adequadas em 40 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “O uso da pilula protege das IST?” Sim em 12% • “A SIDA é uma doença que se contrai através da saliva?” Sim em 18,2% • “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 6,1 % • “Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?” Sim em 18,2% 	<p><u>Conhecimento sobre IST não demonstrado em 17,6%</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Que IST’s conhece?” Não sei em 17,6% • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 11,8% <p><u>Crenças sobre IST não adequadas em 20,5 %</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “O uso da pilula protege das IST?” Sim em 14% • “A SIDA é uma doença que se contrai através da saliva?” Sim em 18,2%, • “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 11,7 % • “Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?” Sim em 17,6%

<ul style="list-style-type: none"> • “O HIV não se contrai através de tatuagens ou piercings?” Não em 40% • “O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 3% 	<ul style="list-style-type: none"> • “O HIV não se contrai através de tatuagens ou piercings?” Não em 20,5% • “O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 0%
Uso de contraceptivos não eficaz em 24,2 %	Uso de contraceptivos não eficaz em 11,8 %
<u>Conhecimento sobre uso de contraceptivos não demonstrado em 24,2%</u>	<u>Conhecimento sobre uso de contraceptivos não demonstrado em 11,8%</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não em 24,2% 	<ul style="list-style-type: none"> • “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não em 11,8%
<u>Crenças sobre o uso de contraceptivo não adequado em 18,2 %</u>	<u>Crenças sobre o uso de contraceptivo não adequado em 17,6 %</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “A contraceção é só responsabilidade da mulher?” Sim em 9 % • “Tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade?” Sim em 18,2 % • “A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?” Sim em 9 % • “o preservativo pode ser reutilizado” Sim 9% 	<ul style="list-style-type: none"> • “A contraceção é só responsabilidade da mulher?” Sim em 5,9 % • “Tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade?” Sim em 17,6 % • “A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?” Sim em 14,7 % • “o preservativo pode ser reutilizado” Sim 0%
Dependência de substâncias psicoativas presente 45,5%	Dependência de substâncias psicoativas presente 45,5%
<u>Abuso de substâncias psicoativas presente em 45,5%</u>	<u>Abuso de substâncias psicoativas presente em 45,5%</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência:” Álcool – Socialmente em 45,5%; Frequentemente em 12,1% Tabaco – Socialmente em 0%; Frequentemente em 33,3% 	<ul style="list-style-type: none"> • “Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência:” Álcool – Socialmente em 45,5%; Frequentemente em 3% Tabaco – Socialmente em 11,7%; Frequentemente em 24,2%

Drogas – Socialmente em 12,1%; Frequentemente em 0%	Drogas – Socialmente em 11,7%; Frequentemente em 0%
Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado em 54,5 %	Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado em 47,1 %
<u>Conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado em 30,3%</u>	<u>Conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado em 26,5%</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “Todos os tipos de drogas causam dependência física? Não em 30,3 % 	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos os tipos de drogas causam dependência física? Não em 26,5 %
<u>Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 54,5%;</u>	<u>Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 47,1%;</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?” Sim em 54,5 % • “Se no seu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas, acabaria por beber para não se sentir diferente e para se sentir melhor integrado/a no grupo?” Sim em 15,2% • “Se no grupo de amigos se consumir drogas, sente-se ‘tentado’ a consumir mais vezes?” Sim em 21,2 % 	<ul style="list-style-type: none"> • “Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?” Sim em 47,1 % • “Se no seu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas, acabaria por beber para não se sentir diferente e para se sentir melhor integrado/a no grupo?” Sim em 15,2% • “Se no grupo de amigos se consumir drogas, sente-se ‘tentado’ a consumir mais vezes?” Sim em 26,5 %
<u>Crenças sobre substâncias psicoativas não adequadas em 33,3 %</u>	<u>Crenças sobre substâncias psicoativas não adequadas em 38,2 %</u>
<ul style="list-style-type: none"> • “O álcool facilita as relações sociais?” Sim em 33,3% • “O consumo de álcool aumenta a performance sexual?” Sim em 30,3% • “As drogas leves não causam habituação?” Sim em 18,2% 	<ul style="list-style-type: none"> • “O álcool facilita as relações sociais?” Sim em 38,2 % • “O consumo de álcool aumenta a performance sexual?” Sim em 26,5% • “As drogas leves não causam habituação?” Sim em 8,8%

Dependência sem substância presente em 81,8%	Dependência sem substância presente em 88,2%
<u>Abuso de internet/jogos presente em 81,8%</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Se tiver que fica um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?” Sim em 54,5% • “Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?” Sim em 81,8% • “Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?” Sim em 60,6% 	<u>Abuso de internet/jogos presente em 88,2%</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Se tiver que fica um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?” Sim em 41,2% • “Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?” Sim em 88,2% • “Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?” Sim em 41,2%
Risco de dependência sem substâncias aumentado em 60,6%	Risco de dependência sem substâncias aumentado em 57,6%
<u>Conhecimento sobre riscos do uso da internet/jogos não demonstrado em 57,7 %</u> <ul style="list-style-type: none"> • “O uso inadequado da internet pode trazer perigos?” Não em 0% • “A internet/jogos não causam dependência” Sim em 57,7% • “A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?” Não em 48,5% 	<u>Conhecimento sobre riscos do uso da internet/jogos não demonstrado em 20,5 %</u> <ul style="list-style-type: none"> • “O uso inadequado da internet pode trazer perigos?” Não em 0% • “A internet/jogos não causam dependência” Sim em 20,5% • “A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?” Não em 8,8%
<u>Atitude face à vulnerabilidade do uso da internet/jogos facilitadora em 45,5 %;</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?” Sim em 45,5% 	<u>Atitude face à vulnerabilidade do uso da internet/jogos facilitadora em 55,9 %;</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?” Sim em 55,9%
<u>Crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas em 60,6%</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?” Sim em 3,03% • “As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?” Sim em 60,6% 	<u>Crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas em 50 %</u> <ul style="list-style-type: none"> • “Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?” Sim em 2,9% • “As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?” Sim em 50%

1. Para cada questão/afirmação assinale a opção que mais se adequa *

	Verdadeiro	Falso
O uso inadequado da internet pode trazer perigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é aceder à internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A internet/jogos não causam dependência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A internet/jogos provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se deve usar o telemóvel enquanto este está a carregar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A radiação do telemóvel é mais intensa dentro de um elevador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É indiferente ter o telemóvel mais longe ou mais perto de nós quando estamos a dormir, desde que esteja sem som.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para conversas mais longas é preferível usar o telemóvel do que o telefone fixo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vírus, Spam e Cyberbullying são alguns dos riscos da internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O uso excessivo do telemóvel pode levar a problemas cardíacos, síndrome de vibração fantasma, desalinhamento corporal, surdez e aumento do stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tiver que fica um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência. *

	Consumo Frequentemente	Consumo Socialmente	Nao Consumo
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Para cada questão/afirmação, indique se é Verdadeiro ou Falso. *

	Verdadeiro	Falso
Todo o tipo de drogas causam dependência física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tabaco só faz mal a quem fuma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se no seu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas, acabaria por beber para não se sentir diferente e para se sentir melhor integrado/a no grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O consumo de alcool aumenta a performance sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As drogas leves não causam habituação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O alcool é uma droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber alcool não afeta a capacidade de condução.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O consumo de tabaco aumenta a taxa de cancro no pulmão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A toxicodependência é um estado de dependência psicológica e/ou física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se no seu grupo de amigos se consumir drogas, sente-se "tentado/a" a consumir mais vezes, porque o ambiente é propício?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O álcool facilita as relações sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte III



1. Se tiver dúvidas no âmbito da sexualidade (métodos contraceptivos, IST's, afetos, alterações físicas e psicológicas, etc) a quem pode recorrer? *
2. Que IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis) conhece? Se não conhece nenhuma escreva "Não sei".
3. Indique alguns sinais e sintomas mais comuns nas IST's. Se não conhece nenhum escreva "Não sei". *
4. Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma GRATUITA? Se não souber responde "Não sei" *
5. Destes métodos contraceptivos, quais protegem das IST's? *

	Protege	Não protege	Não sei
Pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo Intra Uterino (DIU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espermicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esterilização (masculina ou feminina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pílula do dia seguinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Responda às seguintes questões com verdadeiro ou falso *

	Sim	Não
A contracepção é só responsabilidade da mulher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na primeira relação sexual a mulher nunca engravida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A toma da pílula por muito tempo causa infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo pode ser reutilizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo diminui o prazer sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para maior proteção devo utilizar o preservativo feminino e masculino em simultâneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O HIV é uma doença que se contrai através da saliva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se contrair HIV vou detetar rapidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte IV

1. Esteve presente nas sessões desenvolvidas pelos Enfermeiros? *

- Sim, em todas
- Sim, em algumas
- Não

2. Ficou satisfeito com a forma como os diferentes temas foram abordados? *

- Muito Satisfeito
- Satisfeito
- Indiferente
- Pouco satisfeito
- Não satisfeito

3. Considera ter aumentado os seus conhecimentos sobre os diversos temas abordados? *

- Sim

- Não

Gostaria que houvessem mais sessões de educação para a saúde na EMP, sobre outros temas? *

- Sim

- Não *Pare de preencher este formulário.*

Sugestões

Que temas sugere para futuras sessões de educação para a saúde na EMP?

Apêndice X – Objetivos Gerais do Plano de Estudos

1. Possuir conhecimento e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem;
2. Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);
3. Ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
4. Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

5. Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Apêndice XI – Objetivos Específicos do Plano de Estudos

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;

20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área de EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC;
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;

Apêndice XII – Objetivos pessoais e atividades planejadas, tendo por base os objetivos específicos do curso

Objetivos pessoais (considerando os objetivos gerais do curso)	Atividades planejadas	Objetivos específicos do curso
Desenvolver uma atmosfera de trabalho positiva na UCC da Baixa do Porto;	Conhecer a estrutura/dinâmica de funcionamento da UCC;	4; 8
	Conhecer as políticas de saúde em uso na UCC;	4; 8
	Conhecer/usufruir dos recursos UCC;	4; 8
	Estabelecer relação profissional (facilitadora de aprendizagem) com os profissionais da UCC;	17
	Estabelecer relação pedagógica com o tutor/orientador;	17
	Promover o envolvimento da estudante nas atividades planejadas pela UCC, assim como o envolvimento da equipa nas atividades planejadas (diagnóstico-intervenção-avaliação);	17
	Elaborar relatórios/portfólios crítico-reflexivos que auxiliem na avaliação do próprio;	4; 8; 9; 11; 13; 21
	Gerir eficazmente o tempo;	14
Ampliar competências comunicacionais/ de relação interpessoal;	Minimizar os fatores externos que perturbam a comunicação eficaz;	1; 14; 16
	Estabelecer relação terapêutica com a comunidade escolar (professores/funcionários, alunos, pais/encarregados de educação);	1; 4; 14; 16
	Comunicar à equipa multidisciplinar/equipa académica os projetos/resultados identificados;	2; 6; 8; 9; 17
	Participar ativamente nas orientações tutoriais/reuniões da equipa multidisciplinar;	2; 6; 8; 17
	Participar na discussão de problemas identificados pela equipa multidisciplinar/académica;	3; 8; 11; 17; 19; 25
	Apresentar os resultados ao longo do projeto em comunicações livres em eventos científicos;	2; 6; 8; 9

Caracterizar a comunidade abrangida pela UCC Baixa do Porto	Conhecer a área demográfica abrangida pela UCC da Baixa do Porto	2; 14; 16
	Contactar com a comunidade da Escola de Moda do Porto	2; 14; 16
	Conhecer as organizações, associações, e grupos importantes para a UCC da Baixa do Porto;	8; 12; 14; 16
Ampliar competências na aplicação do processo de enfermagem, na área de especialização em enfermagem comunitária;	Elaborar um instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades da Escola de Moda do Porto	5; 7; 12; 14; 15; 16; 20; 22
	Implementar o instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades Escola de Moda do Porto	5; 7; 12; 14; 15; 16; 20; 22
	Identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com os resultados obtidos na colheita de dados;	5; 7; 12; 14; 15; 16; 20; 22
	Estabelecer prioridades;	7; 8; 9; 10; 12
	Formular objetivos mensuráveis para avaliação da mudança;	8; 9; 10; 12
	Planear as intervenções comunitárias (considerando a filosofia da enfermagem avançada);	8; 9; 10; 12; 14; 5; 18; 19; 21; 23; 26
	Planear/ executar/avaliar ações de educação para a saúde considerando os diagnósticos de enfermagem formulados;	14; 16; 19; 21; 24
	Identificar os recursos da UCC Baixa do Porto/comunidade (Identificar as funções de cada elemento da comunidade da UCC; Conhecer os materiais e equipamentos disponíveis; Identificar possíveis fontes de financiamento)	8; 12; 14; 16
	Realizar parcerias com os recursos da UCC/comunidade;	14; 16; 19; 21; 24
	Encaminhar para os recursos da comunidade;	14; 16; 19; 21; 24
Identificar o nível de empoderamento comunitário na Escola de Moda do Porto, no contexto de um projeto de intervenção comunitária, antes e após a aplicação do MAIEC;	8; 12; 14; 16; 19; 21; 22	

	Identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com o MAIEC, na Escola de Moda do Porto;	8; 12; 14; 16; 22
	Elaborar indicadores de processo/resultado para obter ganhos em saúde sensíveis aos resultados de enfermagem, depois da aplicação do MAIEC, na Escola de Moda do Porto;	5; 7; 14; 15; 19; 21
	Comparar o nível de empoderamento comunitário da comunidade escolar antes e após a aplicação do MAIEC;	5; 7; 8; 13; 14; 15; 19; 20; 21
	Incorporar os resultados da investigação na prática;	5; 7; 8; 13; 14; 15; 19; 20; 21
Ampliar conhecimentos, habilidades; capacidades na área de especialização de enfermagem comunitária;	Refletir criticamente na e sobre a prática;	3; 4; 5; 9; 11; 13
	Atuar segundo a prática baseada na evidência;	5; 7; 8; 13; 14; 15; 19; 20; 21
	Treinar a realização de um diagnóstico de saúde;	8; 10; 12; 22
	Treinar a intervenção comunitária;	8; 10; 12; 22
	Efetuar pesquisa bibliografia de acordo com as dificuldades sentidas;	3; 4; 5; 9; 13; 20
	Investigar temas pertinentes para a estudante;	21; 22
Ampliar competências de supervisão clínica, enquanto especialista em enfermagem comunitária;	Identificar necessidades formativas;	27
	Colaborar na integração de novos profissionais;	8; 25; 29
	Colaborar na formação dos estudantes/enfermeiros;	8; 25; 28

Anexos

Anexo I – Escala de Graff

Anexo II - Apgar Familiar De Smilkstein

Anexo III – Escala FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

Anexo IV – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Anexo V – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar

Anexo VI – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com as UCC no ano 2016

Anexo I – Escala de Graff

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/13/12/___
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Anexo II - Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Avaliação final:

Anexo III – Escala FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

FACES II (30 itens)
COESÃO FAMILIAR - 16 itens
<p><u>Laços emocionais:</u></p> <p>(+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.</p> <p>(-) 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.</p>
<p><u>Limites familiares:</u></p> <p>(-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.</p> <p>(-) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.</p>
<p><u>Coligações:</u></p> <p>(-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.</p> <p>(-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.</p>
<p><u>Tempo:</u></p> <p>(+) 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.</p> <p>(+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.</p>
<p><u>Espaço:</u></p> <p>(+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.</p> <p>(-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.</p>
<p><u>Amigos:</u></p> <p>(+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.</p> <p>(+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.</p>
<p><u>Decisões:</u></p> <p>(+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.</p> <p>(+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.</p>
<p><u>Interesses e Lazer:</u></p> <p>(-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.</p> <p>(+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.</p>

FACES II (30 itens)

ADAPTABILIDADE FAMILIAR - 14 itens

Imposição:

- (+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.
- (+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.
- (-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.

Liderança:

- (+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.
- (+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.

Disciplina:

- (+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.
- (+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.

Negociação:

- (+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.
- (+) 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.
- (+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.

Papéis:

- (+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.
- (+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.

Regras:

- (+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.
- (-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.

Quadro 24: itens e conceitos relacionados com a Adaptabilidade

As 4 categorias de Coesão e as 4 de Adaptabilidade ficaram, então, designados como:

a) Desmembrada, Separada, Ligada e Muito ligada;

b) Rígida, Estruturada, Flexível e Muito flexível.

A interpretação linear dos resultados da FACES II:

COESÃO	
8	
7	Muito Ligada
6	
5	Ligada
4	
3	Separada
2	
1	Desmembrada
ADAPTABILIDADE	
8	
7	Muito Flexível
6	
5	Flexível
4	
3	Estruturada
2	
1	Rígida
TIPO DE FAMÍLIA (= Coesão + Adaptabilidade / 2)	
8	
7	Muito Equilibrada
6	
5	Equilibrada
4	
3	Meio-termo
2	
1	Extrema

Anexo IV – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18

37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		

Anexo V – Matriz Operativa do Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar

A-DIMENSÃO ESTRUTURAL

Composição familiar

1. Tipo de Família:

- Casal: Heterossexual ___ Homossexual ___
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família Institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

2. Família Extensa:

Identificação da família extensa (para cada membro, nome, parentesco, data de nascimento, estado civil, adoções, óbitos).

Familiares com que estabelece maior relação (confiança, afetividade, ajuda, contato).

○ Tipo de contato

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/ e-mail
- Outro (Especificar)

○ Intensidade de contacto

- Diário
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro (Especificar) _____

○ Funções das relações

- Companhia social (Realização de atividades em conjunto, ou simplesmente estar juntos) – atividades entre o casal e/com os filhos.

Quem?

- Apoio emocional (Atitude emocional positiva, compreensão, empatia, estímulo, apoio) - amizades íntimas, relações familiares próximas como casal.
Quem?

- Guia cognitivo e conselhos (Interações de partilha de informações pessoais e sociais).
Quem?

- Regulação Social (Reafirmação de responsabilidades dos papéis do casal, enquanto membro da família e pais).
Quem?

- Ajuda material e de serviço – serviços de saúde, sociais
Quem?

- Acesso a novos contactos (Possibilidade de conexão com outras pessoas e/ou redes) – o casal no trabalho, no seu ambiente social.
Quem?

Dimensão estrutural de Contexto

1. Religião

- Católica
 Protestante
 Ortodoxa
 Testemunha da Jeová
 Judaísmo
 Islamismo
 Outra: _____
 Sem religião: Ateu Agnóstico

Para cada elemento da família, mencionar o tipo de vínculo nos seguintes aspetos:

- Trabalho
 Instituição de Ensino – Escola
 Instituições de Saúde
 Instituições Religiosas
 IPSS

- Atividades de lazer e cultura
- Amigos
- Outros Subsistemas

Tipo de vínculo

Vínculo forte Vínculo Normal Vínculo fraco Vínculo Fusional

1. Edifício Residencial

Tipo:

- Barraca
- Habitação Social
- Apartamento
- Vivenda ou Moradia
- Outro (especificar): _____

Divisões:

Cozinha: SIM NÃO

Sala: SIM NÃO

Quartos: SIM NÃO N° de quartos _____

Casa de Banho: SIM Não N° de casas de banho (dentro/fora) _____

Barreiras arquitetônicas: SIM NÃO

Se SIM, quais: _____

Aquecimento: SIM NÃO

Tipo de Aquecimento:

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor elétrico
- Lareira
- Cobertor elétrico

Abastecimento de Gás: SIM NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija

Higiene da Habitação:

Habitação espaçosa: SIM NÃO

Habitação conservada: SIM NÃO

Ventilação: Boa Escassa Sem ventilação

2. Sistema de Abastecimento

Abastecimento de água

- Não tem
- Rede Pública
- Rede Privada (poço)
- Rede Mista

Em caso de utilização da água da rede privada para consumo humano:
Controle da qualidade da água: SIM NÃO

Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico):
 Rede Pública
 Fossa séptica
 Não tem

Serviço de Eletricidade: SIM NÃO

3. Ambiente Biológico

Animal Doméstico: SIM NÃO
Se SIM, qual ou quais: _____

Vacinação: SIM NÃO

Desparasitação: SIM NÃO

Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.):

B-DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Satisfação Conjugal

1. Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

- Satisfação do casal como cada um expressa os seus sentimentos

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

2. Comunicação do casal

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um
SIM NÃO

- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião
SIM NÃO

- Satisfação com o padrão de comunicação do casal

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

3. Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

- Conhecimento do casal sobre sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

4. Função Sexual

- Disfunções sexuais

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

Tipo de disfunção

Perturbação do desejo sexual Especificar: _____

Disfunção erétil

Disfunção de ejaculação Especificar: _____

Perturbações do orgasmo

- Dispareunia
- Vaginismo
- Outras Especificar: _____

- Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução de problemas de disfunção sexual.

SIM NÃO

Planeamento Familiar

1. Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/mais filhos

SIM NÃO

Se SIM quando: _____

- Alterações na fertilidade do casal

SIM NÃO

Se SIM quando: _____

- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade

SIM NÃO

2. Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré concepcional.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez.

SIM NÃO

3. Uso de contraceptivos

- Método

- Anticoncepcional oral
- Anticoncepcional injetável
- Anel vaginal

- Implante intra- dérmico
- Adesivo transdérmico
- Cirúrgico
- Espermicida
- Preservativo
- Naturais

- Interrupção do uso do contraceptivo

SIM NÃO

- Motivo

- Indicação médica
- Planeamento de gravidez
- Gravidez
- Outro motivo: Especificar: _____

- Satisfação com o contraceptivo adotado.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre contraceptivo de emergência.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivos.

SIM NÃO

4. Conhecimento sobre Reprodução

Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado da gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre desvantagens daa gravidez não desejada e/ou planeada.

SIM NÃO Especificar: _____

Adaptação à gravidez

1. Conhecimento

Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade/paternidade.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre novo ciclo vital.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre desenvolvimento fetal.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puérperio.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebé.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comunicação

O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade.

SIM NÃO Especificar: _____

Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamento de adesão

A grávida/casal é assídua às consultas de Saúde Materna/Obstetria.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal está inscrito/frequenta o curso de preparação para o parto.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal está a preparar o enxoval da mãe e do bebé.

SIM NÃO Especificar: _____

Papel Parental

a) Família com filhos pequenos (de recém – nascido à infância escolar)

1. Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimentos sobre o aleitamento materno.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre choro do recém- nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológico.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde.

- SIM NÃO Especificar: _____
Conhecimento dos pais sobre competências do recém – nascido.
- SIM NÃO Especificar: _____
Conhecimento dos pais sobre características do recém – nascido.
- SIM NÃO Especificar: _____
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação.
- SIM NÃO Especificar: _____

2. Conhecimento do papel (recém-nascido à infância escolar)

- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre socialização.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social.
SIM NÃO Especificar: _____
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.
SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamento de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização da criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

4. Consenso do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

5. Conflitos do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

6. Saturação do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____
SIM NÃO _____
Se SIM especificar : _____

b) Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)

1. Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre higiene oral;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre pais sobre vigilância de saúde/vacinação.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre socialização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Adaptação da família à escola

Reorganização funcional para adaptação aos novos horários.

SIM NÃO Especificar: _____

Criação de espaço para a criança estudar.

SIM NÃO Especificar: _____

Participação dos pais nas atividades de estudo da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares;

SIM NÃO Especificar: _____

Promoção da socialização/autonomia da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem positivamente com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

4. Consenso do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

5. Conflitos do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

6. Saturação do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

c) Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)

1. Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre higiene oral.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre pais sobre vigilância de saúde/vacinação.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre socialização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem positivamente com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Consenso do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

d) **Família com filhos adultos**

1. Conhecimento do Papel

Conhecimento dos pais sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental;

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamentos de adesão

Adaptação da família a saída de casa dos filhos

SIM NÃO Especificar: _____

Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto.

SIM NÃO

Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos.

SIM NÃO

Satisfação com o contato mantido com o(s) filho(s)

SIM NÃO

Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)

SIM NÃO

3. Consenso do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

C-DIMENSÃO FUNCIONAL

MEMBRO DA FAMÍLIA DEPENDENTE SIM NÃO

Dependência em:

○ **Autocuidado Higiene**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Vestuário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Comer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Beber**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Ir ao sanitário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

- **Autocuidado Comportamento sono-reposo**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

- **Autocuidado Atividade de lazer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

- **Autocuidado Atividade Física**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

- **Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar _____

○ **Autovigilância**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar _____

○ **Autoadministração de medicamentos**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar _____

Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Letrado: SIM NÃO

Profissão: _____

Contato: _____

Papel de prestador de cuidados

1. Conhecimento do papel

a) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a periodicidade da lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

b) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação o vestuário ao clima.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de despir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para despir.

SIM NÃO Especificar: _____

c) Conhecimento do prestador / Aprendizagem de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a preparação de alimentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de alimentação (oral, SNG).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação.

SIM NÃO Especificar: _____

d) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

e) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

f) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado comportamento sono-reposo

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso.

SIM NÃO Especificar: _____

g) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer.

SIM NÃO Especificar: _____

h) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé).
SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.
SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.
SIM NÃO Especificar: _____

i) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso.
Sim____ Não____

j) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia /hiperglicemia.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.
SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.
SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.
SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés.

SIM NÃO Especificar: _____

k) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamento de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Consenso do Papel

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

Processo Familiar

Escala de Readaptação social de Holmes e Rabe

Score total _____

Comunicação familiar

1. Comunicação emocional

Quem na família expressa mais sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.

FAVORAVEL NÃO FAVORAVEL Se NÃO FAVORÁVEL, especificar:

2. Comunicação verbal / não verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja e cada u, compreende de forma clara o que os outros dizem.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Comunicação circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.

FAVORAVEL NÃO FAVORAVEL Se NÃO FAVORÁVEL, especificar:

Coping familiar

1. Solução de problemas

Quem na família expressa mais os sentimentos.

Quem tem a iniciativa para os resolver.

Existe discussão sobre os problemas na família.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Papeis familiares

1. Interação de Papeis Familiares

○ Papel de provedor

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ Papel de gestão financeira

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de cuidado doméstico**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel recreativo**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de parente**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Relação dinâmica

1. Influência e Poder

Membro com maior poder na família.

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

2. Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Os membros da família mantem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Coesão e adaptabilidade da família

Escala de FACES II

○ Coesão

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito ligada

○ Adaptabilidade

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito flexível

○ Tipo de família

Muito equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

4. Funcionalidade da família – perceção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

- Família altamente funcional
- Família com moderada disfunção
- Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

- Família altamente funcional
- Família com moderada disfunção
- Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

- Família altamente funcional
- Família com moderada disfunção
- Família com disfunção acentuada

5. Crenças familiares

Religiosas

Espirituais

Valores

Culturais

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde

Referência Bibliográfica:

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta, **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar** – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, Lusociência, 2012.

Anexo VI – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com as UCC no ano 2016

Código	Nome de Indicador	Área de Indicador	Tipo	Ponderação	ID
3.16.01	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Transversal	Desemp. Assist.	4%	279
3.17.01	Proporção utentes. aval. equipa. multip. Prim. 48h	Transversal	Acesso	4%	280
3.18.01	Número médio visitas domic. por utente, por mês	Transversal	Acesso	4%	281
3.19.01	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Saúde Escolar	Desemp. Assist.	7%	282
3.21.01	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	SPCJ	Desemp. Assist.	4%	283
6.49.01	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. Atingidos	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	284
6.60.01	Taxa de efetividade prevenção de úlceras pressão	Transversal	Desemp. Assist.	7%	285
6.51.01	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	Transversal	Desemp. Assist.	9%	286
2.15.01	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	RNCC	Desemp. Assist.	9%	287
6.52.01	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Transversal	Desemp. Assist.	9%	288
6.53.01	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Transversal	Desemp. Assist.	6%	289
6.54.01	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	Transversal	Desemp. Assist.	9%	290
6.55.01	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	RNCC	Desemp. Assist.	7%	291
7.18.01	Taxa de ocupação da ECCI	RNCC	Desemp. Assist.	7%	292
7.19.01	Tempo médio de permanência em ECCI	RNCC	Desemp. Assist.	7%	293

Fonte: Portal do SNS - 27/03/2016

Legenda: ID – Nº sequencial do Indicador no documento “Bilhete de identidade dos indicadores utilizados na contratualização das UCC”.