



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

SAÚDE JUVENIL NO CONTEXTO COMUNITÁRIO:

Uma abordagem em contexto escolar e familiar

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

por

Patrícia Maria Ribeiro Moreira

Porto, julho de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

SAÚDE JUVENIL NO CONTEXTO COMUNITÁRIO:

Uma abordagem em contexto escolar e familiar

YOUTH HEALTH IN THE COMMUNITY CONTEXT:

An approach in school and family context

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

por

Patrícia Maria Ribeiro Moreira

Sob Orientação de: Professor Doutor Pedro Melo

Porto, julho de 2018

RESUMO

Introdução: A Enfermagem Comunitária no contexto da saúde escolar tem um papel fundamental na capacitação dos adolescentes na educação para os afetos e sexualidade, prevenção do consumo de substâncias psicoativas e de comportamentos aditivos sem substâncias e prevenção da violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*. Estas áreas estão identificadas como prioritárias pela Direção Geral de Saúde no Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015. Este relatório pretende descrever o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária e competências académicas para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, constituído por três Módulos.

Objetivo: Identificar ganhos em saúde no contexto da saúde juvenil em contexto escolar, através do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária e identificar os contributos do enfermeiro de família na abordagem dos problemas identificados no projeto no contexto escolar, no âmbito da saúde familiar, numa USF.

População: No Módulo I e II, alunos do 1º ano dos cursos profissionais de uma Escola Profissional do Porto e no Módulo III, os utentes e famílias inscritos na lista de um enfermeiro de família de uma USF.

Método: No Módulo I e II, foi aplicado um pré-teste, seguido que um questionário, analisado através do aplicativo IBM SPSS e realizadas todas as fases constituintes do Planeamento em Saúde, entre maio de 2017 e janeiro de 2018. No Módulo III, foi realizada da atividade de diagnóstico sugerida na matriz operativa do MDAIF, entre novembro de 2017 e janeiro de 2018.

Discussão de resultados: Do Módulo I e II, verificou-se que os alunos apresentam défice de conhecimento e crenças inadequadas relativas às infeções sexualmente transmissíveis (IST), recursos da comunidade, métodos contraceptivos, dependências de substâncias e sem substâncias, e sobre violência dirigida aos outros no que diz respeito a violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*. Este grupo de adolescentes mantém uma atitude de vulnerabilidade quanto ao consumo de jogos/internet e risco de contrair IST. Face aos problemas identificados, procedeu-se à priorização dos problemas, através da técnica de comparação por pares e a colaboração de dois peritos na área, tendo sido definido como prioritários para a intervenção, a “Suscetibilidade às IST” e o “Risco de violência dirigida aos outros [no namoro]”. Realizadas as restantes fases do planeamento em saúde e na avaliação da intervenção, foi aplicado um questionário, tendo como resultado: diminuição em 10% da suscetibilidade às IST e diminuição de 37,3% do risco de violência dirigida aos outros [no namoro]. Do Módulo III, verificou-se que a família apresenta necessidade de intervenção nas três dimensões do MDAIF.

Conclusão: O estágio desenvolvido permitiu contextos favoráveis para o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, permitindo produzir ganhos em saúde para a comunidade em que intervimos e em simultâneo o desenvolvimento de competências académicas para adquirir o grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Escolar, Comportamento do Adolescente

ABSTRACT

Introduction: Community Health Nursing in the context of school health have a fundamental role in the training of adolescents in education for affection and sexuality, prevention of substance use and addictive behaviours without substance and prevention of dating violence, bullying and cyberbullying. These areas are identified as priorities by the General Directorate of Health in the National School Health Program of 2015. This report intends to describe the course of development of Specialized competences in Community Health Nursing and academic competences for the acquisition of the Master Degree in Nursing, within the scope of the Master course in Nursing with Specialization in Community Health Nursing, School of Nursing, Institute of Sciences of the Universidade Católica Portuguesa, constituted by three Modules.

Objective: To identify health gains in the context of youth health in a school context, through the development of a community intervention project and to identify the contributions of the family nurse to addressing the problems identified in the project in the context of family health, in a USF.

Population: In Module I and II, students of the 1st year of the professional courses of a Professional School of Porto and in Module III, the users and families enrolled in the list of a family nurse of a USF.

Method: In Module I and II, a pre-test was applied, followed by a questionnaire, analysed through the IBM SPSS application and performed all phases of Health Planning between May 2017 and January 2018. In Module III, was performed from the suggested diagnostic activity in the MDAIF operational matrix between November 2017 and January 2018.

Discussion of results: From Module I and II, students were found to had inadequate knowledge and beliefs regarding Sexually Transmitted Infection (STI), community resources, contraceptive methods, substance dependence and no substance, and directed violence to others regarding dating violence, bullying, and cyberbullying. This group of adolescents maintains an attitude of vulnerability regarding the consumption of games/internet and risk of contracting STI. In view of the problems identified, the problems were prioritized through the peer-comparison technique and the collaboration of two experts in the area, with "Susceptibility to STI" and "Risks of Violence addressed to others [dating]". After the remaining phases of health planning and intervention evaluation, a questionnaire was applied, resulting in a 10% decrease in susceptibility to STI and a 37.3% reduction in the risk of violence directed at others. From Module III, it was verified that the family presents need for intervention in the three dimensions of MDAIF.

Conclusion: The developed stage allowed favourable context for the development of the necessary competences for the exercise as Nurse Specialist in Community Health Nursing, allowing to produce gains in health for the community in which we intervene and simultaneously the development of academic competences to acquire the Master degree in Nursing.

Key-words: Community Health Nursing, School Health, Adolescent Behaviour

AGRADECIMENTOS

Aproveito esta oportunidade para expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, possibilitaram a concretização deste projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária.

De forma mais individual, gostaria de expressar um sentido agradecimento:

- Ao Professor Doutor Pedro Melo, orientador deste percurso, pela competência, motivação, preocupação e disponibilidade;
- Ao Enfermeiro Carlos Pinto, tutor do Módulo I e II, e responsável pela Saúde Escolar da UCC onde se desenvolveu o estágio, pela paciência e acompanhamento durante todo o processo de planeamento.
- À Direção do ACeS, da UCC e da Escola Profissional alvo do projeto, em especial à Professora Cidália (Coordenadora Pedagógica) e Professora Susana pela receptividade.
- Aos alunos do 1º ano dos Cursos Profissionais da referida escola, pela excelente participação durante as sessões de Educação para a Saúde, que facilitou largamente o meu trabalho;
- A toda equipa multidisciplinar da USF onde decorreu o estágio do Módulo III, em especial ao Enfermeiro Carlos Cancela, pelos preciosos ensinamentos e disponibilidade, que tornaram a minha integração em toda a dinâmica da USF fácil e eficaz;
- À família alvo do meu estudo de caso, decorrente do Módulo III, pelo carinho e disponibilidade, que facilitou a execução do mesmo;
- Aos meus colegas de Mestrado, em especial à Enfermeira Joana Costa e Joana Bastos, pela partilha, apoio e amizade ao longo deste percurso;
- À minha família e amigos pelo amor, paciência e compreensão pelas constantes ausências.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
- APAV – Associação de Proteção e Apoio a Vítima
- APF - Associação para o Planeamento da Família
- ASCJR - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção precoce VIH/SIDA
- CEE - Comunidade Económica Europeia
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPCJ - Comissão Proteção de Crianças Jovens
- CSP- Cuidados de Saúde Primários
- ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- CPE – Cursos profissionais da escola
- EPS – Educação para a 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
- PNSM - Programa Nacional de Saúde Mental
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SNS- Serviço Nacional de Saúde
- UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
- USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. Políticas de Saúde.....	20
1.1 Plano Nacional de Saúde.....	21
1.2 Programa Nacional de Saúde Escolar	22
2. Contextos de Desenvolvimento do Projeto	23
2.1 Cuidados de Saúde Primários.....	23
2.2 Unidade de Cuidados da Comunidade	25
2.3 Escolas Profissionais	26
3. Áreas de Atenção do Projeto	27
3.1 Saúde Mental e Competências Socioemocionais	27
3.2 Educação para os Afetos e a Sexualidade	29
3.3 Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.	32
4. Planeamento em Saúde.....	35
4.1 Diagnóstico de Situação	36
4.2 Definição de Prioridades	36
4.3 Fixação de Objetivos	37
4.4 Seleção de Estratégias	38
4.5 Elaboração de Programas e Projetos	38
4.6 Preparação da Execução.....	39
4.7 Execução	39
4.8 Avaliação.....	39
CAPÍTULO II – PROJETO: “ESCOLA PROFISSIONAL COM SAÚDE”	41
1. Contexto	43
1.1 ACeS do Porto.....	43
1.2 Unidade de Cuidados da Comunidade	43
1.3 Escola Profissional	44
2. Diagnóstico de Situação	45
2.1 Caraterização da Amostra	47
2.2 Análise e Discussão de Resultados	48

2.3	Diagnósticos de Enfermagem	50
3.	Definição de Prioridades	52
4.	Fixação de Objetivos.....	52
4.1	Objetivos Gerais e Metas	53
4.2	Indicadores	54
5.	Seleção de Estratégias	55
6.	Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução	57
7.	Execução	57
8.	Avaliação	59
8.1	Indicadores de Processo/Discussão.....	59
8.2	Indicadores de Resultado/Discussão	60
8.3	Indicadores de Estrutura	62
CAPÍTULO III - OUTRAS EXPERIÊNCIAS		63
1.	Uma Experiência em Saúde Familiar.....	65
1.1	Enfermagem em Saúde Familiar	65
1.2	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	66
1.3	Objetivos do Estudo	69
1.4	Tipo de Estudo e Variáveis	69
1.5	Contexto e População.....	69
1.6	Procedimento de Recolha dos Dados.....	70
1.7	Apresentação de Dados	70
1.7.1	Dimensão Estrutural.....	70
1.7.2	Dimensão de Desenvolvimento	73
1.7.3	Dimensão Funcional	76
1.8	Diagnósticos de Enfermagem	79
1.9	A Saúde Juvenil No Contexto Da Saúde Familiar	80
2.	Uma Experiência de Investigação em Enfermagem Comunitária	83
2.1	Projeto MAIEC	83
2.2.	Avaliação Do Nível De Empoderamento De Uma Comunidade.....	84
CAPÍTULO IV - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA		87
CONCLUSÃO		91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		99
APÊNDICES		103

Apêndice I – Atividade Diagnóstica.....	105
Apêndice II - Questionário aplicado à Escola Profissional	111
Apêndice III – Caracterização da Amostra.....	125
Apêndice IV – Resultados e Diagnósticos Formulados	129
Apêndice V - Definição de Prioridades: Técnica de Comparação por Pares	135
Apêndice VI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre IST	141
Apêndice VII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro	143
Apêndice VIII - Sessão de Educação para a Saúde sobre IST	147
Apêndice IX - Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro	151
Apêndice X – Questionário de Avaliação após a Intervenção	155
Apêndice XI – Tabela Comparativa do Diagnóstico (antes da intervenção) e da Avaliação (após a intervenção).....	161
Apêndice XII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Estrutural	165
Apêndice XIII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão de Desenvolvimento	169
Apêndice XIV – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Funcional	173
ANEXOS.....	177
Anexo I – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com as UCC no ano 2016	179
Anexo II – Definições e Dimensões Operativas do MDAIF	183
Anexo III – Escala de Graffar e critérios relativos ao tipo de habitação.....	187
Anexo IV – FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)	191
Anexo V – Apgar Familiar de Smilkstein	195
Anexo VI – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	199
Anexo VII – Matriz Operativa do MDAIF.....	203
Anexo VIII – Matriz de decisão clínica do MAIEC.....	225
Anexo IX – Objetivos Gerais do Plano de Estudos.....	229
Anexo X – Objetivos Específicos do Plano de Estudos	233
Anexo XI – Objetivos pessoais e atividades planeadas, tendo por base os objetivos específicos do curso.....	237

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Principais etapas no processo de planeamento de saúde	35
Figura 2 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	67
Figura 3 – Genograma.....	71
Figura 4 – Ecomapa.....	72
Figura 5 – Nível de Empoderamento da escola para promover um clima organizacional saudável.....	86
Tabela 1 - Diagnósticos de Enfermagem e Critérios de Diagnóstico	45
Tabela 2 - Distribuição da Amostra segundo os dados sociodemográficos.....	47
Tabela 3 - Definições e dimensões operativas referentes à Dimensão Estrutural.....	185
Tabela 4 - Definições e dimensões operativas referentes à Dimensão de Desenvolvimento	185

INTRODUÇÃO

A Comunidade segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), corresponde 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 e o Enfermeiro tem o dever de intervir profissionalmente na comunidade, enquanto objeto próprio de cuidado, como determina o n.º 2 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Com os atuais desafios impostos aos sistemas de saúde, a comunidade surge como um ambiente privilegiado para a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas.

A nível da área específica da enfermagem comunitária, existe no contexto da Universidade Católica Portuguesa um projeto de investigação decorrente de uma tese de doutoramento (Melo, Pedro, 2016) que pretende identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária, utilizando um modelo centrado na comunidade como cliente dos Enfermeiros.

O presente relatório surge com o intuito de descrever o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária, decorrente do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, constituído por três Módulos.

Atualmente os Enfermeiros Especialistas têm competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, como necessárias para a obtenção do grau 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.*” (Ordem dos Enfermeiros, 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.

A Saúde Escolar surge como um contexto privilegiado para o desenvolvimento destas competências, através: da avaliação do estado de saúde da comunidade escolar; capacitação dos adolescentes para as áreas de atenção definidas para o projeto, educação

para os afetos e sexualidade, prevenção do consumo de substâncias psicoativas e de comportamentos aditivos sem substâncias e prevenção da violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*; integração das mesmas no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015, no Eixo da Capacitação e nas áreas: saúde mental e competências socioemocionais; educação para os afetos e sexualidade; e prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância; e cooperação na vigilância epidemiológica.

O projeto decorreu entre maio de 2017 e janeiro de 2018, correspondendo ao Módulo I – Diagnóstico de Saúde e Módulo II – Intervenção de acordo com as necessidades, tendo como população as turmas do 1º ano, dos cursos profissionais de uma escola profissional, abrangida pela Unidade de Cuidados da Comunidade que pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde do Porto. Foi aplicado um pré-teste, seguido que um questionário, analisado através do aplicativo *IBM SPSS Statistics for Windows Versão 24* e realizadas todas as fases constituintes do Planeamento em Saúde, sendo elas: o diagnóstico de situação da população alvo, a partir do qual foram detetadas as necessidades, definidas prioridades, fixados objetivos, selecionadas estratégias, elaborados programas e projetos, execução dos mesmos e avaliação, através de indicadores para obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Incluído neste relatório foi realizado um estágio opcional, referente ao Módulo III – Módulo Opcional, com o objetivo de conhecer a dinâmica de funcionamento de um contexto diferente dentro dos Cuidados de Saúde Primários. A escolha recaiu para a Unidade de Saúde Familiar (USF) para compreensão da intervenção do enfermeiro numa área de especialidade que está em consolidação, 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. Em simultâneo, foi realizada a seleção de uma família, identificados os dados avaliativos de acordo com a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de (Figueiredo, 2012), identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem, e formulados diagnósticos de acordo com os critérios pré-estabelecidos pelo mesmo modelo.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o pilar central do Sistema Nacional de Saúde (SNS), reconhecido no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, “*Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença,*

prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”.

Existe evidência, que já desde os tempos de Florence Nightingale, os enfermeiros se preocuparam em integrar a família como foco de atenção dos cuidados. A família enquanto unidade sistêmica com funções sociais, *“mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa”*, (Figueiredo, 2012) deste modo, torna-se importante ampliar o foco de observação do indivíduo para a família e compreender a complexidade, globalidade e multidimensionalidade da mesma, no que se refere a estrutura, processos de desenvolvimento e estilo funcional, face às exigências e especificidades do seu ciclo vital.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos: a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização dos apontamentos realizados e reflexão sistemática dos mesmos; acompanhamento durante o percurso pelo Enfermeiro responsável pela Unidade de Cuidados da Comunidade, Enf.º Carlos Pinto e pelo Enfermeiro de Família da USF, Enf.º Carlos Cancela; reuniões tutoriais com o Professor Orientador, Doutor Pedro Melo e Co-Orientadora Mestre Sandra Moura, visando a orientação científica e crítica no decurso do estágio e da redação do presente projeto; e a análise das competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária.

O presente relatório encontra-se estruturado em Introdução, seguido de 4 (quatro) capítulos. O Capítulo I relativo ao enquadramento teórico, que pretende espelhar a temática e respetiva pesquisa bibliográfica, baseada em conceções teóricas e evidência científica que a sustentam e justificar a pertinência da temática para a prática de Enfermagem, através da clarificação e articulação de conceitos e aprofundamento de conhecimentos. Este capítulo encontra-se dividido em quatro pontos: no primeiro ponto procuramos enquadrar as Políticas de Saúde relativas ao Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional de Saúde Escolar; no segundo ponto contextualizamos os Cuidados de Saúde Primários, as Unidade de Cuidados na Comunidade e as Escolas Profissionais no contexto das parcerias de Saúde; no terceiro ponto serão abordadas as áreas de atenção de interesse para o projeto: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade e a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância e no quarto e último ponto procuramos enquadrar o processo, no que respeita, ao Planeamento em Saúde e as suas etapas, bem como, a relação com a decisão clínica em enfermagem Comunitária.

O Capítulo II é relativo à descrição do projeto de investigação intitulado “Escola Profissional com Saúde” e encontra-se dividido em oito pontos: o primeiro ponto será abordado o contexto onde se desenvolveu o projeto, nomeadamente o ACeS, a UCC e a Escola Profissional; nos sete pontos seguintes, em cada um será descrito cada fase do Planeamento em Saúde: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, a preparação da execução, a execução e a avaliação.

O Capítulo III abrange duas experiências diferentes proporcionadas pelo curso, encontrando-se este capítulo dividido em dois grandes pontos: O primeiro ponto refere-se à Experiência vivenciada no contexto da Saúde Familiar e inclui: a Enfermagem de Saúde Familiar e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; objetivos, tipo de estudo e variáveis, contexto e população, procedimento de recolha de dados, apresentação dos dados obtidos com a aplicação da matriz operativa das três dimensões: Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional e a definição dos diagnósticos a partir de critérios pré-definidos por (Figueiredo, 2012) no MDAIF, de acordo com as necessidades identificadas; por fim uma reflexão sobre a Saúde Juvenil no contexto da saúde familiar; e o segundo ponto refere-se à experiência de investigação em Enfermagem Comunitária e inclui: a Contextualização do Projeto MAIEC; e a avaliação do nível de empoderamento de uma comunidade.

No Capítulo IV é realizada uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ao longo deste projeto.

Por fim, é realizada uma Conclusão que explana a evolução sentida enquanto pessoa e profissional ao longo deste projeto, implicações para a prática clínica no contexto da UCC onde decorreu o estágio, o papel do ensino da Universidade Católica do Porto enquanto potenciador do desenvolvimento das competências e algumas inquietudes que ficam como sugestões para o desenvolvimento de estudos no contexto da área do projeto.

As referências bibliográficas seguem as normas adotadas no âmbito do respetivo Mestrado, com o estilo APA.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo corresponde ao enquadramento teórico e pretende espelhar a temática e respetiva pesquisa bibliográfica, baseada em conceções teóricas e evidência científica que a sustentam e justificar a pertinência da temática, para a prática de Enfermagem, através da clarificação e articulação de conceitos, e aprofundamento de conhecimentos.

Estrutturamos este capítulo em quatro pontos:

- No primeiro ponto procuramos enquadrar as Políticas de Saúde relativas ao Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- No segundo ponto contextualizamos os Cuidados de Saúde Primários, as Unidade de Cuidados na Comunidade e as Escolas Profissionais no contexto das parcerias de Saúde;
- No terceiro ponto serão abordadas as áreas de atenção de interesse para o projeto: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade e a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.
- No quarto ponto procuramos enquadrar o processo, no que respeita, ao Planeamento em Saúde e as suas etapas, bem como, a relação com a decisão clínica em enfermagem Comunitária.

1. Políticas de Saúde

As políticas de Saúde em Portugal têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, no sentido de melhorar a saúde e os serviços de Saúde, marcadas por três transformações de grande importância:

- em 1974 a democratização e descolonização e criação através da Lei nº 56/79 de 15 de setembro “*de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*” para uma resposta mais adequada às necessidades (com uma cobertura mais extensa e equitativa), sendo a saúde um direito dos cidadãos prevista no artigo 64º da Constituição da República de 1976;
- em 1985 a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) permitindo o acesso ao financiamento europeu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas, onde se incluía a área da saúde; em 1989 ocorre a segunda Revisão Constitucional, artigo 64.º e o serviço nacional de saúde passa a ser “*tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*” com introdução de taxas moderadoras; em 1990 a saúde deixa de ser da responsabilidade exclusiva do Estado, para ser da responsabilidade de cada indivíduo, das iniciativas sociais e privadas;
- em 2000 a integração na União Monetária Europeia, num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. (Rede de Investigadores do OPSS, 2003)

Em 2003 foi criada a Entidade Reguladora da Saúde, tendo como objetivos centrais garantir a universalidade no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e promover a adoção de regras adequadas de concorrência entre os operadores.

O primeiro documento orientador de toda a intervenção em saúde, foi publicado em 2004 e designado Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, tendo vindo a sofrer atualizações ao longo do tempo, para o PNS 2012-2016 e posteriormente a Revisão e Extensão a 2020.

1.1 Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) *“é um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de caráter estratégico, destinadas a capacitar e promover o empowerment do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial.”* (DGS, 2013)

O primeiro documento orientador de toda a intervenção em saúde, foi publicado em 2004 e designado PNS 2004-2010, tendo obtido uma participação alargada e um amplo consenso quanto à prioridade de saúde, e um compromisso político para alcançar ganhos em saúde, com a prevenção e promoção da saúde.

No entanto foram apontadas limitações ao plano, referentes a questões financeiras, de qualidade e segurança que suportam a sustentabilidade dos serviços de saúde, a hierarquia de indicadores e metas, definição do método de atribuição de ganhos e necessidade de maior foco nos determinantes sociais, e resultados em saúde. Neste sentido foi criado o PNS de 2012-2016, com apenas quatro metas abrangentes e uma visão clara de *“maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”* (DGS, 2013). Este constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Proposta de Lei n.º 253/XII), bem como às recomendações do relatório da Organização do Mundial de Saúde-Euro sobre a implementação do PNS considerando-se adequado desenvolver uma revisão da execução do Plano, estendendo-o a 2020. A atualização do PNS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico.

No PNS em vigor, *“considera-se que a capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil e do sector privado e social, assim como do nível de planeamento estratégico nacional”*. Este plano recomenda o envolvimento destes agentes e procura demonstrar que os seus esforços são decisivos para a missão social e para a concretização de uma visão comum de Sistema de Saúde, através da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

O PNS desenvolve diversos programas de educação para a saúde e autogestão da doença, entre eles, o Programa Nacional de Saúde Escolar.

1.2 Programa Nacional de Saúde Escolar

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015, resultou da necessidade de adequar o PNSE anterior, aos novos desafios que se colocam à saúde da população portuguesa, especialmente das crianças e jovens, e à reorganização dos Serviços de Saúde.

Este programa “foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios das Escolas Promotoras da Saúde (EPS), School for Health in Europe (SHE)” (DGS, 2015) e tem como finalidade, “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (DGS, 2015). Assim, visa contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia (entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a 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 e sustentabilidade do SNS), promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade.

Segundo este PNSE, “*todos os fatores que influenciam a saúde, a nível individual e coletivo, relacionam-se e articulam-se em seis eixos: Capacitação, Ambiente escolar e Saúde, Condições de Saúde, Qualidade e Inovação, Formação e Investigação em Saúde Escolar e Parcerias*” e em cada um desenvolvem-se as áreas de intervenção e os objetivos operacionais, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar (DGS, 2015).

Assim, um dos grandes eixos destes programas é a capacitação, que “*consiste em adquirir informação, compreende-la, estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões*” (DGS, 2015). Neste eixo a saúde escolar contribui “*para elevar o nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum*” (DGS, 2015) para a adoção de estilos de vida saudável, nas seguintes áreas de intervenção: 1. Saúde mental e competências socioemocionais; 2. Educação para os afetos e a sexualidade; 3. Alimentação saudável e atividade física; 4. Higiene corporal e saúde oral; 5. Hábitos de sono e repouso; 6. Educação postural; 7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substâncias.

De acordo com as necessidades identificadas na escola alvo do projeto, serão desenvolvidas as áreas relativas ao ponto 1, 2 e 7.

2. Contextos de Desenvolvimento do Projeto

Neste ponto apresentaremos os contextos de desenvolvimento do projeto, organizados em três domínios, desde uma perspetiva macro (Cuidados de Saúde Primários), passando por uma perspetiva meso (UCC) e terminando numa perspetiva micro (Escolas Profissionais).

2.1 Cuidados de Saúde Primários

“Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, constituindo os cuidados de saúde primários o pilar central do sistema de saúde.

Na história dos CSP de Portugal, podemos distinguir três gerações de Centro de Saúde, distintas na sua génese e missão. Os centros de saúde de 1ª Geração foram criados no plano jurídico pelo Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, motivado pela *“instante necessidade de intensificação e desenvolvimento das atividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações”*. Estes tinham abordagem essencialmente de prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco, e os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência.

Os Centros de Saúde de 2ª Geração, surgem com a regulamentação dos Centro de Saúde em 1983, pelo Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de abril. A sua filosofia era orientada essencialmente para a saúde familiar e caracterizou-se por uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos. Estes centros de saúde designados integrados, resultaram da fusão das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares pré-existentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios), herdando das anteriores estruturas, todos os recursos e património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas.

Em 1999, surgem os centros de Saúde de 3ª Geração, pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio e estabelece uma estrutura organizativa ajustada à crescente complexidade dos

problemas de saúde e a evolução técnica. Este visionário modelo encontrava-se organizado em unidades funcionais, dotadas de autonomia de gestão administrativa e financeira, e pretendia reforçar a participação da comunidade numa lógica de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos cidadãos com vista a obter ganhos em saúde.

Após estas três gerações históricas dos centros de saúde, na perspetiva de evolução do SNS para um modelo mais justo e solidário, é criada em 2003, através do Decreto-Lei 281/2003 de 8 de Novembro, uma rede de cuidados continuados de saúde, *“constituída por entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos”* com o objetivo de *“dar às pessoas e aos doentes mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com eficácia e com humanidade”*.

Em 2005 foram criadas em Portugal as Unidades de Saúde Familiar (USF), através do Decreto-Lei n.º 88/2005, numa perspetiva de transição organizacional 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. Verificou-se assim, uma reconfiguração dos CSP tendo sido definidas em 2006, as *“Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”* (DGS, 2006). Segundo o mesmo documento, uma das medidas a instituir a curto prazo foi o perfil profissional do enfermeiro de família (DGS, 2006).

Em 2007 foi estabelecido o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. O presente Decreto-Lei considera que *“equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal ativo e a mais-valia estratégica das USF e, conseqüentemente, são os intérpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP”*, tendo sido alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, no sentido de *“clarificar o regime de extinção das USF, sempre que esteja em causa o incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso”*, permitindo *“às entidades competentes um controlo mais claro e eficaz do processo, com relevante impacto na qualidade dos serviços prestados”*. O mesmo Decreto-Lei determina ainda que os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, competências da mesma definidas em 2011 pela Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento n.º 126/2011.

Em 2008, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos mesmos. Segundo o Artigo n.º 2 do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACeS *“são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde”*, e inclui: Unidade de Saúde Familiar (USF), 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). *“Os ACeS têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, (...) 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, (...) 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.”*

2.2 Unidade de Cuidados da Comunidade

As UCC são unidades funcionais do ACeS e têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra.

Segundo o Artigo n.º 11 do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, relativo a UCC *“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.”*

Cada UCC deve contratualizar com o respectivo ACeS uma oferta de serviços operacionalizados (indicadores e metas) que contribuem para o aumento da responsabilidade e do compromisso das equipas, pela obtenção de elevados patamares de desempenho assistencial e económico-financeiro, numa linguagem uniformizada/normalizada (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem), passíveis de ser monitorizados a curto prazo nos sistemas de informação, numa perspectiva construtiva de avaliação das práticas, considerando dois aspetos centrais: As recomendações previstas no PNS e nos Planos Regionais de Saúde, prevendo uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção nos diferentes *settings*, em contexto comunitário; A especificidade da população abrangida pela UCC, nomeadamente a realidade de saúde e social da sua área de intervenção, que deve refletir-se na diversidade de programas e projetos, bem como nas metas e atividades a concretizar.

A contratualização entre os ACeS e as UCC é baseada numa matriz de 15 indicadores de âmbito nacional e têm como objetivo garantir a existência de uma abordagem harmonizada a nível nacional, assegurando-se um grau de exigência semelhante quanto ao nível de desempenho negociado com as várias UCC. Dos 15 indicadores contratualizados, apenas dois são referentes à saúde escolar: proporção de turmas abrangidas pelo PNSE e proporção crianças/jovens com necessidades especiais de ensino com intervenção da saúde escolar (Anexo I – Listagem de indicadores de contratualização com as UCC no ano de 2016).

2.3 Escolas Profissionais

As Escolas Profissionais são escolas que desenvolvem cursos profissionais, sendo estes uma modalidade do nível secundário de educação, que valoriza o desenvolvimento de competências para o exercício de uma profissão, em articulação com o setor empresarial local e destinam-se aos alunos que: concluíram o 3.º ciclo do ensino básico ou formação equivalente; procuram um ensino mais prático e voltado para o mundo do trabalho; não excluem a hipótese de, mais tarde, prosseguir os estudos.

Têm uma estrutura curricular organizada por módulos, permitindo uma maior flexibilidade e respeito pelo ritmo de aprendizagem de cada aluno e inclui no plano de estudos a componente sociocultural, técnica e científica na sua formação.

3. Áreas de Atenção do Projeto

3.1 Saúde Mental e Competências Socioemocionais

A saúde mental e competências socioemocionais é um dos eixos da capacitação do PNSE, que engloba a promoção de um estilo de vida saudável e em simultâneo a prevenção de comportamentos de risco.

“A saúde mental resulta da qualidade da interação entre a criança ou jovem, a família, a escola e o meio sociocultural em que se encontram inseridas/os.” Assim, torna-se relevante promover relações positivas com a escola e vigiar qualquer tipo de perturbação emocional/comportamental, devendo estas ser articuladas com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM). Nos adolescentes é importante manter uma vigilância quanto aos comportamentos de risco, como o consumo de substâncias psicoativas, as problemáticas da ansiedade, depressão e risco suicidário e lesões autoinfligidas. (DGS, 2015)

Pretende-se através da saúde escolar, aumentar os fatores protetores de saúde, capacitando os adolescentes na promoção de competências socioemocionais, contribuindo para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável.

Ao longo dos anos, a violência tem vindo a ganhar visibilidade a nível nacional e internacional, enquanto grave violação dos direitos humanos e problema de saúde pública com forte impacto nas populações e elevados custos associados, atingindo dimensões pandémicas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Desde sempre, os profissionais de saúde têm sido chamados a prestar cuidados a vítimas de atos violentos, centrados numa perspetiva reparadora das lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico como psicológico e emocional. Contudo, em Portugal, nos últimos anos surgiram nos serviços de saúde, uma resposta mais organizada, numa abordagem de prevenção, seguindo os princípios contidos nas diretivas da Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Estado Português em 1990, estruturados na Lei 147/99, de 1 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Foi desse modo possível criar a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), através do Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, no âmbito da qual tem vindo a desenvolver-se uma rede de Núcleos de Apoio, a nível quer dos cuidados de saúde primários, quer dos cuidados hospitalares. (DGS, 2015)

Bullying é uma forma de violência contínua que 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 *bullie* ou agressor pode atuar sozinho ou em grupo e “*existe um desequilíbrio de poder entre quem agride e quem é agredido: quem agride é mais forte ou está em maior número do que a vítima; a vítima tem alguma característica física que a torna “diferente” dos outros (mais baixa/alta que os colegas, usa óculos ou aparelho nos dentes, tem sardas, tem uma forma diferente de se vestir, é de uma etnia diferente da maioria ou tem outra nacionalidade); a vítima tem alguma característica na sua “forma de ser” que a pode tornar mais frágil (inseguro, calado e isolado)*” (APAV, 2016)

Este é um fenómeno presente nas escolas, provavelmente desde sempre, com maior visibilidade nos últimos anos, pelo maior conhecimento dos seus efeitos no desenvolvimento e na saúde mental das vítimas. Segundo o relatório anual de estatística da APAV de 2016, durante o mesmo ano, a APAV prestou apoio a 109 vítimas de *bullying* com uma idade média de 15,2 anos (APAV, 2017), tendo somado nos últimos 4 anos (de 2013 a 2016) 339 casos de crianças e jovens vítimas de crime e de violência na escola (APAV, 2017). Segundo o relatório da (UNICEF, 2017), Portugal é o 15.º país com mais relatos de *bullying* na Europa e na América do Norte, ficando mesmo à frente dos Estados Unidos, com 31%-40% dos adolescentes entre os 11 e 15 anos a admitir ser intimidado na escola pelo menos uma vez em menos de dois meses. No mesmo relatório a UNICEF assinala que em todo o mundo cerca de 130 milhões (um pouco mais de um em cada três estudantes) entre 13 e 15 anos sofrem *bullying* regularmente e que a cada sete minutos, em algum local do mundo, uma criança ou um adolescente entre os 10 e os 19 anos é morto, vítima de homicídio ou de alguma forma de conflito armado ou de violência coletiva.

Associado *bullying*, encontra-se o *cyberbullying*, 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 a comportamentos hostis repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo com a intenção de o prejudicar. Segundo um estudo sobre “direitos digitais”, cerca de 45% dos jovens inquiridos referem ter amigos que já foram vítimas de *cyberbullying*, no entanto apenas 14,3% assumem já terem sido alvo desta forma de violência (Lusa, 2015). Para (Tito de Moraes, 2016) 10 a 20% dos jovens portugueses são vítimas de *cyberbullying*, no entanto a maior parte das vezes é silenciado pelas próprias vítimas e a sua verdadeira prevalência não se conhece.

O *bullying* é um tema preocupante pelas repercussões que pode vir a ter, 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. Assim, é importante que a comunidade educativa esteja alertada para a necessidade em distinguir um conflito sem implicações de maior importância entre colegas, de um problema que possa dar origem a uma onda de violência; estar informada acerca das graves consequências da violência nas escolas, de que podem e devem intervir, e das medidas legais a que podem recorrer, tanto em nome da escola como em seu nome particular.

O Enfermeiro é o profissional de saúde dotado de conhecimento científico, técnico e humano e é reconhecido por compreender o ser humano como ser integral e estabelecer relações empáticas, neste caso, com o adolescente/comunidade escolar, constituindo-se como um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental da sociedade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária promove esta adequação comportamental, através da coordenação e da dinamização de programas de intervenção comunitária no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos socioculturais. Assim, o papel do enfermeiro relativamente ao *bullying*, centra-se na prevenção deste fenómeno, identificação de situações de risco/vulnerabilidade, formação de coordenadores e professores, envolvimento de pais/encarregados de educação e capacitação dos adolescentes para construção da autonomia/autocontrolo, melhoria do relacionamento interpessoal e reflexão sobre gestão de conflitos.

3.2 Educação para os Afetos e a Sexualidade

O significado da sexualidade tem vindo a ser alterado ao longo do tempo. Até ao século XX, a sexualidade de um casal era quase exclusivamente associada ao ato sexual e à reprodução, o casal casava e tinha relações sexuais com o objetivo único de procriar. A partir do século XX, a sexualidade passou a ser experienciada numa visão mais vinculada a fatores individuais, que se refletem na identidade pessoal, num plano interativo e contextual.

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)

Assim, a educação para os afetos e a sexualidade deve envolver toda a comunidade escolar, desde o pré-escolar até ao ensino secundário, dotando os jovens de conhecimentos e contribuindo para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências.

A adolescência é uma fase de transição que permite a criança transformar-se em adulto, passando por mudanças biológicas e psicológicas, da forma de ser e de se afirmar, responsáveis pela instabilidade, insegurança e conflitos característicos. Surge a necessidade de descoberta da sua identidade, de definição da sua personalidade, de afirmação pessoal e de uma certa independência relativa aos pais. É uma experiência inevitável para qualquer ser humano, marcada pela descoberta da sexualidade, podendo conduzir a problemas de saúde pública como a gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmissíveis.

A Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, “*estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário. A presente lei aplica -se a todos os estabelecimentos da rede pública, bem como aos estabelecimentos da rede privada e cooperativa com contrato de associação, de todo o território nacional*” e define no seu artigo 2.º as finalidades da mesma, entre elas: a valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual; o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade; a melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais dos jovens; a redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco; a capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais; o respeito pela diferença entre as pessoas; o reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde.

A mesma Lei refere que as escolas devem disponibilizar aos alunos um gabinete de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual, que garanta a confidencialidade aos seus utilizadores e articule a sua atividade com as respetivas UCC ou outros organismos do Estado, nomeadamente o Instituto Português da Juventude.

Segundo a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, que regulamenta a Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto “*No ensino profissional, a educação sexual integra-se igualmente na área da educação para a saúde, sendo atribuída ao diretor de escola a competência para, em concertação com o professor coordenador da área da educação para a saúde e os diretores de turma, definir quais os temas que devem ser abordados nas áreas curriculares*

disciplinares, sem prejuízo da atuação dos gabinetes de informação e apoio ao aluno previstos no artigo 10.º da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto.” A mesma portaria define os conteúdos a abordar e a carga horária de acordo com o ano escolar.

Segundo (INE, 2015), uma média de seis adolescentes dão à luz todos os dias, tendo nascido 2295 bebés de mães com idades entre 11 e 19 anos em 2015. No entanto este número está a descer ao longo dos anos, tendo atingido quase 18 mil em 1980. Segundo a mesma fonte, em 2011 ocorreram 2274 interrupções voluntárias da gravidez em jovens entre os 15 e os 19 anos (11,1% do total de mulheres entre 15-19 anos), tendo baixado em 2015 para os 1708 (10,38%).

Relativamente ao número de IST, durante o ano de 2016 foram diagnosticados 1030 novos casos de HIV, dos quais 3 em crianças < 15 anos e 15 com idade entre 15-19 anos e foram notificados, no mesmo ano, 253 óbitos em doentes infetados com HIV (INSA, 2017).

A violência no namoro “*é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação.*” (APAV, 2016)

A violência no namoro pode ser física, sexual, verbal, psicológica ou social. Esta é uma experiência complicada de resolver e ultrapassar, pois é difícil aceitar que a pessoa que se escolhe para namorar seja capaz de lhe fazer mal; nem sempre é fácil perceber que o que está a acontecer é uma forma de violência; apesar do maltrato continua a gostar dele/a; dificuldade em ficar só ou medo do fim da relação; vergonha em contar o que se está a passar e em pedir ajuda; esperança/promessa que a situação mude; a crença de que o comportamento é motivado por ciúme, sendo este sinal de amor. (APAV, 2016)

Segundo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, o número de vítimas de violência no namoro sinalizadas, aumentou quase 60% em três anos (2014-2016), com um total de 767 pessoas em 2016 (Lusa, 2017).

A Enfermagem Comunitária pretende promover o desenvolvimento do conhecimento e competências dos adolescentes, de modo a capacitá-los para a construção de pensamento crítico, para que sejam capazes de controlarem e melhorarem a sua saúde e tomarem decisões adequadas na resolução de problemas. A escola constitui o local de eleição para a realização da intervenção comunitária, onde os adolescentes despendem muito tempo útil e anos do seu desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social.

Segundo o Regulamento n.º 128/2011, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, por entender profundamente as necessidades deste grupo populacional e as respostas humanas nesta etapa de vida, possui as competências necessárias para promover a

saúde dos adolescentes, assegurando cuidados ajustados, integrados, continuados e eficazes nos diversos contextos onde se inserem, tendo em vista a sua capacitação e o exercício de cidadania.

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

“A evidência científica demonstra a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo, também designado binge drinking, especialmente em adolescentes e jovens adultos, revelando igualmente que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças. Também se constata que a relação entre estes padrões de consumo e a sua precocidade é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica, assim como de consequências diretas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem e, bem assim, ao nível do desempenho profissional.” (Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril)

Em Portugal, num estudo sobre consumos de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências em 2015, realizado aos alunos que completaram 13 a 18 anos em 2015, verifica-se que as substância com maior número de consumidores continuam a ser por ordem decrescente álcool (experimentação=71%, consumos no último ano=62%, consumo atual=42%, destes, 30% cerveja, 22% vinho e 31% bebidas destiladas), tabaco (experimentação=40%, consumos no último ano=30%, consumo atual=20%), droga (experimentação=19%, consumos no último ano=14%, sendo a cannabis a droga predominantes neste grupo etário) e medicamentos (tranquilizantes/sedativos experimentação=15%). Do mesmo estudo verifica-se que nos últimos 12 meses 3% dos alunos aos 13 anos e 43% aos 18 anos referem ter ficado embriagados. A nível da evolução de 2011 para 2015, as prevalências de consumo de álcool e tabaco diminuíram para quase todos os grupos etários, com exceção dos 17 e 18 anos em que há estabilidade. Quanto ao consumo de droga, a tendência global quanto à experimentação foi de diminuição dos 14 aos 16 anos, estabilidade nos 17 anos e aumento nos 18 anos (SICAD, 2015).

O potencial de consumo de substâncias ou comportamentos aditivos estão diretamente relacionados com fatores de risco ou de proteção, dos vários domínios da vida do indivíduo, sendo internos ou externos, ou de natureza biológica, psicológica e social.

Assim, a prevenção destes consumos, em meio escolar, é mais eficaz se toda a comunidade educativa estiver envolvida e forem estabelecidas relações positivas e um clima de escola favorável, no qual o jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, para que o mesmo desenvolva capacidades para lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências.

Torna-se assim fundamental fomentar e promover intervenções no meio escolar, baseados na evidencia científica, com caráter de continuidade, envolvendo os jovens, os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com os pais.

“A prevenção de comportamentos aditivos e dependências em meio escolar é da competência da Direção-Geral da Educação e tem como objetivos: Melhorar o estado de saúde global dos jovens; Contribuir para a definição de políticas em matéria de comportamentos aditivos e dependências; Prevenir os consumos em meio escolar, através de debates, sessões de sensibilização e outras estratégias de trabalho continuado com os alunos e envolvendo toda a comunidade educativa.” (DGE, 2015)

Em Portugal, existe uma grande preocupação referente ao consumo de álcool e tabaco, estabelecendo diversa legislação numa tentativa do controlo da mesma, entre ela:

- Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho, em alteração do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, relativo à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público;
- Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de dezembro, altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro, através da proibição do patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais ou recreativas praticadas pelos menores e alargamento do período de proibição de transmissão de publicidade na rádio e na televisão;
- Lei n.º 109/2015 de 26 de agosto, em alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, relativa ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e produtos afins;
- Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto (Lei do Tabaco), estabelece a proibição de fumar em determinados lugares, incluindo os estabelecimentos de ensino.

No sentido dar resposta aos problemas de saúde pública e reduzir os riscos, custos e impacto que têm na vida dos indivíduos/famílias/sociedade, os comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substâncias, foi criado um Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNRCAD) 2013-2020, que pretende intervir tanto a nível da procura, através da promoção da saúde, prevenção, redução de riscos,

tratamento e à reinserção social e a nível da oferta, com a regulação, regulamentação e diminuição da disponibilidade do mercado das substâncias lícitas (SICAD, 2013).

Por comportamentos aditivos 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)

Na atualidade verifica-se 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 pode ser uma oportunidade para inovar e capacitar a comunidade educativa, mas o inverso torna-os mais expostos a adições, intimidações (*cyberbullying*) e assédio. (DGS, 2015)

No estudo sobre consumos de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências em 2015, realizado ao alunos que completaram 13 a 18 anos em 2015, verifica-se: a prevalência de uso de internet nos últimos 7 dias variou entre 92% aos 13 anos (redes sociais 82%, *streaming/downloadind* 67%, pesquisar informação 57%, jogos 35%, comprar/vender/procurar 14% e jogos a dinheiro 5%) e 98% aos 18 anos (redes sociais 95%, *streaming/downloadind* 81%, pesquisar informação 84%, jogos 48%, comprar/vender/procurar 29% e jogos a dinheiro 7%) (SICAD, 2015).

A Enfermagem Comunitária no exercício da *“Saúde Escolar deve estar atenta a todos estes consumos no contexto escolar, sensibilizar 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 trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social”* (DGS, 2015).

4. Planejamento em Saúde

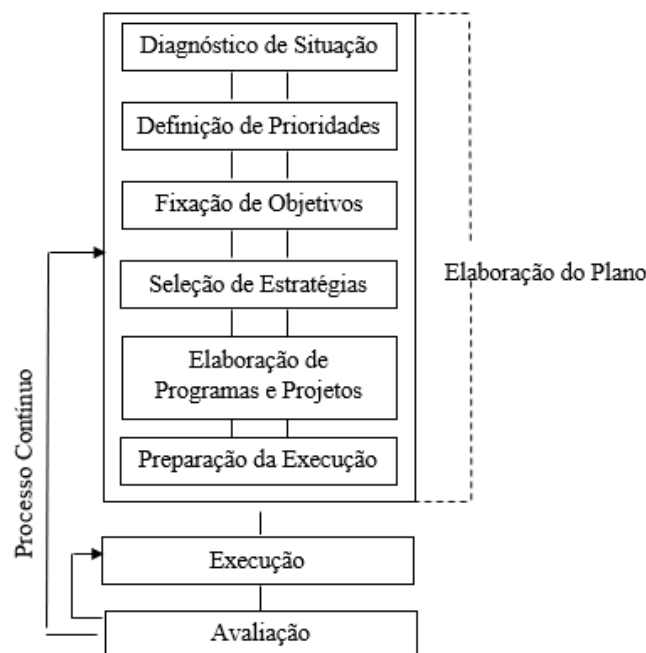
O planejamento em saúde é “um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993)

O planejamento implica que o profissional de saúde tome decisões, numa “procura um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1992).

Na área da saúde são várias as razões que tornam evidente a necessidade do planejamento em saúde, nomeadamente: intervenção nas causas dos problemas de saúde e dos respetivos serviços; recursos escassos; intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis; a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano à priori definido, permitirá o seu uso (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, para os autores supracitados o planejamento deve incluir três fases importantes: a elaboração do plano (que inclui o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução), a execução e a avaliação, esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Principais etapas no processo de planejamento de saúde



Fonte: (Imperatori & Giraldes, 1993)

O planeamento em saúde deve ser considerado como um processo contínuo e dinâmico, pois em qualquer fase do processo podem ocorrer mudanças, uma vez que *“não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída (...) será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-lo”* (Imperatori & Giraldes, 1993).

4.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira fase do processo de planeamento e funciona como *“justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades”*. (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este deve corresponder às necessidades da comunidade, mais concretamente, do grupo-alvo e deve envolver os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a esclarecer as suas causas (Tavares, 1992). Entende-se por problema de saúde *“um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”* e a necessidade *“exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir”* (Tavares, 1992).

O mesmo autor, assim como Imperatori & Giraldes (1993), referem que o diagnóstico de situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas.

4.2 Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde e consiste no *“processo de tomada de decisão quanto ao problema que se deve solucionar em primeiro lugar, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível.”* (Tavares, 1992)

Segundo o mesmo autor, nesta etapa devem ser definidos os critérios de ponderação, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis. Os problemas são comparados e ordenados de forma prioritária, através da utilização de várias técnicas possíveis.

A técnica escolhida para a determinação de prioridades foi a comparação por pares. Esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um

comparado com todos os outros. Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante.

Como critérios de ponderação, recorreu-se à magnitude, vulnerabilidade e transcendência de cada problema. Pelo que, segundo Imperatori, et al., (1993):

- Magnitude: caracteriza o problema pela sua dimensão, ou seja, refere-se ao tamanho do problema, em função do volume da população atingida pelo mesmo. Geralmente a magnitude é determinada em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema (Teixeira, 2010);
- Vulnerabilidade: corresponde à possibilidade de intervenção, ou seja, à sensibilidade do problema a uma ação preventiva, curativa ou reabilitação. Este critério torna-se essencial, uma vez que o processo de planeamento pretende empregar os recursos onde produzem maior resultado. Se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade;
- Transcendência: pode ser definida como a importância segundo grupos etários, de maneira a valorizar as consequências nos diferentes grupos de idade.

Como referido por Imperatori (1993) “o principal óbice desta etapa é a subjetividade de que está carregada”, assim, para diminuir este facto, a priorização não deve estar dependente apenas de um ponto de vista.

4.3 Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde e consiste na definição do enunciado de um resultado pretendido e exequível, que altere a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores.

“Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”. Podem distinguir-se: indicadores de resultado que têm por finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema”; indicadores de processo, que permitem “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”; e indicadores de estrutura, que correspondem à “parte física de uma

instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis”. (Imperatori & Giraldes, 1993).

“Os objetivos devem traduzir mudanças de comportamentos que originem ganhos em saúde” (Tavares, 1992). Devem ser estabelecidos prazos para obtenção de um resultado desejável, ou seja, os objetivos devem ser traduzidos em objetivos operacionais ou metas.

4.4 Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias são “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993)

A seleção de estratégias depende dos objetivos fixados e permite prever medidas que evitem os potenciais obstáculos ao atingimento dos mesmos. Segundo Tavares (1992) a seleção de uma estratégia deve considerar quatro parâmetros: os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens/desvantagens. Trata-se de uma fase do planeamento que requer alguma criatividade e um conhecimento aprofundado acerca do problema em estudo.

4.5 Elaboração de Programas e Projetos

“Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico, e de aceitação pela população, haverá que passar então à fase de formulação de programas e projetos” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os mesmos autores fazem a distinção de programas e projetos, como:

- um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos um mesmo organismo”;
- um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”.

Na elaboração de programas e projetos, devem ser considerados os seus componentes: identificação do programa, definição de objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos, os custos e o financiamento. (Tavares, 1992)

4.6 Preparação da Execução

A preparação da execução é uma etapa operacional do planeamento em saúde, que *“procura facilitar a concretização das atividades, mostrando as inter-relações entre elas e evitando sobreposições e acumulação de tarefas em excesso em determinadas fases, visualizando possíveis entraves na sua execução e prevendo os recursos necessários para a sua concretização”* (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, e segundo os mesmos autores, teremos de *“especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar e/ou executar”*.

4.7 Execução

A execução é uma etapa do planeamento em saúde, que corresponde à operacionalização, ou seja, à concretização das tarefas planeadas. Nesta fase, é implementado o que foi planeado, podendo surgir conflitos ou problemas, que deverão ser solucionados através da reformulação do plano inicial, de modo a que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos.

4.8 Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde e deve entender-se como uma atividade permanente em cada uma das etapas do planeamento em saúde. *“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objetivo e o objeto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”* (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, os progressos alcançados com as atividades, serão comparados com o diagnóstico de situação, mas também, com os objetivos propostos, para no fim determinar o grau de sucesso do planeamento realizado.

Pretende-se com a avaliação: melhorar a coerência entre o problema e o projeto; aumentar a eficácia entre os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas, bem como, os recursos previstos e os recursos utilizados; e atingir a eficiência, no que se refere aos objetivos atingidos com o mínimo de recursos utilizados nas atividades realizadas.

Portanto, um projeto implica a criação de métodos de avaliação que o monitorize ao longo do seu percurso, através dos indicadores. São os indicadores que vão medir os avanços alcançados e por sua vez transformar em ganhos em saúde.

CAPÍTULO II – PROJETO: “ESCOLA PROFISSIONAL COM SAÚDE”

Um projeto é *“uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”* (Imperatori & Giraldes, 1993).

O presente projeto é denominado “Escola Profissional com Saúde”. Este nome surge fundamentado pelo enquadramento teórico realizado anteriormente:

- **Escola**, pelo facto de a intervenção em saúde ser efetuada numa escola, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, incluído no Plano Nacional de Saúde;

- **Profissional**, pois apesar do PNSE destinar-se *“a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar”* (DGS, 2015), as escolas profissionais, continuam a ser locais de ensino com uma intervenção em saúde negligenciada, sendo dada primazia ao ensino regular. Aliado ao facto da área geográfica abrangida pela UCC alvo do projeto, ser constituída essencialmente por uma população envelhecida, com poucas escolas do ensino regular e várias escolas profissionais, abrangendo alunos de vários concelhos do distrito do Porto. Assim, pareceu-me bastante pertinente a atuação numa escola profissional que ainda não teria sido abrangida por qualquer tipo de intervenção no âmbito da Saúde Escolar;

- **Com saúde**, porque a finalidade do projeto é capacitar a comunidade escolar no sentido de contribuir para a promoção da saúde.

Neste capítulo será realizada uma descrição de todo o projeto desenvolvido.

A metodologia utilizada foi o planejamento em saúde, com base na primeira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º128/2011 de 18 de fevereiro), “*Estabelece, com base na metodologia do planejamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”.

Estruturamos este capítulo em oito pontos:

- No primeiro ponto será abordado o contexto onde se desenvolveu o projeto, nomeadamente o ACeS, a UCC e a Escola;
- Nos sete pontos seguintes, em cada um será descrito cada fase do Planejamento em Saúde: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, a preparação da execução, a execução e a avaliação.

1. Contexto

O Projeto “Escola Profissional com Saúde” desenvolveu-se numa escola profissional, abrangida por uma UCC pertencente a um ACeS do grande Porto.

1.1 ACeS do Porto

O ACeS em que decorreu o projeto constituiu-se a partir de 2 abril 2009, de acordo com o Decreto-Lei 28/2008, agregando cinco centros de saúde da cidade do Porto. Pretende ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de Saúde, através da formação e manutenção de equipas de saúde motivadas e comprometidas com a obtenção da satisfação dos utentes, o desenvolvimento dos seus profissionais e da Comunidade, procurando garantir o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade e obter ganhos em Saúde. Este Aces tem como valores: a Ética, Cortesia, Cooperação, Efetividade e Eficiência.

Abrange 127.573 cidadãos (dados de janeiro de 2017), através de 22 unidades de saúde aptas a prestar todos os serviços de saúde, entre elas 13 Unidades de Saúde Familiar, 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico e 1 Centro de Aconselhamento de Deteção de HIV/SIDA.

1.2 Unidade de Cuidados da Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade alvo do projeto abrange 40.505 cidadãos (dados de janeiro de 2017) e tem por missão a prestação de cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, à população da sua área geográfica de intervenção, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento de proximidade, atuando também na educação para a saúde, assentes 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. Presta serviços no âmbito: Rede Nacional 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.

1.3 Escola Profissional

A Escola Profissional selecionada, é uma instituição de ensino especializado e direcionada para a área das Ciências Empresariais e dos Audiovisuais e Produção dos Media e tem como missão, proporcionar o nível mais elevado de formação nestas áreas, tendo um cuidado especial na seleção dos formadores, na preparação dos exercícios e do material didático. Na sua visão, defende que uma escola já não é apenas um espaço onde se dão aulas, mas antes e acima de tudo, um Projeto Educativo que partindo de fundamentos científicos rigorosos, favoreça o desenvolvimento humano e técnico, aquilo que verdadeiramente constitui a grande riqueza das nações: o seu capital humano.

Ao longo dos anos especializou-se nos diversos sectores que mais têm crescido nos últimos anos, como a gestão da qualidade, a comunicação e a imagem digital, agregando conhecimentos, experiências e profissionais voltados para o mercado de trabalho. Durante os cursos, os formandos desenvolvem exercícios e projetos que simulam o ambiente profissional, capacitando-os assim para o disputado mercado de trabalho.

No projeto educativo da escola publicado em 2015, está presente a importância que a escola atribui à família em simultâneo com a escola, como os dois primeiros contextos de socialização, fontes de estimulação e modelos de comportamento que servirão de referências fundamentais no desenvolvimento da criança e do jovem.

Esta escola abrange vários Cursos Profissionais, entre eles: técnico de audiovisuais; técnico de comunicação; técnico de comércio; técnico de fotografia; técnico de multimédia; técnico de vendas e técnico de comunicação e serviço digital.

A escola desenvolve, também, Ensinos Vocacionais do 3º ciclo do ensino básico, Ensinos Vocacionais do Secundário, Cursos CEF (Cursos de Educação e Formação), Formações Modulares e Cursos EFA (Cursos de Educação e Formação para Adultos).

Devido ao elevado número de cursos, durante o projeto de estágio, o mesmo foi direcionado apenas aos alunos dos diversos cursos profissionais.

2. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui o ponto de partida através do qual serão identificadas as necessidades, a partir das quais mediremos os resultados alcançados com a nossa intervenção.

Numa primeira fase foi contactada a Coordenadora Pedagógica da escola, para marcação de uma reunião, que permitiu conhecer a escola, os cursos ministrados e o que no seu entendimento seriam as áreas de maior necessidade de intervenção.

Através de uma reunião com peritos foram definidas as áreas prioritárias a abordar no projeto, no contexto do eixo da capacitação do PNSE de 2015: saúde mental e competências socioemocionais, no que diz respeito ao *bullying* e *cyberbullying*; educação para os afetos e a sexualidade; e a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância. Da mesma reunião, foi construído um quadro de decisão clínica, tendo por base uma análise da CIPE e como referência o artigo sobre “Os diagnósticos de enfermagem em educação para a sexualidade em meio escolar” (Melo, P.; Borges, E. e Figueiredo MH, 2012). O referido quadro contém as áreas prioritárias do PNSE e os conteúdos a abordar com base no enquadramento teórico, focos, dimensões de diagnóstico e dados a colher, descritos no Apêndice I. Para cada um dos diagnósticos, foram definidos critérios descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Diagnósticos de Enfermagem e Critérios de Diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO
Uso de Contracetivos ineficaz	Se: Conhecimento sobre uso de contracetivos não demonstrado e/ou Adesão ao uso de contracetivos ausente e/ou Crenças sobre o uso de contracetivos 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 prevenção de IST não demonstrado e/ou Uso do preservativo ausente 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 à vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas facilitadora e/ou Crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas não adequadas

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 à vulnerabilidade do 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]

Seguidamente foi aplicado um pré-teste aos alunos de uma turma da escola, com as características semelhantes ao público alvo, através de um questionário no formato de formulário do *Google Docs*, disponibilizado entre 29.05.2017 e 16.06.2017. O pré-teste, permitiu avaliar a clareza das perguntas, extensão e adequação do questionário e por sua vez efetuar a retificação do mesmo, optando por alterar a estratégia de aplicação do questionário para formato em papel (Apêndice II).

Na aplicação dos questionários, foram respeitados todos os fatores de cariz ético, sendo que os mesmos foram apenas utilizados para este estudo, não tendo qualquer outro fim e os dados alunos foram de cariz voluntário. Os alunos receberam e responderam ao questionário durante o tempo letivo da coordenadora pedagógica, e a privacidade e confidencialidade das respostas dos estudantes foram respeitadas.

Motivado pela tempo limitado do módulo I, bem como a organização da escola (fim do ano letivo, época de exames e atividades externas à escola), a aplicação do questionário foi realizada de 12 a 22.09.2017, obtendo uma adesão de pelo menos 57,8%, isto porque o denominador corresponde ao número total de alunos do 1º ano dos cursos profissionais, no momento da intervenção, no entanto este número seria inferior no momento da aplicação dos questionários (as inscrições dos alunos mantêm-se abertas até meados de Novembro), mas segundo a coordenadora pedagógica impossível de apurar.

2.1 Caracterização da Amostra

O diagnóstico de situação foi realizado aos alunos no 1º ano dos cursos profissionais de uma escola profissional, obtendo uma amostra de 48 alunos (57,8% dos 83 alunos da população-alvo). A análise estatística foi desenvolvida com recurso ao aplicativo IBM SPSS *Statistics for Windows* Versão 24.

Quanto ao curso que se encontram a frequentar, 29,2% (14) dos alunos da amostra frequenta o Curso Técnico de Audiovisuais, 25% (12) dos alunos frequenta o Curso Técnico de Comunicação, 22,9% (11) dos alunos frequenta o Curso Técnico de Fotografia e o mesmo número frequenta o Curso Técnico de Comunicação e Serviço Digital (Apêndice III - Gráfico 1).

Segue-se uma tabela com o resumo da distribuição da amostra segundo os dados sociodemográficos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da Amostra segundo os dados sociodemográficos

VARIÁVEIS		N	%
Sexo	Feminino	23	47,9%
	Masculino	25	52,1%
Faixa Etárias	13-15 anos	6	12,50%
	16-18 anos	40	83,33%
	19-21 anos	2	4,17%
Ambiente Familiar	Pacífico/Harmonioso	40	83,33%
	Conflituoso	8	16,67%
Situação Económica	Favorável	40	83,33%
	Desfavorável	8	16,67%

Analisando os dados, verifica-se que relativamente ao sexo a amostra é equilibrada, 52,1% (25) são do sexo masculino e 47,9% (23) são do sexo feminino (Apêndice III - Gráfico 2).

“A investigação revela que rapazes e raparigas diferem na sua exposição e vulnerabilidade a riscos e condições de saúde, tais como, transtornos depressivos, acidentes, abuso de substâncias, distúrbios alimentares, infeções sexualmente transmissíveis, violência, suicídio e lesões autoinfligidas, que podem ser potenciados ou protegidos pelos valores sociais e familiares, os grupos de pares e os ambientes escolares” (DGS, 2015).

Quanto à faixa etária, a amostra tem predominante 16-18 anos (83,3%), seguindo-se os 13-15 anos (12,5%) e apenas 2 alunos (4,2%) têm idades entre 19-21 anos (Apêndice III - Gráfico 3). No que se refere ao ambiente familiar, 83,33% (40) considera viver num ambiente pacífico/harmonioso e 16,67% (8) considera viver num ambiente conflituoso (Apêndice III - Gráfico 4). De igual modo, relativamente a situação económica, 83,33% (40) considera ter uma situação económica favorável e 16,67% (8) uma situação económica desfavorável (Apêndice III - Gráfico 5).

2.2 Análise e Discussão de Resultados

Analisando os resultados obtidos e esquematizados no Apêndice IV, torna-se evidente a necessidade de intervenção de Enfermagem em diversas várias áreas.

Da amostra de 48 alunos, 46,8% refere já ter iniciado a atividade sexual com penetração, no entanto 14,7% refere não ter usado qualquer tipo de método contraceutivo e 32,1% refere ter usado às vezes. 12,5% não são capazes de referir um método contraceutivo que conheçam e 41,7% desconhece onde adquirir métodos contraceuticos de forma gratuita. 31,3% da amostra considera que é necessário fazer uma pausa na toma da pílula para desintoxicação, 20,8% acredita que tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade e 18,8% crê que a pílula do dia-seguinte pode ser tomada de forma continuada.

A nível da satisfação conjugal, 20,9% reconhece que nem sempre é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre os dois e na mesma percentagem não está plenamente satisfeito com o tempo que passam juntos e ainda 23,1% considera possa existir algum tipo de disfunção sexual no próprio ou no namorado/a.

Verificou-se um défice de conhecimento sobre recursos da comunidade na medida em que 68,7% dos alunos não procuram os profissionais de saúde para obter informação sobre a saúde sexual e 25% não conversa sobre este tema com ninguém. 35,4% considera que para ter relações sexuais, não implica ter um compromisso com essa pessoa. O padrão de comunicação não é adequado em 35,4%, estando presente críticas e julgamentos entre o casal.

Quando questionados que métodos protegem contra IST, 80,9% desconhecem e 56,3% não utilizou preservativo quando teve relação sexual. 52,1% acredita que o HIV não se contrai através de tatuagens ou piercings, 39,6% que o HIV é uma doença que se contrai através da saliva e 33,6% acredita que a pílula protege das IST.

Relativamente à dependência de substâncias psicoativas, 20,8% refere o consumo frequente de tabaco e álcool, no entanto existe uma elevada percentagem de alunos que reconhece que está mais suscetível ao consumo de álcool (41,7%) ou mesmo outras drogas (18,8%) quando incentivado pelos amigos. 33,3% acredita que o álcool facilita as relações sociais e 41,7% que os homens toleram mais o consumo de álcool.

Quanto a dependência sem substância, 47,9% reconhece que se sente angustiado e sem saber o que fazer se ficar um dia sem telemóvel, 66,7% quando acorda umas das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder a internet. 39,6% sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar a satisfação e 43,8% encontra na internet/jogos uma forma de alívio da ansiedade e forma de escapar a problemas. 45,8% já se submeteu a riscos ao marcar encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet, apesar de 95,8% ter conhecimento que o uso inadequado da internet poder trazer perigos. 52,1% considera que a internet/jogos não causam dependência, 39,6% acredita que pode controlar o envolvimento com os jogos virtuais, tendo total confiança nos mesmos e 52,1% acredita que as redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos.

Quando questionados se vivenciaram ou vivem alguma situação de violência no namoro, apenas 6,3% respondeu que sim, no entanto em 35,4% o/a namorado/a julga, critica e corrige, 29,2% considera que a sua privacidade é invadida e 14,6% reconhece que invade a privacidade do namorado/a, não considerando estas situações de violência. 41,7% considera que os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro, 70,8% que o ciúme obsessivo é sinal de amor, e 27,1% refere que obrigar o namorado/a iniciar atividade sexual não é uma forma de violência. 87,5% não é capaz de referir uma linha telefónica/associação de apoio a vítimas de violência.

Por fim, 21,8% considera que foi vítima de *bullying* nos últimos 6 meses, no entanto 41,7% refere que os seus colegas contam mentiras a seu respeito, para que os outros não gostem de si, e em 31,2% da amostra, os colegas chamaram-lhe nomes inadequados, insultaram-lhe ou troçaram de si. Quanto na pele de agressor (*bullie*) 12,5% refere já ter maltratado alguém na escola, se visse maltratar alguém que não gosta, 20,8% não faria nada, ficando apenas a assistir. Relativamente ao conhecimento sobre *bullying/cyberbullying*, 62,5% não é capaz de definir corretamente.

2.3 Diagnósticos de Enfermagem

Quando surge a intenção de planejar uma intervenção com êxito, esta requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade, neste caso da comunidade escolar, e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de situação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) *“para a articulação da prática de Enfermagem, é crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica”*. Nesse sentido, a terminologia utilizada para a formulação dos diagnósticos foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta torna-se uma mais-valia, pois permite uma maior uniformização e visibilidade dos cuidados de Enfermagem, na medida em que se clarificam conceitos e diagnósticos, e harmonizam-se intervenções e resultados.

Atendendo que um diagnóstico de Enfermagem é *“um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação”*, segundo a CIPE® (2010), os problemas identificados, foram convertidos nos seguintes diagnósticos de enfermagem, que surgem de acordo com a dimensão diagnóstica mais afetada, ou seja, como o foco principal depende da atividade de diagnóstico em todas as suas dimensões de diagnóstico, foi decidido através da consulta de peritos, que seria alocada ao FOCO PRINCIPAL a percentagem correspondente à dimensão que se constituísse como pior subdiagnóstico, pois sendo a população avaliada a mesma para todas as dimensões, representaria a maior magnitude diagnóstica do FOCO PRINCIPAL em análise. Assim, foi estruturada no Apêndice IV e resumida seguidamente:

1. Uso de Contracetivos ineficaz em 46,8%, por adesão de uso de contracetivos ausente em 46,8%, mas também: conhecimento sobre uso de contracetivos não demonstrado em 41,7% e crenças sobre o uso de contracetivos não adequadas em 31,3%;
2. Satisfação Conjugal [no namoro] não mantida 23,1%, por função sexual comprometida em 23,1%, mas também: interação sexual não adequada em 20,9%, relação dinâmica disfuncional em 20,9% e comunicação do casal não eficaz em 12,6%;
3. Processo de Tomada de Decisão não mantida 68,7%, por conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado em 68,7%, mas também: atitude face ao compromisso não facilitadora em 35,4% e padrão de comunicação não adequado em 35,4%;

4. Suscetibilidade à infecção aumentada em 80,9%, por conhecimento sobre IST não demonstrado em 80,9%, mas também: uso de preservativo ausente em 56,3% e crenças sobre IST não adequadas em 52,1%;
5. Dependência de substâncias psicoativas presente 20,8, por abuso de substâncias psicoativas presente em 20,8%;
6. Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado, em pelo menos 41,7%, por atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora, em pelo menos 41,7% e crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas não adequadas em 41,7%, mas também, conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado em 29,2%;
7. Dependência sem substâncias presente em 66,7% por abuso de internet/jogos presente em 66,7%;
8. Risco de dependência sem substância aumentado em pelo menos 52,1%, por conhecimento sobre os riscos do uso da internet/jogos não demonstrado em 52,1% e crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas em 52,1%, mas também atitude face à vulnerabilidade do uso da internet/jogos facilitadora em pelo menos 45,8%;
9. Violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 35,4, por violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 35,4%;
10. Risco de violência dirigida aos outros [no namoro] aumentado em pelo menos 87,5%, por conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado em 87,5%, mas também crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas em 70,8% e atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [no namoro] em pelo menos 35,4%;
11. Violência dirigida aos outros [*bullying*] presente em 41,8%, por violência dirigida aos outros [*bullying*] presente em 41,8%;
12. Risco de violência dirigida aos outros [*bullying*] aumentado em pelo menos 62,5%, por conhecimento sobre violência dirigida aos outros [*bullying*] não demonstrado em 62,5%, mas também atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [*bullying*] em pelo menos 20,8%.

Após o diagnóstico de saúde efetuado, foram detetadas várias necessidades de intervenção. Contudo, devido ao elevado número de problemas e ao tempo limitado de intervenção, foi necessário definir prioridades previsto nas fases do planeamento.

3. Definição de Prioridades

A definição de prioridades surge pela impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente, sendo fundamental definir as prioritárias.

A técnica escolhida para a determinação de prioridades foi a comparação por pares, esquematizada no Apêndice V.

Como referido por Imperatori (1993) “*o principal óbice desta etapa é a subjetividade de que está carregada*”, para diminuir este facto e a priorização não estar dependente apenas de um ponto de vista, foi pedida colaboração de dois peritos na área, para a determinação de prioridades.

Deste modo, e devido a tempo limitado procurámos desenvolver sessões de Educação para a Saúde abrangendo os dois problemas identificados como mais prioritários: “Suscetibilidade à infeção aumentada” e “Risco de violência dirigida aos outros [no namoro]”, em todas as turmas do 1º ano do curso profissional da escola alvo. No entanto, o presente projeto poderá ter continuidade pela UCC, abrangendo o maior número de problemas, de modo a dar a possibilidade aos adolescentes de adquirir ou desenvolver competências, tornando-os mais informados, mais conscientes dos riscos, mais aptos a fazer escolhas informadas e com impacto positivo nos seus processos de saúde/doença, responsabilizando-o pelas suas opções.

Neste momento, estavam reunidas as condições para definir os objetivos deste projeto e refletir sobre as estratégias e recursos a utilizar.

4. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos consiste na definição do enunciado de um resultado pretendido e exequível, que altere a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores. Foram definidos objetivos gerais, metas e indicadores.

4.1 Objetivos Gerais e Metas

Foram definidos como objetivos gerais:

- Diminuir a suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis dos alunos do 1º ano dos cursos profissionais da escola (CPE);
- Diminuir o risco de violência dirigida aos outros [no namoro] dos alunos do 1º ano dos CPE.

Com o presente projeto, pretendemos que os alunos do 1º ano dos CPE selecionada, aumentem conhecimentos, adequem crenças e alterem comportamentos. No entanto, segundo a evidência científica, nomeadamente Tavares (1992), o aumento de conhecimentos e adequação de crenças pode ser atingido a curto/médio prazo, mas o valor da alteração de comportamentos só é visível a longo prazo. Como tal, e como os objetivos e as metas, devem ser exequíveis, foram definidas apenas metas passíveis de ser avaliadas até ao fim do Curso do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunidade, que correspondem ao aumento de conhecimentos e adequação de crenças.

O conhecimento refere-se à informação segura, sólida e suportada pela investigação, portanto, distinto das crenças que são pontos de vista que podem não ser suportados pelas evidências. A construção de conhecimento leva à alteração das crenças.

Como metas foram definidas:

- Adesão de pelo menos 80%, ao questionário de avaliação após a intervenção, dos alunos do 1º ano dos CPE, que tinham respondido ao questionário de diagnóstico;
- Diminuir em 20% a suscetibilidade às IST dos alunos do 1º ano dos CPE, até janeiro de 2018;
- Aumentar o conhecimento dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre proteção de IST em 30%, até janeiro de 2018;
- Adequar as crenças dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre IST em 20%, até janeiro de 2018;
- Diminuir em 20% o risco de violência dirigida aos outros [no namoro] dos alunos do 1º ano dos CPE, até janeiro de 2018;
- Aumentar conhecimento dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre violência dirigida aos outros [no namoro] em 30%, até janeiro de 2018;
- Adequar as crenças dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre violência dirigida aos outros [no namoro] em 20%, até janeiro de 2018.

4.2 Indicadores

Indicadores de Processo:

1. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE, na sessão de educação para a saúde (EPS) sobre IST

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE presentes na sessão EPS sobre IST}}{\text{Nº total de alunos convocados}} \times 100$$

2. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE, na sessão EPS sobre violência no namoro

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE presentes na sessão EPS sobre violência no namoro}}{\text{Nº total de alunos convocados}} \times 100$$

3. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE que tinham respondido ao questionário de diagnóstico, que responderam ao questionário de avaliação após a intervenção

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE, que responderam ao questionário de avaliação após a intervenção}}{\text{Nº total de alunos do 1º ano dos CPE que tinham respondido ao questionário de diagnóstico}} \times 100$$

Indicadores de Resultado:

1. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que diminuíram a suscetibilidade às IST

$$\% \text{ de alunos suscetíveis às IST antes da intervenção} - \% \text{ de alunos suscetíveis às IST após a intervenção}$$

2. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que aumentaram os conhecimentos sobre proteção das IST

$$\% \text{ de alunos conhecimento não demonstrado sobre proteção das IST antes da intervenção} - \% \text{ de alunos conhecimento não demonstrado sobre proteção das IST após a intervenção}$$

3. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que adequaram as crenças sobre IST

$$\% \text{ de alunos crenças inadequadas sobre IST antes da intervenção} - \% \text{ de alunos crenças inadequadas sobre IST após da intervenção}$$

4. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que diminuíram o risco de violência dirigida aos outros [no namoro]

$$\% \text{ de alunos com risco de violência dirigida aos outros [no namoro] antes da intervenção} - \% \text{ de alunos com risco de violência dirigida aos outros [no namoro] após a intervenção}$$

5. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que aumentaram os conhecimentos sobre violência no namoro

% de alunos conhecimento não demonstrado sobre violência no namoro antes da intervenção - % de alunos conhecimento não demonstrado sobre violência no namoro após a intervenção

6. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que adequaram as crenças sobre violência no namoro

% de alunos crenças inadequadas sobre violência no namoro antes da intervenção - % de alunos crenças inadequadas sobre violência no namoro após da intervenção

Indicadores de Estrutura:

1. 1 Enfermeiro
2. 180 horas de enfermagem necessárias para todo o processo de planeamento em saúde
3. Sala para apresentação de power points, projetor multimédia, computador, colunas
4. 25 Copos de plástico
5. Infusão de couve roxa, Bicarbonato de Sódio, Água
6. preservativos Femininos e Masculinos
7. Modelo anatómico do pénis

5. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias é uma fase do planeamento em saúde, que requer criatividade e onde é definido o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.

O contexto escolar é um contexto particularmente potenciador da aprendizagem de conhecimentos e consequente adequação de crenças e alteração de comportamentos/atitudes. Neste sentido, orientámos as nossas estratégias para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, que possibilitem a construção de um quadro referencial pessoal, indispensável a uma tomada de decisão consciente e responsável no domínio da saúde sexual e educação afetiva.

As estratégias selecionadas foram as seguintes:

1. **Revisão da literatura** - Na primeira fase de construção de estratégias, foi realizada uma revisão da literatura relativa à sexualidade na adolescência e violência no

namoro. Além disso, procurou-se informação noutros recursos da comunidade de modo a compreender o tipo de apoio prestado, para conseqüente melhor encaminhamento dos adolescentes, como: Associação para o Planeamento da Família (APF); Espaço Jovem; Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce de HIV (CAD); Instituto Português da Juventude (IPJ); Associação Portuguesa Apoio à Vítima (APAV) e a própria UCC;

2. Articulação e envolvimento da equipa pedagógica - Foi realizada articulação com a coordenadora pedagógica da escola profissional e apresentados os resultados do Diagnóstico de Situação numa tentativa de promover o envolvimento da equipa pedagógica. Foram agendadas as sessões nos tempos letivos destinados as aulas com os diretores de turma ou com os Psicólogos, das respetivas turmas envolvidas no projeto. Isto, reflete as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), que afirma que o projeto educativo das escolas deve consagrar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde e o seu plano de atividades deve definir os objetivos, a organização e as atividades conducentes à execução do projeto. Acrescenta ainda que, em saúde escolar, o sector da educação é o principal parceiro para a promoção da saúde, numa abordagem que pretende ser holística e global, em estreita articulação com as estruturas de saúde. As parcerias estabelecidas com outras organizações potenciam um maior nível de empoderamento do grupo;

3. Sessões de Educação para a Saúde dirigidas aos adolescentes - Foram propostas e realizadas no total 8 (oito) sessões de Educação para a Saúde (EPS), duas sessões por cada turma envolvida no projeto, correspondendo aos dois problemas identificados como prioritários. Segundo a OMS 2012, a EPS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos, no sentido de adotar conscientemente, comportamentos saudáveis;

4. Avaliação dos resultados através de questionário, após a intervenção - Foi aplicado em janeiro um questionário para avaliação dos conhecimentos adquiridos após a intervenção;

5. Apresentação dos resultados após a intervenção à comunidade escolar – Pretende-se realizar posteriormente uma apresentação dos resultados à comunidade escolar, no sentido de demonstrar o resultado da intervenção e importância do mesmo.

6. Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução

A elaboração de programas e projetos e a preparação para a execução, são fases do planejamento onde é estabelecida uma lista detalhada das atividades a desenvolver, em função dos objetivos operacionais ou metas estabelecidas e detalhados os recursos, tecnologia, custos e financiamentos.

Foi elaborado um projeto “Escola Profissional com Saúde”, que segue as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) e preparada uma lista de atividades, onde é especificada como cada uma deve ser executada, através do respectivo plano de sessão, os recursos necessários e custos associados, de acordo com as metas estabelecidas.

Optamos pela junção das duas fases do planejamento, em planos de sessão, que incluem: os objetivos da sessão, o conteúdo a abordar, o método e a técnica a utilizar e o tempo estimado para cada conteúdo.

A intervenção foi organizada, com a colaboração das psicólogas da escola selecionada, em 8 (oito) sessões, das quais 2 (duas) em cada turma, de acordo com os dois problemas definidas como prioritários, num total de 4 (quatro) turmas. Os planos das sessões encontram-se no apêndice VI - Plano da Sessão sobre IST e apêndice VII - Plano da Sessão sobre Violência no Namoro.

7. Execução

Um projeto bem elaborado, parte da identificação de um problema e do desejo de solucioná-lo, desenvolve-se com a elaboração de um plano, onde são definidos os objetivos e metas, as estratégias para as alcançar e o conjunto de atividades que serão desenvolvidas e com que recursos será implementado. Durante este projeto, todas estas etapas foram respeitadas. Das 8 (oito) sessões projetadas, todas foram cumpridas e ocorreram de 17 a 31.10.2017 de acordo com o plano de sessão estabelecido no ponto anterior (Apêndice VII e VIII).

A primeira sessão desenvolvida em cada turma, foi sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, pois foi o problema considerado mais importantes de acordo com a

priorização realizada. Nesta sessão foi estabelecido o primeiro contato com os alunos, tendo sido iniciado com uma dinâmica com copos designada “FESTA”, representando a suscetibilidade as infecções e a proteção como veículo para evitar as IST. Esta dinâmica teve uma aceitação muito elevada, proporcionando uma participação constante dos alunos durante a sessão. Pretendia-se com esta sessão, diminuir a suscetibilidade dos alunos às IST, através do aumento dos conhecimentos e adequação de crenças. Para isto, importa que os adolescentes desenvolvam a sua capacidade crítica e autónoma e assim construir os seus próprios valores. Nesta sessão foi ainda realizada, com a colaboração de um aluno de cada turma, a demonstração da correta colocação do preservativo masculino e feminino, bem como os cuidados a ter antes, durante e após a colocação do mesmo. Por fim, foram informados sobre os recursos da comunidade disponíveis, com especial foco, por considerar esta uma mais valia, o email disponibilizado pelo Enfermeiro responsável pela Saúde Escolar da UCC, podemosfalarsobre@gmail.com, onde os estudantes podem colocar, de forma confidencial, qualquer questão suscitada da área da saúde. Esta sessão encontra-se no Apêndice VIII.

A segunda sessão, relativa ao segundo problema considerado mais prioritário, foi sobre “Violência no Namoro”. Esta sessão desenvolveu-se a partir da leitura de uma história pelos alunos/formadora, intitulada “Príncipe Encantado”, que retratava vários tipos de violência, numa relação de namoro. Após a leitura foi promovido o debate, mais uma vez com uma elevada taxa de participação, ao longo do qual foram abordadas várias crenças, formas de violência e elucidados para a necessidade de resolução de conflitos. A utilização do debate permitiu uma maior informalidade na sessão e uma discussão mais aberta, livre e espontânea. Pretendia-se com esta sessão, diminuir risco de violência no namoro, através do aumento dos conhecimentos e adequação de crenças. Mais uma vez, foram informados sobre os recursos disponíveis na comunidade, onde podem encontrar um excelente apoio. Findando a sessão, com um pequeno vídeo de sensibilização contra a violência no namoro, desenvolvido por figuras públicas. Esta sessão encontra-se no Apêndice IX.

8. Avaliação

A avaliação integra a oitava e última fase do processo de planeamento. Esta fase, liga-se circularmente com a fase do diagnóstico de situação e implica comparar os resultados obtidos na fase de diagnóstico com os resultados obtidos após a intervenção, com a finalidade de determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos. Dividimos este ponto em indicadores de processo, de resultado e de estrutura.

8.1 Indicadores de Processo/Discussão

1. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE, na sessão EPS sobre IST

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE presentes na sessão EPS sobre IST}}{\text{Nº total de alunos convocados}} \times 100$$

$$= \frac{66}{83} \times 100 = 79,5\%$$

2. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE, na sessão EPS sobre violência no namoro

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE presentes na sessão EPS sobre violência no namoro}}{\text{Nº total de alunos convocados}} \times 100$$

$$= \frac{70}{83} \times 100 = 84,3\%$$

3. Taxa de adesão dos alunos do 1º ano dos CPE que tinham respondido ao questionário de diagnóstico, que responderam ao questionário de avaliação após a intervenção

$$\frac{\text{Nº de alunos do 1º ano dos CPE, que responderam ao questionário de avaliação após a intervenção}}{\text{Nº total de alunos do 1º ano dos CPE que tinham respondido ao questionário de diagnóstico}} \times 100$$

$$= \frac{48}{48} \times 100 = 100\%$$

Da avaliação dos indicadores de processo, podemos concluir que obtivemos uma elevada taxa de adesão, 79,5% na primeira sessão e 84,3% na segunda sessão. Mais do que a presença nas sessões, foi no geral, evidente durante as mesmas, o interesse dos formandos nas temáticas abordadas e a participação dos mesmos.

A primeira meta estabelecida “Adesão de pelo menos 80%, ao questionário de avaliação após a intervenção, dos alunos do 1º ano dos CPE”, foi superada, tendo atingido uma adesão de 100% dos alunos que tinham respondido ao questionário de diagnóstico.

8.2 Indicadores de Resultado/Discussão

Relativamente aos indicadores de resultados, estes foram calculados em janeiro, para que o conhecimento adquirido fosse assimilado e refletido e as crenças adequadas, de acordo com as metas definidas, através da aplicação de um questionário de avaliação dos conhecimentos, após a intervenção (Apêndice X).

É importante ainda ressaltar, que se trata de uma avaliação a curto prazo, devido ao tempo limitado de estágio, não permitindo apurar o verdadeiro impacto que o projeto vai ter, a nível de alteração de comportamentos, no seu grupo alvo. No entanto, estes ganhos em saúde poderão ser avaliados posteriormente, com a continuidade do projeto pela UCC.

Os resultados obtidos da avaliação do questionário após a intervenção encontram-se no Apêndice XI, numa tabela comparativa do diagnóstico (antes da intervenção) e da avaliação (após a intervenção), para uma fácil análise e conclusão.

1. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que diminuíram a suscetibilidade às IST

% de alunos suscetíveis às IST antes da intervenção - % de alunos suscetíveis às IST após a intervenção

$$= 80,9\% - 70,9\% = \mathbf{10\%}$$

2. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que aumentaram os conhecimentos sobre proteção das IST

% de alunos conhecimento não demonstrado sobre proteção das IST antes da intervenção - % de alunos conhecimento não demonstrado sobre proteção das IST após a intervenção

$$= 80,9\% - 70,9\% = \mathbf{10\%}$$

3. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que adequaram as crenças sobre IST

% de alunos crenças inadequadas sobre IST antes da intervenção - % de alunos crenças inadequadas sobre IST após da intervenção

$$= 52,1\% - 27,1\% = \mathbf{25\%}$$

Os diagnósticos de enfermagem surgiram de acordo a dimensão diagnóstica mais afetada, correspondente à questão mais problemática. Ao analisar os dados, atendendo apenas a este facto, verificamos que os ganhos obtidos com a intervenção relativamente à “Suscetibilidade às IST aumentada”, foi de apenas 10%, na medida em que o conhecimento sobre IST mantém-se não demonstrado em 70,9%, pois os alunos nesta percentagem consideram que o anel vaginal protege das IST ou não sabem. A causa deste baixo

conhecimento poderá prender-se com o facto de o anel vaginal ser um método contraceptivo não utilizado por estes jovens e a sessão de educação para a saúde não ter incidido nesse ponto. No entanto se avaliarmos, as restantes questões relativas ao conhecimento sobre proteção das IST e sobre a dimensão das crenças sobre IST, verificamos um aumento do conhecimento e adequação de crenças considerável. Por exemplo, verificou-se:

- um aumento de 39,6% de conhecimento demonstrado sobre a ineficácia da pilula na proteção contra IST;
- um aumento de 15,7% de conhecimento demonstrado sobre a eficácia do preservativo na proteção contra IST, passando a ter numa população de 48 alunos com 97,8% com conhecimento demonstrado;
- um aumento de 20,8% de conhecimento demonstrado sobre os locais onde adquirir métodos contraceptivos e um aumento de 31,3%, onde os podem adquirir de forma gratuita;
- uma adequação de crenças sobre IST de 25% (52,1% - 27,1%);
- 100% dos alunos tem conhecimento que o preservativo não pode ser reutilizado.

No entanto, mantém um défice de conhecimento elevado quanto à eficácia dos métodos contraceptivos, como o anel vaginal, diafragma e espermicida, na proteção contra as IST. Assim, a meta estabelecida “Diminuir em 20% a suscetibilidade às IST dos alunos do 1º ano dos CPE, até janeiro de 2018” não foi cumprida na medida em que conseguimos apenas um aumento de 10% da dimensão que se encontrava mais comprometida, em consonância a meta “Aumentar o conhecimento dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre proteção de IST em 30%, até janeiro de 2018”. Apesar do incumprimento destas duas metas propostas, considero houve ganhos em saúde pelo já descrito anteriormente.

Quanto à meta “Adequar as crenças dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre IST em 20%, até janeiro de 2018”, esta foi atingida em 25%.

1. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que diminuíram o risco de violência dirigida aos outros [no namoro]

% de alunos com risco de violência dirigida aos outros [no namoro] antes da intervenção
= 87,3% - 50% = **37,3%**

- % de alunos com risco de violência dirigida aos outros [no namoro] após a intervenção

2. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que aumentaram os conhecimentos sobre violência no namoro

$$\begin{aligned} & \% \text{ de alunos conhecimento não demonstrado sobre violência no namoro antes da intervenção} & - & & \% \text{ de alunos conhecimento não demonstrado sobre violência no namoro após a intervenção} \\ & = 87,3\% - 50\% = \mathbf{37,3\%} \end{aligned}$$

3. Taxa de alunos do 1º ano dos CPE, que adequaram as crenças sobre violência no namoro

$$\begin{aligned} & \% \text{ de alunos crenças inadequadas sobre violência no namoro antes da intervenção} & - & & \% \text{ de alunos crenças inadequadas sobre violência no namoro após da intervenção} \\ & = 70,8\% - 20,8\% = \mathbf{50\%} \end{aligned}$$

Relativamente às metas traçadas para o foco “Violência do Namoro”, todas elas foram atingidas. Para a meta “Diminuir em 20% o risco de violência dirigida aos outros [no namoro] dos alunos do 1º ano dos CPE, até janeiro”, foi atingida através da melhoria da dimensão mais afetada, com 37,3% de aumento do conhecimento sobre tipos de apoio a vítimas de violência. Do mesmo modo a meta “Aumentar o conhecimento dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre violência dirigida aos outros [no namoro] em 30%, até janeiro de 2018” foi atingida. Para a meta “Adequar as crenças dos alunos do 1º ano dos CPE, sobre violência dirigida aos outros [no namoro] em 20%, até janeiro de 2018”, esta foi atingida e superada com 50% dos alunos a adequarem crenças como:

- os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro em 20,8%;
- os ciúmes extremos são sinal de amor em 6,3%;
- os namorados devem vestir-se para agradar o outro em 6,3%.

8.3 Indicadores de Estrutura

Os custos associados às 180 horas de enfermagem necessárias para todo o processo de planeamento em saúde, 25 copos de plástico, infusão de couve roxa, bicarbonato de sódio, água, foram suportados pela própria. Os preservativos femininos e masculinos, foram oferecidos pela UCC e o modelo anatómico do pénis foi emprestado pela mesma UCC.

A sala para apresentação de *power points*, projetor multimédia, computador, colunas foram requisitadas à escola profissional, onde decorreram as sessões.

CAPÍTULO III - OUTRAS EXPERIÊNCIAS

O Curso proporcionou a aquisição de mais duas experiências diferentes e bastante enriquecedoras. Uma relacionada com a possibilidade de realização de um módulo de estágio opcional. Neste caso a escolha recaiu para a Unidade de Saúde Familiar, pois apesar de ser numa área de especialidade que está em consolidação, integra-se na especialidade de Enfermagem Comunitária. Este estágio permitiu compreender a intervenção do enfermeiro de família, na abordagem dos temas deste projeto no contexto de uma consulta individualizada de saúde juvenil. Em simultâneo, foi realizada a seleção de uma família, identificados os dados avaliativos de acordo com a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de (Figueiredo, 2012), identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem, e formulados diagnósticos de acordo com os critérios pré-estabelecidos pelo mesmo modelo.

A outra experiência relacionou-se com a investigação em Enfermagem Comunitária, com a colaboração no Projeto do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), permitindo trabalhar a comunidade como cliente do enfermeiro.

Este capítulo encontra-se estruturado em dois grandes pontos, relacionados com as duas experiências vivenciadas e que foram subdivididas.

- No primeiro ponto refere-se à Experiência em Saúde Familiar que inclui: a Enfermagem de Saúde Familiar e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; objetivos, tipo de estudo e variáveis, contexto e população, procedimento de recolha de dados, apresentação dos dados obtidos com a aplicação da matriz operativa das três dimensões: Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional e a definição dos diagnósticos a partir de critérios pré-definidos por (Figueiredo, 2012)

no MDAIF, de acordo com as necessidades identificadas; e por fim uma reflexão sobre a Saúde Juvenil no contexto da saúde familiar;

- O segundo ponto refere-se à experiência de investigação em Enfermagem Comunitária e inclui: a Contextualização do Projeto MAIEC e a avaliação do nível de empoderamento de uma comunidade.

1. Uma Experiência em Saúde Familiar

No sentido de compreender a intervenção do enfermeiro de família, na abordagem dos temas deste projeto no contexto de uma consulta individualizada de saúde juvenil, tivemos oportunidade de realizar um estágio numa Unidade de Saúde Familiar.

1.1 Enfermagem em Saúde Familiar

Existe evidência que já desde os tempos de Florence Nightingale, os enfermeiros se preocupam em integrar a família como foco de atenção dos cuidados. No entanto, ao longo do tempo verificou-se diversas alterações de paradigma:

- Com os progressos tecnológicos, os cuidados de saúde foram transferidos para o contexto hospitalar, excluindo da família acontecimentos importantes no seu ciclo vital, tal como o nascimento e a morte; e a enfermagem descentrou-se da esfera do privado do domicílio para a esfera pública dos hospitais no século XIX. Além do progresso tecnológico e políticas de saúde implementadas que levaram à diminuição dos cuidados centrados na família, verificou-se também, alterações da estrutura e dinâmicas familiares que implicaram redução da dimensão da família e dificuldade das mesmas em assegurar os cuidados no domicílio.

- No século XX, o maior acesso à informação e as alterações sociodemográficas que modificaram as necessidades em saúde, conduziram à reestruturação dos sistemas de saúde. Isto resultou numa diminuição do tempo de internamento e os cuidados retornaram ao domicílio, direcionando a prestação dos cuidados de saúde para a comunidade, permitindo uma melhor compreensão das relações familiares e dos seus processos de saúde e doença.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância dos cuidados centrados na família e reafirma o papel dos enfermeiros na promoção da saúde das famílias, através da criação do programa de Saúde 21, que estabelece 21 metas para o século XXI. Este programa envolve todos os países da União Europeia e pretende o envolvimento de todas as classes sociais, todas as etapas do ciclo de vida, todos os tipos de doença, no ambiente, nos estilos de vida, de todos os serviços de saúde e seus recursos financeiros, humanos e de investigação. No âmbito dos CSP, a meta 15 realçou especial atenção, ao trabalho direcionado para a família, destacando que *“as pessoas deverão ter melhor acesso aos cuidados de saúde primários orientados para a família e comunidade e suportados por*

um sistema hospitalar flexível e responsável” e destaca o papel da enfermagem de saúde familiar na medida em que no centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione cuidados, a um número limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. (OE, 2001)

Nas últimas décadas verificou-se uma transformação na sociedade, com o aumento da diversidade de interações conjugais, motivadas pelos divórcios e reconstituição familiar, implicando mudanças significativas na estrutura e na organização familiar. No entanto, *“a família enquanto unidade sistêmica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa”*. (Figueiredo, 2012)

Deste modo, segundo Figueiredo (2012), é importante ampliar o foco de observação do indivíduo para a família e compreender a complexidade, globalidade e multidimensionalidade da mesma, no que se refere a estrutura, processos de desenvolvimento e estilo funcional, face às exigências e especificidades do seu ciclo vital.

A Ordem dos Enfermeiros define no Regulamento n.º 126/2011, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, tem como *“foco dos cuidados, as dinâmicas familiares e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente”*. O enfermeiro especialista interage com as famílias, identifica problemas, formulação de diagnósticos de enfermagem, prognósticos, objetivos e planeia a intervenção negociando com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade, os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar.

1.2 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF surge como um quadro de referência teórico e operativo, que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros, na prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. (Figueiredo, 2012)

Do ponto de vista de referencial epistemológico, sustenta-se no Pensamento Sistémico (Vasconcellos, 2005), que emerge da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1977) que definiu as leis gerais das características dos sistemas, a

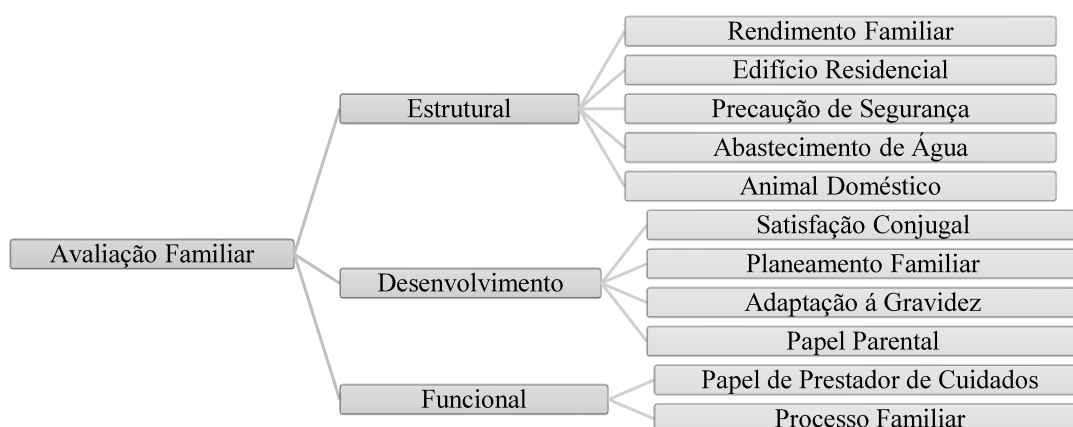
Cibernética de Norbert Weiner (1948), que estudou a forma de funcionamento dos sistemas e a Teoria da Comunicação Humana de Paul Waltzlawick em colaboração com outros teóricos da Escola de Palo Alto (1967) que fizeram a ligação entre os elementos que compõem cada sistema (Figueiredo, 2012).

Enquanto referencial teórico, o MDAIF integra conceitos centrais (Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à família), pressupostos e postulados que lhe conferem identidade e norteiam o processo de enfermagem considerando os Cuidados de Saúde Primários como contextos de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem à família enquanto unidade e alvo de cuidados.

Assim, entre os princípios definidos por (Figueiredo, 2012): *“pela natureza dos Cuidados de Saúde Primários, todas as famílias são suscetíveis de avaliação”* e *“para uma avaliação eficaz deve ser estimulada a participação da família”*. *“Após a identificação e validação dos recursos e necessidades percebidas pela família torna-se possível o estabelecimento de prioridades, a especificação dos resultados prováveis e a definição de intervenções específicas conducentes à celebração de objetivos co-definidos com a família”*. *“A avaliação dos resultados é processual, fundamentada nos objetivos estabelecidos e critérios fundamentados para a formulação de diagnósticos.”* (Figueiredo, 2012).

A matriz operativa do MDAIF centra-se em três dimensões avaliativas fundamentais: dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figura 2) e visa o conhecimento aprofundado do sistema familiar, para o desenvolvimento de práticas no sentido de fortalecer as famílias e produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. No entanto nem todas as áreas de atenção e os seus itens deverão ser obrigatoriamente avaliados, deverá ser adequado à singularidade da família e período temporal propício.

Figura 2 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação



Fonte: Figueiredo (2012)

A dimensão estrutural visa identificar a composição estrutural da família, os vínculos existentes e outros subsistemas (ex. família extensa, sistemas amplos e contexto ambiental) que podem indicar riscos de saúde. Esta dimensão inclui: o rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Anexo II - Tabela 3); e ainda instrumentos de avaliação familiar como o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada (Anexo III).

A dimensão de Desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo de vida: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos. A compreensão destes fenómenos possibilita a prestação de cuidados antecipatórios, de modo a promover a capacitação da família através do desenvolvimento de tarefas essenciais, conforme cada etapa, preparando-a para as futuras transições. Esta dimensão inclui as áreas de atenção: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. (Anexo II - Tabela 4)

A dimensão Funcional engloba os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Integra duas áreas de atenção: o papel de prestador de cuidados que enfatiza a dimensão instrumental do sistema familiar; e o processo familiar, que destaca a dimensão expressiva e inclui os instrumentos de avaliação como, a escala de FACES II (Anexo IV), o APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo V) e a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo VI).

A matriz operativa *“permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar”*. (Figueiredo, 2012)

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos de acordo com os diagnósticos identificados. As mudanças nos juízos diagnósticos traduzem os ganhos em saúde.

1.3 Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivos:

- Identificar os dados avaliativos de uma família, de acordo com a matriz operativa do MDAIF;
- Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da família selecionada;
- Formular diagnósticos de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas e considerando os critérios de diagnóstico pré-definidos no MDAIF.

1.4 Tipo de Estudo e Variáveis

O estudo desenvolvido é de natureza exploratório-descritivo.

Foram consideradas como variáveis, os dados avaliativos das dimensões descritas pela matriz operativa do MDAIF demonstrado na Figura 2 (Figueiredo, 2012):

- Dimensão Estrutural - tipo de família, família extensa, rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico;
- Dimensão Desenvolvimento - satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental;
- Dimensão Funcional - o papel do prestador de cuidados e o processo familiar.

1.5 Contexto e População

O estudo foi realizado numa USF integrada num ACeS do Porto, através da seleção de uma família.

A referida USF tem por missão “*prestar cuidados de saúde personalizados aos seus utentes, pelos quais se co-responsabiliza, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a continuidade, a qualidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados*”. Na sua visão “*Ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características da população, próxima das famílias e dos utentes, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais. Ser uma Equipa coesa e solidária em que o utente ocupa o lugar central*”. Cada médico e enfermeiro tem um horário definido, onde constam consultas programadas de várias áreas de atuação, consultas de situações agudas, consultas

de intersubstituição, consultas no domicílio, contatos indiretos e atendimento telefónico e compreende a execução de diversos programas.

Procura dar resposta a cada situação de acordo com a particularidade da mesma, tendo em conta as seguintes vertentes: acessibilidade organizada para dar resposta às situações agudas, diária e personalizada, e procura disponibilizar o maior número de serviços em horário que contemple todo o período de funcionamento da USF, incluindo o pré e pós-laboral; Personalização, para cada utente uma equipa nuclear (enfermeiro/médico/secretário clínico); Continuidade através de consulta programada para seguimento de grupos de risco e vulneráveis; Reunião de serviço semanal com todos os elementos da USF; Coordenação com os cuidados secundários, nomeadamente na criação de uma rede de referênciação e ligação telefónica direta com protocolos de cooperação.

1.6 Procedimento de Recolha dos Dados

O instrumento de colheita de dados resultou da atividade de diagnóstico sugerida na matriz operativa do MDAIF (Anexo VII).

1.7 Apresentação de Dados

Neste ponto será realizada a apresentação dos dados recolhidos através da aplicação da matriz operativa do MDAIF, organizado nas suas três dimensões. Serão apresentados apenas os dados que se constituem como necessários, dadas as características da família e para garantir o anonimato da mesma, serão apresentados nomes fictícios.

1.7.1 Dimensão Estrutural

A dimensão estrutural *“incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde”* (Figueiredo, 2012) e avalia: o tipo de família, a família extensa, o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico.

a) *Tipo de Família*

Segundo (Figueiredo, 2012), o tipo de família refere-se à “*composição de família e vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento*”. A família selecionada, quanto ao tipo, é uma família alargada, na medida em que é constituída por três gerações.

Relativamente à composição familiar, que “*agrega a informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos elementos, os vínculos entre os mesmos (...) ordem de nascimentos e subsistemas, considerados essenciais na avaliação dinâmica e ecológica da família*” (Figueiredo, 2012), será representada através de um genograma (Figura 3).

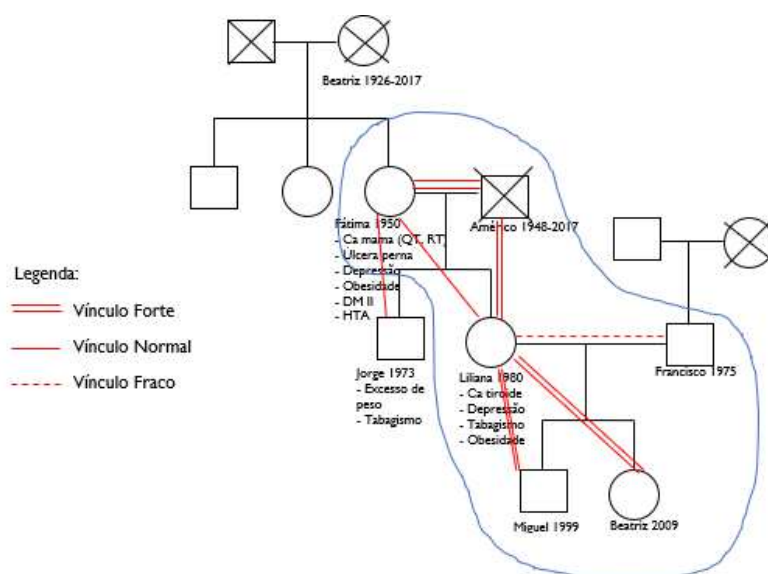


Figura 3 – Genograma

b) *Família Extensa*

Relativamente à família extensa, pretende-se identificar o “*tipo e a intensidade do contacto, além das funções das relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem e outros parentes, não englobados no sistema familiar*” (Figueiredo, 2012).

Fora do sistema familiar, os elementos da família com maior significância são:

- Jorge, filho da D. Fátima e irmão da Liliana, que estabelece com ambas um contacto pessoal e/ou telefónico semanal. Tem como função da relação, companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos.
- Irmãos da D. Fátima, que estabelece um contacto pessoal mensal, com uma função de companhia social e apoio emocional.

c) *Sistemas mais amplos*

Este item “*inclui as interações sociais entre contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas são pertencentes à família extensa*” (Figueiredo, 2012).

Os sistemas mais amplos serão representados através de um ecomapa (Figura 4).

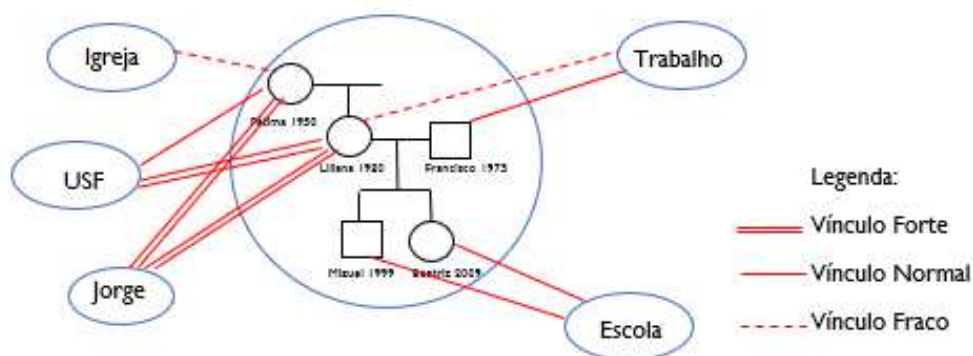


Figura 4 – Ecomapa

d) *Classe Social*

Conhecer a classe social da família, “*possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de stress familiares que possam estar associados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial*” (Figueiredo, 2012). Para uma avaliação mais objetiva e ampla, adota-se a Escala de Graffar adaptada (Anexo III). Segundo a mesma escala, a família selecionada encontra-se na posição Social IV – Classe Média Baixa, pelos itens:

- Profissão - Grau V - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores;
- Instrução – Grau III – Escolaridade 9º ano;
- Origem do Rendimento Familiar – Grau III – Vencimentos certos;
- Tipo de Habitação – Grau III - casa de banho, cozinha, sala e quartos, encontra-se bem conservada, tem eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, cilindro, máquina de lavar roupa), água, saneamento básico, eletricidade, boa ventilação e luz natural;
- Local de Residência – Grau IV – Bairro Social.

e) Edifício Residencial

O edifício residencial é definido como o “*espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção*” (Figueiredo, 2012). Neste nível foram identificadas como barreiras arquitetônicas, diversos tapetes soltos no chão e ausência de elevador, ficando este apartamento no 3º andar. Quanto ao aquecimento da habitação este é realizado com recurso a aquecedores elétricos e não tem abastecimento de gás. A nível da higiene da habitação não foram visualizados aglomerados de louça suja, ou roupa acumulada nas divisões ou objetos espalhados no chão; não foram detetados insetos, nem roedores; aparentemente a casa encontra-se limpa, sem manchas, pó ou gordura acumulada.

f) Sistema de Abastecimento

Este item integra o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos, sendo estes aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos. O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos (saneamento básico) é efetuado pela rede pública.

g) Ambiente Biológico

Relativamente ao ambiente biológico, pretende-se conhecer as condições de vigilância, segurança e higiene do Animal Doméstico, avaliando assim, o risco biológico que advém do contacto como mesmo. A presente família tem uma gata como animal doméstico, encontra-se dentro da habitação com boas condições de higiene, bem como do local circundante, com vacinação, desparasitação e esterilização efetuada.

1.7.2 Dimensão de Desenvolvimento

A dimensão de desenvolvimento “*possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual*” (Figueiredo, 2012). Nesta dimensão será avaliada: a satisfação conjugal, o planeamento familiar e o papel parental.

a) Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal encontra-se associada à adaptação às transições dos vários elementos, para manutenção de uma relação satisfatória, tornando-se possível de medir

através de uma avaliação pessoal, de cada um dos membros do casal faz da sua própria relação. Durante o módulo III foi apenas possível obter respostas de um elemento do casal, neste caso, da esposa, pois o marido encontra-se a trabalhar longe de casa (motorista de longo curso) e o único momento de contacto com o mesmo não seria apropriado (falecimento a mãe).

Relativamente à relação dinâmica do casal, a esposa refere satisfação na divisão/partilha de tarefas domésticas, no entanto não está satisfeita relativamente ao tempo que passam juntos e da forma como cada um expressa os seus sentimentos. Indica que o motivo desta insatisfação se prende com as constantes ausências do marido devido ao emprego. Quanto à comunicação do casal, refere conversar sobre as expectativas e receios de cada um e que na maioria conseguem chegar a acordo quando há discordância de opinião, no entanto reconhece que o padrão de comunicação poderia ser melhorado. Relativamente à interação sexual e à função sexual, não foram abordados, pois consideramos que em nenhum dos momentos de contacto foram adequados, pela falta de privacidade que poderia comprometer a relação terapêutica.

b) Planeamento Familiar

O Planeamento Familiar está relacionado com os processos de tomada de decisão do casal relativamente ao número de filhos e ao espaçamento entre eles (Figueiredo, 2012). *“Pressupõe o conhecimento e acessibilidade dos casais a métodos de planeamento familiar, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a consultas pré-concepcionais que ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis”*. (Figueiredo, 2012)

Relativamente à fertilidade e ao conhecimento sobre vigilância pré-concepcional, refere não querer ter mais filhos e menciona ter sido seguida em consultas pré-concepcionais antes da última gravidez. O uso do contraceptivo é utilizado adequadamente e descreve, vantagens e desvantagens da sua utilização e ainda o que fazer no caso de esquecimento, toma simultânea com outra medicação ou vômitos/diarreia. Refere ainda encontrar-se satisfeita com o método contraceptivo utilizado. A nível do conhecimento sobre reprodução, indica ter conhecimento do ciclo sexual da mulher, anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino e masculino, sobre fecundação e gravidez, os espaçamentos adequados da gravidez e as desvantagens da gravidez não planeada.

c) *Papel Parental*

O papel parental “*caracteriza-se essencialmente pelos padrões comportamentais dos membros da família face à expectativa e crença do papel, resultante, entre outros fatores do modelo funcional do sistema e dos fatores culturais adjacentes à co-construção desse modelo, em interação contínua com as suas finalidades e o meio envolvente*” (Figueiredo, 2012).

A família em estudo é uma família com filhos adolescentes, o que implica que já passaram por diversas transições no que se refere, primariamente à transformação da díade em grupo familiar e a responsabilidade de serem pais, posteriormente com a entrada do filho na escola tiveram de reforçar o papel de educadores e lidar com a contestação da autoridade paternal confrontada com a opinião do professor. Na atualidade, com o filho adolescente, cabe aos pais facilitar a autonomia, promovendo um equilíbrio entre liberdade e responsabilidade.

As categorias avaliativas das dimensões operativas definidas para esta etapa são: o conhecimento do papel e o comportamento de adesão.

Relativamente ao conhecimento do papel a nível do padrão alimentar/ingestão de líquidos/sono/repouso/higiene/higiene oral/prevenção de cáries dentárias/exercício e atividades de lazer adequado à criança encontram-se presentes. A nível da prevenção de acidentes/vigilância de saúde/vacinação, também se encontra presente, reconhece a importância da vigilância de saúde/vacinação e demonstra preocupação com a mesma. Sobre a socialização, refere que as crianças se encontram bem integradas nas escolas, têm amigos e evitam conflitos/ contacto que os jovens mais problemáticos. Relativamente ao desenvolvimento infantil/cognitivo, psicossocial e social, refere que as crianças têm uma aprendizagem escolar de média normal, e considera que o adolescente tem pensamento crítico e capacidade de tomar decisões; reconhece a importância das regras, da privacidade do jovem e ainda da importância da opinião do jovem na tomada de decisões familiares.

Quanto aos comportamentos de adesão, o adolescente realiza as consultas previstas na USF e tem o plano de vacinação atualizado. São seguidas regras alimentares adequadas, apresenta uma higiene adequada, geralmente o tempo livre do adolescente é ocupado em casa (jogos de computador) e a única atividade física é a efetuada na escola. O adolescente socializa com a família e com os amigos da escola, com estes, geralmente, apenas nos horários que está na escola. A nível da resolução de problemas do jovem, os pais tentam

resolve-los e não estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional. Os filhos conhecem as regras e geralmente cumprem-nas e considera que estabelecem uma interação positiva.

As dimensões associadas aos fatores de tensão do papel são: consenso, conflito e saturação de papel.

O consenso de papel *“relaciona-se com a aceitação dos membros da família sobre as expectativas associadas ao papel”*. Pela ausência do marido, Liliana assume “naturalmente” o papel parental, referindo que gostaria de ser mais apoiada/valorizada quanto ao mesmo. Os membros da família estão de acordo com as expectativas ligadas ao papel, não existe negociação sobre as tarefas do exercício do papel ou a atribuição das mesmas.

O conflito de papel surge pela dificuldade na conciliação, quer dos vários papéis, quer das tarefas necessárias à consecução do mesmo, originando tensão. Refere sentir sobrecarga de papéis, muito motivada pelos processos de luto do último ano, desempenhando um importante papel de apoio emocional no sistema familiar.

A saturação do papel encontra-se associado à sobrecarga física e ou emocional. A esposa reconhece problema psicológicos, emocionais e sociais associados ao desempenho dos papéis, no entanto sente dificuldade em encontrar estratégias conducentes à mudança.

1.7.3 Dimensão Funcional

A dimensão funcional *“alude primordialmente aos padrões de interação familiar e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade”* (Figueiredo, 2012).

Integra duas dimensões: a instrumental, relativas às atividades quotidianas da família, avaliada através do papel parental; e a expressiva que enfatiza as interações entre os membros da família, avaliada através do processo familiar. Pretende-se com estas dimensões identificar as necessidades para a compreensão da família enquanto sistema complexo e multidimensional.

De acordo com as características da família será apenas avaliado o processo familiar, que se centra nos padrões de interação familiar, avaliando a comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares.

“Os processos de comunicação traduzem-se pelas interações cumulativas que definem cada família como um sistema único, com fins a concretizarem, por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo” (Figueiredo, 2012) e integra comunicação emocional, verbal/não verbal e circular.

A nível da comunicação emocional, consideram que a D. Fátima é a pessoa que habitualmente expressa mais os sentimentos e que gostariam que a expressão de sentimentos fosse mais frequente entre todos os membros da família. Existe um espírito de ajuda mútua face ao estado emocional de cada membro e os sentimentos de cada um afeta os outros. Quanto à comunicação verbal/não verbal, consideram que em muitas situações não têm um discurso claro e direto, não se expressam claramente, e do mesmo modo a mensagem nem sempre é bem-recebida/compreendida. Consideram que a comunicação circular entre os membros poderia ser melhor e isso levaria a uma melhoria do ambiente do sistema familiar.

A nível da dimensão operativa do *coping* familiar, a família em estudo considera que a pessoa mais ativa na identificação e resolução de problemas é a Liliana; a família discute entre si a resolução dos problemas, no entanto considera que a discussão poderia ser melhorada; às vezes é necessário recorrer aos amigos para a resolução de problemas; e consideram que têm experiências positivas anteriores na resolução dos problemas.

No que diz respeito à dimensão operativa de interação de papéis familiares:

- Papel de provedor, relacionado com a entrada de bens financeiros, o responsável é o casal e a reforma da D. Fátima;
- Papel de gestão financeira, relacionado a administração da economia doméstica, é da responsabilidade da Liliana;
- Papel de cuidado doméstico, associado ao desempenho e responsabilidades domésticas, são assumidas pela D. Fátima e pela Liliana;
- Papel recreativo, relaciona-se a iniciativa de atividades lúdicas, tempos livres e estimulação da família em participar em atividades recreativas conjuntas, também é a Liliana que assume mais frequentemente este papel;
- Papel de parente, caracterizado pela manutenção do contacto com a restante família e amigos, permitindo a consolidação de laços familiares, é da responsabilidade da D. Fátima e da Liliana.

De acordo com o acima citado, os diversos papéis são assumidos pela Liliana. Existe consenso familiar sobre o mesmo e consideram que a mesma cumpre com as expectativas

dos papéis. No entanto a mesma reconhece a sobrecarga dos papéis e os problemas psicológicos e emocionais que associa à recente morte da avó e do pai que também constituíam o sistema familiar, que refletem a saturação do papel.

A relação dinâmica centra-se na “*partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis*” (Figueiredo, 2012) e integra: a influência e poder, alianças e uniões, coesão e adaptabilidade da família e percepção dos membros quanto à funcionalidade da família.

A nível da influência e poder, o membro da família com maior poder é a D. Fátima, por ser o membro com maior experiência e influência nas decisões. Esta posição é legítima e consensual, mas nem sempre existe satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros, referindo que sentem dificuldade em mudar as normas que regulam a família.

As alianças e uniões entre os membros que constituem o sistema familiar e vai influenciar o padrão de interação. Existe uma aliança entre a Liliana e os filhos, preferindo fazer as coisas entre os três do que com o resto da família.

Quanto à coesão e adaptabilidade, utiliza-se a Escala de FACES II versão portuguesa de Otilia Fernandes (Fernandes, 1995) (Anexo IV). Aplicando a escala referida, a nível da coesão, com um total de 61, é uma família ligada; a nível da adaptabilidade, com um total de 58, é uma família muito flexível; resultando numa família do tipo equilibrada, com um nível 6.

Para avaliar a percepção dos membros da família quanto à funcionalidade da mesma, opta-se pelo APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo V). De acordo com esta escala a família em estudo é altamente funcional com um total de 9, havendo quase sempre satisfação quanto ao apoio recebido pela família.

Por fim, as crenças familiares estão relacionadas com os “*valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde*” (Figueiredo, 2012). Permite atribuir um significado positivo à adversidade, através da observação da crise como um desafio e oportunidade de mudança. São as crenças que definem a identidade da família. A nível das crenças religiosas, os adultos desta família encontram-se “revoltados” com Deus, devido a fase de luto das perdas recentes de pessoas próximas; e das crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, que integram motivações, percepções e expectativas da família sobre a contribuição dos

profissionais promoção, manutenção e recuperação da saúde. As doenças oncológicas têm sido uma constante neste sistema familiar, e o mesmo atribui importância e confia na intervenção dos profissionais de saúde.

Estas dimensões interligam-se, permitindo uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família, e por sua vez a identificação das necessidades de mudança.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo V) é integrada no processo familiar, permitindo a identificação de eventos familiares geradores de stress e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família.

Aplicando a referida escala, o score total é igual a 251, por: morte de cônjuge, morte de um familiar próximo, doença grave e reforma. Ou seja, tem 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica.

1.8 Diagnósticos de Enfermagem

Através análise dos resultados obtidos com a aplicação da matriz operativa, são evidenciadas necessidades que carecem de intervenção. Estes problemas são enunciados a partir de critérios de diagnóstico pré-definidos que vão permitir ajuizar sobre cada uma das áreas de intervenção, esquematizados no Apêndice XII, XIII e XIV.

Dos diagnósticos formulados a nível da Dimensão Estrutural (Apêndice XII), concluímos que apesar de ser uma família com rendimento familiar insuficiente, edifício residencial não seguro e precaução de segurança não demonstrado, mantém o edifício residencial não negligenciado, apresenta o abastecimento de água adequado e o animal doméstico não negligenciado, necessitando de intervenção a nível da gestão do rendimento familiar face às despesas, ensino sobre riscos de edifício residencial não seguro e estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas.

No que respeita à Dimensão Desenvolvimento (Apêndice XIII), concluímos que a satisfação conjugal se encontra não mantida, segundo a esposa pela ausência do marido devido a motivos profissionais, apresenta a relação dinâmica disfuncional e a comunicação não eficaz, tornando-se essencial neste nível, promover a comunicação expressiva de emoções entre o casal. A nível do planeamento familiar este encontra-se eficaz, com o uso de contraceptivo adequado e o conhecimento sobre reprodução adequado, no entanto

relativamente ao papel parental, este encontra-se não adequado, devido ao comportamento de adesão não demonstrado, apesar do conhecimento do papel demonstrado, necessitando intervenção a nível de ensinamentos e motivação para atividades de lazer adequadas, socialização e sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente. Verifica-se também a presença de conflitos de papéis e saturação de papéis, sendo importante promover a comunicação expressiva de emoções, motivar para a redefinição de papéis, negociar a redefinição de tarefas pelos membros da família e estratégias de *coping*.

Quanto à Dimensão Funcional (Apêndice XIV), verificamos que o processo familiar se encontra disfuncional, por os membros da família manterem uma comunicação não eficaz, apresentarem um *coping* familiar não eficaz, estabelecerem uma interação de papéis não eficaz e uma relação dinâmica disfuncional. Também esta dimensão poderia ser solucionada através da comunicação expressiva de emoções, otimização do padrão de assertividade, envolvimento familiar nos diversos papéis, com redefinição de papéis e tarefas familiares e promoção de estratégias adaptativas/*coping*.

Desta forma o uso deste referencial contribui significativamente para a consolidação e disseminação das boas práticas em enfermagem de saúde familiar, por possibilitar a identificação das necessidades das famílias, bem como orientar a tomada de decisão dos enfermeiros com o propósito de promover, manter ou restabelecer a saúde familiar. Por sua vez, o registo destes dados irá permitir quantificar os ganhos em saúde obtidos com a intervenção de enfermagem, traduzidos por mudanças nos juízos de diagnóstico.

Durante a aplicação da matriz operativa, compreendemos a dificuldade que por vezes surge na aplicação de algumas questões. Neste caso, relacionadas com a intimidade do casal, por considerar que em nenhum dos momentos de contacto foram adequados, pela falta de privacidade e poderia comprometer a relação terapêutica. A aplicação da matriz operativa implica tempo e local adequado.

1.9 A Saúde Juvenil No Contexto Da Saúde Familiar

O estágio do Módulo III – Módulo Opcional, teve como objetivo conhecer a dinâmica de funcionamento de um contexto diferente inserido nos Cuidados de Saúde Primários e no sentido de dar continuidade ao projeto desenvolvido nos módulos anteriores, procuramos observar como as mesmas áreas de atenção, referentes à capacitação dos adolescentes para a educação para os afetos e sexualidade, prevenção do consumo de substâncias psicoativas

e de comportamentos aditivos sem substâncias e prevenção da violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*, são desenvolvidas pelo Enfermeiro de Família, no contexto de uma consulta individualizada de saúde juvenil ou de planeamento familiar.

Neste contexto verificamos que apesar da consulta ser individualizada com o jovem, ao contrário do contexto de saúde escolar que ocorre em grupo/turma, existe uma maior dificuldade da abordagem e exploração dos temas acima referidos.

As principais dificuldades observadas e confirmadas pelo Enfermeiro de Família prendem-se com:

- limitação da frequência e tempo de consultas – o plano nacional de saúde infantil e juvenil prevê um total de 3 consultas num período de 8 anos, uma consulta aos 10 anos corresponde ao ano do início do ensino básico, uma consulta com um exame global de saúde entre os 12 e 13 anos e outra consulta entre os 15 e 18 anos. Quanto ao tempo disponível para cada consulta são cerca de 10 a 15 min. Conjugado o tempo disponível para cada consulta e as limitadas consultas marcadas, as áreas abordadas são reduzidas ou então pouco exploradas. Consideramos também que o espaçamento entre as consultas, dificulte a relação de confiança estabelecida com o Enfermeiro de Família;

- vasto leque de áreas a abordar durante a consulta de saúde juvenil, face ao tempo disponível para a mesma – durante a consulta de saúde juvenil, está previsto ser abordado: a avaliação do crescimento e desenvolvimento (peso, altura, índice de massa corporal, tensão arterial); vigilância do estado vacinal e atualização de acordo com o programa nacional de vacinação; vigilância da saúde oral e hábitos de higiene oral; vigilância de hábitos alimentares; vigilância de hábitos de sono, quantidade, qualidade e higiene do sono; vigilância de condutas de risco, nomeadamente, consumo de tabaco, álcool, outras substâncias, comportamentos sexuais de risco; vigilância de sinais de incapacidade de lidar com os problemas, ansiedade, insónia, humor depressivo, comportamentos antissociais, comportamentos auto/hétero-agressividade; ano de escolaridade, bem-estar, projetos, *bullying* e *cyberbullying*; atividade física, lazer, dependência sem substâncias (hábitos de televisão, telemóvel, computador e videojogos); sexualidade, determinação sexual, género, relações íntimas, contraceção e violência no namoro;

- reduzida privacidade para o jovem – geralmente os jovens apresentam-se na consulta incentivados e acompanhados pelos pais, quando questionados se preferem que os mesmos aguardem na sala de espera, referem que os pais podem estar presentes na consulta. Apesar dos pais, quando devidamente envolvidos e capacitados terem uma influência protetora, deve existir um equilíbrio entre a autonomia individual crescente do adolescente,

uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente. Durante a consulta verifica-se inibição/constrangimento por parte dos jovens na abordagem de temas sobre sexualidade, dependências e violência. Por outro lado, a presença dos pais permite que os mesmos expressem dúvidas e receios, sendo em alguns casos, o único momento que o fazem, na presença do adolescente, permitindo o seu envolvimento e oportunidade de compreensão das atitudes e comportamentos adotados.

- dificuldade no registo informático de todas as áreas abordadas – sistema informático pouco intuitivo e ainda pouco explorado relativamente a todas as áreas necessárias abordadas na consulta de saúde juvenil e de planeamento familiar.

Apesar do excelente trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro de Família, este é limitado, devido às dificuldades enumeradas anteriormente, tornando-se necessário o envolvimento não só da família, mas de toda a comunidade, nomeadamente comunidade educativa através do Programa de Saúde Escolar, referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola.

Assim, consideramos de extrema importância, a parceria estabelecida entre o Enfermeiro de Família/Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária/Família/Comunidade Escolar, neste processo e a continuidade dos projetos desenvolvidos pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da capacitação dos jovens, para que estes tenham diversas oportunidades de aprendizagem, permitindo melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

2. Uma Experiência de Investigação em Enfermagem Comunitária

Para conseguir compreender o significado de abordar a comunidade como cliente, tivemos a oportunidade de colaborar no projeto de aplicação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

2.1 Projeto MAIEC

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 (Anexo VIII). Com este estudo pretende-se medir o nível de empoderamento comunitário antes e após a utilização do MAIEC como orientador da decisão clínica dos enfermeiros numa comunidade escolar. O estudo apresentado, permite identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária, na comunidade como cliente e analisar o impacto destes cuidados no nível de empoderamento comunitário (Melo, Pedro, 2017).

Relativamente ao método, o desenho do estudo é de natureza mista e organizado em duas etapas. Na primeira etapa, através da técnica do *Focus Group* e após o desenvolvimento da tradução da *Empowerment Assessment Rated Scale*, foi desenvolvida a sua adaptação cultural numa Escola Profissional do Porto. Na segunda etapa do estudo, será desenvolvido um estudo quási-experimental com avaliação do antes-após a aplicação do MAIEC no impacto no nível de empoderamento comunitário.

Os Objetivos Gerais são:

- Medir o nível de empoderamento comunitário das comunidades em fase inicial de implementação de projetos de intervenção;
- Comparar o nível de empoderamento comunitário numa comunidade escolar de um ACeS do Porto, no contexto de um projeto de intervenção comunitária, antes e depois da aplicação do MAIEC.

Os Objetivos Específicos são:

- Identificar o nível de empoderamento comunitário numa escola, integrada num projeto do PNSE de um ACeS do Porto;
- Avaliar o nível de empoderamento comunitário de uma comunidade escolar de um ACeS do Porto, no âmbito de um projeto de intervenção comunitária, antes da aplicação do MAIEC;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com o MAIEC, numa comunidade escolar de um ACeS do Porto;
- Identificar os indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos resultados de enfermagem, depois da aplicação do MAIEC, numa comunidade escolar de um ACeS do Porto;
- Identificar o nível de empoderamento comunitário da comunidade escolar, no contexto de um projeto de intervenção comunitária, após a aplicação do MAIEC;
- Comparar o nível de empoderamento comunitário da comunidade escolar antes e após a aplicação do MAIEC.

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. (Melo, Pedro, 2017)

2.2. Avaliação Do Nível De Empoderamento De Uma Comunidade

Para o desenvolvimento do projeto, foi realizada uma reunião com a Coordenadora Pedagógica da Escola para identificação necessidades da comunidade docente, tendo-se concluindo que seria a promoção de um ambiente laboral saudável, no que se refere ao trabalho em equipa e gestão de conflitos.

Na atividade diagnóstico do MAIEC foram definidos como focos: a gestão comunitária que engloba o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária. Na avaliação do processo comunitário será avaliado o *coping* comunitário (membros da comunidade/líder). Na avaliação da participação comunitária será avaliado o processo do grupo comunitário quanto a parcerias, comunicação e estruturas organizativas. Na avaliação da liderança comunitária será avaliado o conhecimento (membros da comunidade/líder), as crenças (membros da comunidade/líder) e a volição (membros da comunidade/líder). (Melo, Pedro, 2017)

Na primeira etapa do estudo foi realizada uma adaptação cultural da *Empowerment Assessment Rated Scale* traduzida para português, que em simultâneo permitiu avaliar o nível de empoderamento da Escola Profissional, para promover um clima organizacional saudável. Esta etapa foi desenvolvida em setembro de 2017 através de uma sessão de grupos focais, em que colaboramos como redatora.

Os domínios da Empowerment Assessment Rated Scale são: Participação Comunitária; Capacidade para avaliar o problema; Liderança Local; Estruturas organizacionais; Mobilização de recursos; Ligações a outros; Capacidade para questionar “porquê”; Gestão de programa e Relação com agentes externos

A atividade de diagnóstico foi desenvolvida com os professores da referida escola, num projeto relacionado com a saúde no trabalho na perspetiva de: Trabalho em Equipa e Gestão de Conflitos.

Analisando os resultados obtidos através da escala (Figura 5), após o diagnóstico MAIEC e intervenção, pretende-se o aumento do nível de poder nos domínios mais baixos, entre eles: liderança local, participação comunitária, relação com agentes externos, gestão de programas, habilidade para questionar "porquê", ligações a outros e mobilização de recursos.

No *Focus Group* foi notório o défice de conhecimentos de alguns elementos sobre aspetos básicos no que respeita a liderança e gestão de conflitos. Apesar da presença de estruturas organizacionais, não está bem definido quem as lidera. A comunicação entre os elementos é a chave de vários conflitos, pelo que necessita ser mais clara e formalizada. Por vezes comunicam e resolvem problemas pontuais, no entanto, nada fica registado.

Cada um destes domínios será desenvolvido para que sejam criados mecanismos de empoderamento, de modo a que estes sejam elevados para o máximo possível.

Figura 5 – Nível de Empoderamento da escola para promover um clima organizacional saudável



Seguidamente, foi aplicado nos professores, um questionário online com base nas dimensões de diagnóstico propostas no MAIEC para concluir a fase de diagnóstico de situação e para avaliar a Gestão Comunitária na Escola face à promoção de um clima organizacional saudável.

Atualmente o projeto encontra-se em fase de intervenção, tendo sido realizadas até ao momento duas intervenções de acordo com o MAIEC, tendo a oportunidade de participar na segunda sessão de intervenção e está previsto o agendamento de uma sessão de intervenção por mês.

O processo de tradução e adaptação cultural da escala, encontra-se em fase de publicação, numa revista científica, tendo sido apresentada e ficado em atas do European Forum for Primary Care (Melo, Community Empowerment Assessment in a School of the North of Portugal - a qualitative study, 2017).

Esta experiência permitiu compreender que o desenvolvimento de um projeto com um grupo e a abordagem da comunidade como cliente são potencialmente processos com resultados distintos. Pretendemos dar continuidade ao projeto como investigadora colaboradora e consideramos que irá permitir compreender, cada vez melhor todo este processo, contribuindo positivamente para a minha evolução quer a nível profissional quer a nível pessoal.

CAPÍTULO IV - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O processo de desenvolvimento do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária tem uma lógica de desenvolvimento de competências, alicerçada num projeto inicial, que integra como objetivos gerais e específicos definidos pelo plano de estudos, bem como aos objetivos pessoais propostos (Anexo IX, X e XI).

Neste capítulo será realizada uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do projeto desenvolvido, tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro).

Contextualizando com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, regulamentadas no n.º 128/2011 de 18 de fevereiro):

- *“Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”*. Esta competência implica a realização de todo o Planeamento em Saúde, com toda a complexidade do ser humano e os valores individuais. Esta competência foi adquirida através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade da escola profissional, através da aplicação de um instrumento de colheita de dados (Apêndice II) e analisados os resultados com a formulação dos respetivos diagnósticos de enfermagem, organizados em dimensões diagnósticas (Apêndice I). Foi integrado o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde da comunidade escolar, tendo em conta as variáveis socioeconómicas e ambientais; foram identificados numa reunião com a coordenadora pedagógica da escola, o que no seu ponto de vista seriam as áreas com necessidade de intervenção e confirmados com análise das respostas ao questionário. A determinação dos problemas de saúde também se basearam em indicadores epidemiológicos e áreas prioritárias definidas pelas DGS em 2015. Após a realização do diagnóstico de saúde e apresentados os resultados do mesmo numa tentativa de promover o envolvimento da equipa pedagógica, procedeu-se à determinação de prioridades, através da técnica de comparação por pares e da colaboração de dois peritos na área, tendo como critérios de ponderação, a magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A partir daqui foram formulados objetivos e indicadores que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de ganhos em saúde; definidas estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas de acordo com os recursos disponíveis e que respondam aos objetivos fixados; preparados projetos de intervenção com vista a resolução dos problemas identificados como prioritários, implementadas intervenções tendo em conta os recursos materiais disponíveis, disponibilizada a informação sobre recursos disponíveis na comunidade; avaliados os indicadores através a aplicação de um questionário (Apêndice X).

- *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”*. A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento das populações e pretende que as mesmas façam uma gestão e controlo da própria saúde, com os seus próprios meios. Esta competência foi concretizada através da liderança no processo de intervenção do projeto no âmbito das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Violência no namoro, que teve como objetivos diminuir a suscetibilidade às infeções sexualmente transmissíveis e diminuir o risco de violência no namoro, no sentido de tornar os adolescentes saudáveis e responsáveis na tomada de decisão livre e esclarecida, proporcionando a longo prazo ganhos

em saúde; Durante as sessões, os alunos foram informados das parcerias e recursos disponíveis da comunidade, assim como do apoio prestado por cada uma delas, incentivando à procura das mesmas;

-- “*Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*”. Esta competência foi desenvolvida através da conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção “Escola Profissional com Saúde”, que se integra no Programa Nacional de Saúde Escolar;

- “*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*”. Para atender ao desenvolvimento desta competência foi realizado e aplicado um questionário, como instrumento de colheita de dados, de natureza epidemiológica, passíveis de ser trabalhados para a caracterização do perfil epidemiológico da população em estudo.

Estes módulos contribuíram para fortalecer o reconhecimento da importância que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem no planeamento em saúde realizado na sua comunidade. Ele é responsável pela eficaz avaliação holística e interligação das partes constituintes do sistema comunitário. Ao longo do desenvolvimento deste projeto, o mesmo foi sujeito a alterações, com necessidade de adaptações eficazes ao imprevisto, sendo esta uma constante realidade do enfermeiro especialista.

A realização destes módulos permitiu também aperfeiçoar/adquirir competências a nível:

- Competências científicas: com o aumento de conhecimento sobre o trabalho pretendido e desenvolvido nas UCC, ACeS, e áreas de intervenção do PNSE;
- Competências cognitivas: com a integração de novos conhecimentos e consolidação de conhecimentos anteriores, obtidos através da formação e da experiência profissional;
- Competências metodológicas: através do desenvolvimento de cada fase do planeamento em saúde;
- Competências técnico-instrumentais: com a utilização do *google docs* para formulação do pé-teste e do SPSS para análise/tratamento dos dados;
- Competências de adaptação e flexibilidade: que são capacidades fundamentais para intervir na comunidade; mas também no que diz respeito a adaptabilidade do horário de estágio com as obrigações familiares e profissionais;
- Competências de análise e reflexão: sobre a prática profissional, problemas detetados e resultados das estratégias apresentadas. Procuramos aplicar os conhecimentos,

capacidades e competências da enfermagem comunitária e realizar uma análise crítica e reflexiva do desempenho e das situações complexas, com uma atitude avaliativa. Sentimos que foi fundamental esta reflexão sobre os comportamentos e formas de agir, constituindo-se como momentos construtivos, de aprendizagem e motivação, auxiliados pelo olhar do enfermeiro tutor e pelo enfermeiro orientador, sendo estes um contributo valioso para o crescimento profissional e na aquisição de competências.

CONCLUSÃO

Neste ponto será realizada a conclusão que explana a evolução sentida enquanto pessoa e profissional ao longo deste projeto, implicações para a prática clínica no contexto da UCC onde decorreu o estágio, o papel do ensino da Universidade Católica do Porto enquanto potenciador do desenvolvimento das competências e algumas inquietudes que ficam como sugestões para o desenvolvimento de estudos no contexto da área do projeto.

A adolescência é marcada por várias transformações concomitantes a nível biológico, psicossocial, moral e sexual e conhecer estas alterações e características da adolescência pode ajudar os profissionais de saúde a compreender melhor as vivências desta fase do ciclo vital. A sociedade atual é dominada por exigências e mudanças, onde os valores se alteram rapidamente, o que origina nos adolescentes incertezas e dúvidas. Cada vez mais o trabalho dos enfermeiros junto dos adolescentes, deve ser visto como um passo importante para que estes se tornem saudáveis e responsáveis.

Estão identificadas várias áreas de intervenção prioritárias pela DGS, entre elas alvo deste projeto como: saúde mental e competências socioemocionais, no que diz respeito ao *bullying* e *cyberbullying*; educação para os afetos e sexualidade, numa atualidade em que a sexualidade é iniciada cada vez mais precocemente, tendo como consequências de um início precoce e irrefletido da vida sexual, a vulnerabilidade à gravidez e a infeções sexualmente transmissíveis; e a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância. Neste âmbito, o enfermeiro tem um papel determinante no ensino, acolhimento e intervenção, de modo a dotar os adolescentes de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam.

O planeamento em saúde implica que o profissional de saúde tome decisões, racionalizando-as, no sentido de que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente, e deve incluir três fases importantes: a elaboração do plano (que inclui o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução), a execução e a avaliação.

Neste estudo verificou-se que existe um défice de conhecimento nos alunos da escola selecionada, quanto as IST, recursos da comunidade, métodos contraceptivos, dependências de substâncias e dependências sem substâncias e quanto a violência dirigida aos outros no que diz respeito a violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*. Este grupo de adolescentes mantém uma atitude de vulnerabilidade quanto ao consumo de jogos/internet e risco de contrair IST e têm crenças inadequadas quanto aos métodos contraceptivos e dependências.

Face aos problemas identificados, devido ao tempo limitado, foram determinados os problemas prioritários através da técnica de comparação por pares e a colaboração de dois peritos na área, tendo sido definido como prioritários para a intervenção, a “Suscetibilidade às IST” e o “Risco de violência dirigida aos outros [no namoro]”. Sendo a partir daqui

fixados objetivos, definidas estratégias, planeado o projeto, preparada a execução, executada a intervenção e avaliados os indicadores. Esta avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário, dois meses após a intervenção, para que os conhecimentos adquiridos fossem consolidados, tendo como resultado: uma diminuição em 10% da suscetibilidade às IST, aumento do conhecimento sobre proteção de IST de pelo menos 10%, adequação de crenças sobre IST de pelo menos 25%, diminuição de 37,3% do risco de violência dirigida aos outros [no namoro], aumento do conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] de pelo menos 37,3% e adequação de crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] de pelo menos 50% dos alunos. Apesar das metas propostas não terem sido todas atingidas quando analisados os dados globalmente, consideramos que, se analisarmos os resultados pormenorizadamente, estes foram muito positivos, com obtenção de consideráveis ganhos em saúde. Todavia, os verdadeiros ganhos em saúde só poderão ser avaliados a longo prazo através da diminuição das IST e redução da violência no namoro.

Todo o processo de planeamento em saúde, constituiu um grande desafio, na medida em que é uma área pouco explorada no contexto laboral em que me encontro. Sem dúvida, que a motivação pessoal e o acompanhamento académico foram determinante para o sucesso do mesmo. Apesar disso, foram sentidas algumas dificuldades e inevitáveis limitações, no que se refere:

- Pouca experiência de metodologia do planeamento em saúde. A realização de um pré-teste, permitiu melhorar consideravelmente o questionário, tornando-o mais sucinto e fácil de compreensão, no entanto, durante a análise das respostas e agrupamento em dimensões, foi notória que estas poderiam ainda ser melhoradas. O pré-teste permitiu ainda, detetar que seria vantajoso alterar a estratégia de aplicação do questionário para formato em papel, no sentido de obter uma taxa de adesão superior, em menor espaço de tempo, pelas limitações tecnológicas da própria escola. Apesar da taxa de respostas ser superior com a estratégia da aplicação do questionário em papel, o tempo despendido para posterior introdução dos mesmos na base de dados SPSS, foi também, largamente superior, tendo condicionado a uma excelente gestão de tempo;

- Limitação temporal. A fase diagnóstica do planeamento em saúde encontra-se definida pelo plano de estudos do curso de mestrado, nos meses maio e junho, correspondente ao fim do ano letivo, sendo esta uma época de exames, de atividades externas à escola e de cansaço inerente ao mesmo. Este facto condicionou a obtenção das respostas ao questionário, tendo sido possível obter apenas respostas ao pré-teste, pelo que o

questionário, foi aplicado no início do módulo correspondente à intervenção em saúde, limitando o tempo disponível para a mesma, reduzindo apenas a duas sessões de educação para a saúde a cada turma, num total de oito sessões. Estas sessões abrangeram as duas áreas mais prioritárias definidas através da determinação de prioridades, com a expectativa que as restantes sejam desenvolvidas posteriormente pela UCC. A avaliação da intervenção foi realizada dois meses após, em janeiro, para que os conhecimentos fossem consolidados e as crenças alteradas. A alteração de comportamentos só será possível avaliar a longo prazo, pelo que só poderão ser avaliadas posteriormente pela UCC se a mesma der continuidade ao projeto. É de referir também os tempos letivos correspondem a 45 minutos cada. A primeira sessão sobre IST foi planeada para 60 minutos, pela ausência de resposta por parte da coordenadora pedagógica, do tempo disponível para cada sessão. Apesar deste constrangimento, as sessões de 60 minutos, foram possíveis realizar, no entanto, implicou a troca de tempos letivos entre professores, de modo a que as mesmas fossem realizadas nos tempos letivos com as Psicólogas ou Diretor de Turma, procurando não interferir com as sessões letivas das outras disciplinas.

Ainda relativo à limitação temporal, não foi possível integrar toda a comunidade, no que se refere aos pais/encarregados de educação e corpo docente, que na nossa opinião seria essencial para uma efetiva alteração de comportamentos.

- Limitação comunicacional. Durante todo o processo de planeamento, foi sentido uma extrema dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva com a coordenadora pedagógica, em especial: - na obtenção de dados, como é o caso do número total de alunos aquando a aplicação dos questionários, para que o cálculo da taxa de adesão aos mesmos fosse real; do número total de alunos por turma, que só foi possível obter durante as primeiras sessões; e do tempo disponível para cada turma; - no agendamento das sessões, dificuldade em obter resposta as chamadas telefónicas ou via email, ou quando a mesma era obtida, não continha as informações pedidas/necessárias. Isto provocou uma certa desmotivação pessoal, e receio de não ser bem-recebida pela equipa docente. No entanto o mesmo não se revelou e a receptividade por toda a equipa docente foi muito positiva, e o comportamento da coordenadora pedagógica durante a fase de execução do planeamento em saúde foi bastante acolhedor. Todo este processo permitiu vivenciar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros responsáveis pela área da Saúde Escolar;

- Limitação organizacional da escola. O défice organizacional da escola, é notório, podendo este ser motivado: pela entrada constante de novos alunos, pelas inscrições se manterem abertas; pelas constantes alterações do horário escolar, quase semanalmente; pela

falta de estruturas organizacionais. Também a nível da UCC foi sentido um défice organizacional e um défice de envolvimento com a comunidade escolar, da escola profissional em causa, justificado pelo facto de ser sido o primeiro contato com a escola, primeira vez que a mesma foi alvo de intervenção, inexistência de relação com o Enfermeiro de Comunitária e desconhecimento do trabalho desenvolvido pelo mesmo, associado ao facto do enfermeiro tutor ter iniciado recentemente atividade na área da Saúde Escolar.

Apesar dos constrangimentos referidos, através da persistência, tentamos ultrapassá-los da melhor forma possível.

A nível de sugestões/implicações do projeto, estruturamo-las em sugestões/implicações para a prática e para a investigação.

Sugestões/Implicações para a prática

A realização de todas as fases do planeamento, permitiu verificar que todas têm elevada importância e se todo o processo fosse iniciado no presente, muitos aspetos poderiam ser melhorados, essencialmente na primeira fase relativa ao diagnóstico de situação:

- Pensamos que seria pertinente, uma reunião com toda a equipa docente, no sentido de fomentar o envolvimento dos mesmos no projeto, bem como a continuidade do mesmo. Nesta mesma reunião ficariam definidos uma proposta de agenda. A convergência de ideais e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é primordial, pois permite que haja uma linha comum orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos; sendo muito importante o estabelecimento de parcerias interdisciplinares (saúde e educação) baseadas na comunicação eficaz e negociação;

- Seria também pertinente, uma reunião inicial com os alunos, para apresentação formal e explicação presencial do projeto, os seus objetivos e a importância do mesmo para os próprios, para posterior adesão ao questionário mais efetiva;

- Pensamos que para obtenção de um bom diagnóstico de situação, este deve ser iniciado preferencialmente em outubro, quando a azafama própria do início do ano letivo, já é menor, encontrando-se a escola numa fase mais disponível e colaborante, e por outro lado não se encontra no fim de um período ou ano letivo, que são marcados por exames e cansaço físico e psicológico, de toda a comunidade escolar;

- No que se refere ao questionário, é muito importante definir as dimensões a estudar e formular questões precisas que permitam responder exatamente, ao pretendido;

▪ Ao nível dos critérios de diagnóstico, estes poderiam ser melhor aferidos, para uma avaliação de ganhos em saúde mais explícita, ou seja, verificaram-se que os ganhos em saúde são mais do que a melhoria na dimensão de maior magnitude relativa ao FOCO PRINCIPAL diagnosticado, pois em cada uma das restantes dimensões de diagnóstico também se identificam ganhos em saúde, por vezes maiores, pelas suas características de vulnerabilidade face à natureza da intervenção e ao tempo em que decorreu o projeto.

A partir destas alterações aquando o diagnóstico de situação, consideramos que as restantes fases decorreriam mais fluidamente.

O desenvolvimento e fortalecimento de parcerias entre equipas interdisciplinares e multisectoriais é, inquestionavelmente, uma mais-valia para a continuidade de uma articulação entre as estruturas da saúde e da educação. A identificação de outros grupos de estudantes, nomeadamente os alunos do terceiro ano, sob o olhar da coordenadora pedagógica, que pudessem beneficiar com intervenção similar, foi muito positivo, pois foi sentido um reconhecimento do papel do enfermeiro comunitário na promoção da saúde, em contexto escolar. Pensamos também que a relação interpessoal foi criada, quer com os alunos, quer com a equipa docente, abrindo portas e facilitando posteriores intervenções nesta escola.

Consideramos também, que seria vantajoso para o projeto, o envolvimento dos pais/encarregados de educação, na medida em que, a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis.

Por fim, acreditamos que aplicação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), nesta escola seria uma mais-valia, na medida em que é perceptível que as diversas dimensões do mesmo, no que se refere à Participação Comunitária, Capacidade para avaliar os problemas, Liderança Local, Estruturas organizacionais, Mobilização de recursos, Ligações a outros, Capacidade para questionar “porquê”, Gestão de programa e Relação com agentes externos, necessitam de uma intervenção urgente.

Implicações para a investigação

Este projeto através da sua componente investigativa, torna-se uma mais-valia para a produção de conhecimento pertinente, resultante de investigação científica, rigorosa e atual, orientado para a ação. A nível da saúde escolar, permitiu uma estruturação de um projeto passível de ser replicado.

O enfermeiro deve ser um educador por excelência. Deve aproveitar a curiosidade e espontaneidade dos jovens e efetuar ensinamentos ajustados às suas expectativas e necessidades.

Como balanço final, consideramos que o ensino da enfermagem comunitária proporcionado pela UCP, potenciou o desenvolvimento de competências académicas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, encontrando-se capaz de: aplicar conhecimentos, compreender e resolver os problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a Enfermagem Comunitária; integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções; comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de formas clara e sem ambiguidades; e de desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo auto-orientado ou autónomo.

Além do desenvolvimento das competências académicas, permitiu o desenvolvimento de competências profissionais, apta para o exercício de funções como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRANCO, ANTÓNIO GOMES; RAMOS, VÍTOR. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. 2.

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 Acção 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-Escolar-2015.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/coordenacao-nacional-para-a-reforma-cuidados-saude-primarios/>

DGS. (s.d.). *Direção-Geral de Saúde*. Obtido em 15 de junho de 2017, de A Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/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). *Infeção 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. (13 de 01 de 2015). Direitos digitais: Uma password para o futuro. *Jornal i*. Obtido em 20 de 06 de 2017, de Crianças a tordo e a Direitos: <https://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/?s=ciberbullying>

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-namoro-aumentaram-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 20 de 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, Pedro. (2016). *Enfermagem Comunitária Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário*. Porto: UCP.

Melo, Pedro. (2017). MAIEC - A Comunidade como cliente dos Enfermeiros. Porto.

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.min-saude.pt/Portals/0/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2015_UCC_2015_07_17.pdf

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

OMS. (2009). *Saúde 21*. Lisboa: Lusodidacta.

Rede de Investigadores do OPSS. (2003). Evolução do sistema de saúde. *OPSS*.

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 aditivo 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%20-%20A%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Álcool_2014.pdf

SICAD. (2015). *Relatório Anual 2014: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Divisão de Estatística e Investigação. Obtido em 20 de 06 de 2017, de www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/2016/Relatório%20Anual%20a%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodependências_2014.pdf

Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª ed.). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.

Teixeira, C. (2010). *Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências*. EDUFBA: Editora da Universidade Federal da Bahia .

Tito de Moraes, S. S. (2016). *Cyberbullying, Um Guia para Pais e Educadores*. Lisboa.

UNICEF. (2017). *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*. United Nations Children's Fund (UNICEF). Obtido em 20 de 06 de 2017, de https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf

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/

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* n.º 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 n.º 48/90, de 24 de agosto- *Diário da República* n.º 195, I Série, de 24 de agosto 1990

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril - REPE

Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de maio, *Diário da República* n.º 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 n.º 157/99 de 10 de maio, *Diário da República* n.º 108/1999, Série I-A de 10 de maio de 1999

Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de dezembro, *Diário da República* — I SÉRIE-A N.º 296—24 de dezembro de 2001

Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro, *Diário da República* n.º 259/2003, Série I-A de 8 de novembro de 2003

Decreto n.º 25-A/2005, de 18 de novembro, *Diário da República* — I SÉRIE-A N.º 214 - 8 de novembro de 2005

Decreto-Lei n.º 89/2005 de 3 de Junho, *Diário da República* n.º107, I Série-A 3 de junho de 2005

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, *Diário da República* n.º 196, I Série B, de 12 de outubro de 2005

Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 156 — 14 de Agosto de 2007

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, *Diário da República* n.º 161/2007, Série I de 22 de agosto de 2007

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008

Despacho n.º 31291/2008, de 5 de dezembro, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 236 — 5 de dezembro de 2008

Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 69 — 9 de abril de 2010

Regulamento n.º 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 n.º 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 – Atividade Diagnóstica

Apêndice II - Questionário aplicado à Escola Profissional

Apêndice III – Caracterização da Amostra

Apêndice IV – Resultados e Diagnósticos Formulados

Apêndice V - Definição de Prioridades: Técnica de Comparação por Pares

Apêndice VI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre IST

Apêndice VII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro

Apêndice VIII - Sessão de Educação para a Saúde sobre IST

Apêndice IX - Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro

Apêndice X – Questionário de Avaliação após a Intervenção

Apêndice XI – Tabela Comparativa do Diagnóstico (antes da intervenção) e da Avaliação (após a intervenção)

Apêndice XII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Estrutural

Apêndice XIII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão de Desenvolvimento

Apêndice XIV – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Funcional

Apêndice I – Atividade Diagnóstica

Atividade Diagnóstica

ÁREA PRIORITÁRIA DO PNSE	CONTEÚDOS A ABORDAR (do PNSE/ Legislação)	FOCO	DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	EXEMPLO DE QUESTÕES A EFETUAR
Saúde mental e competências socioemocionais	Comportamentos de risco, como o consumo de substâncias psicoativas, as problemáticas da ansiedade, depressão e risco suicidário e lesões autoinfligidas. Lei 147/99, de 1 de setembro - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo	VIOLÊNCIA DIRIGIDA AOS OUTROS [Bullying]	- Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [Bullying] - Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [Bullying] - Presença de violência dirigida aos outros [Bullying]	“Já ouviu falar em <i>Bullying</i> e/ou <i>Cyberbullying</i> ? Se sim o que considera que é?” “Disse a alguém que foi vítima de <i>bullying/cyberbullying</i> ?” “Já maltratou alguém na escola?” “Se visse maltratar um ou uma colega de quem não gosta, também participaria?”, “Como reage quando vê colegas da sua idade a serem maltratados por outros colegas?” “Foi vítima de <i>bullying/cyberbullying</i> nos últimos seis meses”, “Chamaram-lhe nomes inadequados, insultaram-lhe ou troçaram de si?”, “Os seus colegas agrediram-lhe, bateram-lhe, fecharam-no na sala ou noutra local na escola?”, “Os seus colegas contam mentiras a seu respeito, para que os outros não gostem de si?”
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 Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de junho – sobre a venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de dezembro - Código da Publicidade	DEPENDÊNCIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	- Abuso de substâncias psicoativas - Conhecimento sobre substâncias psicoativas; - Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas; - Crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas;	“Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência: Álcool, tabaco, outras drogas” “Que tipo de drogas que conhece” “Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitará?” “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?” “Os homens toleram mais o consumo de álcool?”, “O álcool facilita as relações sociais?”, “As drogas leves não causam habituação?”

	<p>Lei n.º 109/2015 de 26 de agosto – relativa à venda e apresentação de produtos do tabaco e produtos afins.</p> <p>Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. A Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, (Lei do Tabaco),</p> <p>Decreto n.º 25-A/2005, de 18 de novembro - Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco</p> <p>Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020</p>	<p>DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de internet/jogos - Conhecimento sobre os riscos do uso de internet/jogos; - Atitude face à vulnerabilidade do uso de internet/jogos; - Crenças sobre o consumo de internet/jogos. 	<p>“Se tiver que ficar um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?”, “Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?”</p> <p>“O uso inadequado da internet pode trazer perigos?”, “A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?”</p> <p>“Já mentiu a membros da família ou outros para esconder a extensão do envolvimento com a internet/jogos?”, “Sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar satisfação?”, “Alguma vez vendeu algo para financiar o jogo?”, “Já marcou encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet?”</p> <p>“Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?”, “As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?”, “Considero-me uma pessoa popular porque tenho muitos amigos nas redes sociais?”, “Tenho total confiança nos jogos virtuais pois consigo controlar o meu envolvimento?”</p>
<p>Educação para os afetos e sexualidade</p>	<p>LEI 60/2010 /Portaria 196^a/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>USO DE CONTRACETIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre uso de contraceptivos; - Adesão ao uso de contraceptivos; - Crenças sobre o uso de contraceptivos; 	<p>“Que métodos contraceptivos conhece?”, “Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos?”, “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?”</p> <p>“Quando teve relações sexuais usou algum método contraceptivo?”, “Que tipo de método contraceptivo usou?”</p> <p>“A contraceção é só responsabilidade da mulher?”, “Na primeira relação sexual a mulher nunca engravida?”, “Tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade?”, “A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?”, “É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação?”</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);</p> <p>Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (como infecção por VIH e HPV) e suas consequências;</p> <p>Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.</p>	<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL NO NAMORO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interação sexual; - Comunicação do casal; - Relação dinâmica do casal; - Função sexual do casal; 	<p>“Quando está com o seu/sua companheiro/a é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre os dois?”, “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?”</p> <p>“Você e o seu companheiro/a conversam sobre as expectativas de cada um?”, “Você e o seu companheiro/a conseguem chegar a acordo quando há discordância?”, “Está satisfeito/a com o padrão de comunicação que tem com o seu/sua companheiro/a?”</p> <p>Está satisfeito/a com o tempo que passa com o seu companheiro/a?”, “Está satisfeito/a com a forma como você e o seu/sua companheiro/a expressam os sentimentos e emoções?”</p> <p>“Sente que você ou o seu companheiro/a têm algum tipo de disfunção/problema sexual?”</p>
		<p>VIOLÊNCIA DIRIGIDA AOS OUTROS [no namoro]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de violência dirigida aos outros [no namoro]; - Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro]; - Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [no namoro]; - Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro]; 	<p>“Já vivenciou alguma situação de violência numa relação de namoro?”</p> <p>“Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência?” Se sim, qual?”, “A violência no namoro provoca isolamento da vítima?”, “O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência?”</p> <p>“O seu namoro/a juga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?”, “O seu namoro/a invade a sua privacidade?”, “Invade a privacidade ao seu/sua namorado/a?”</p> <p>“O ciúme obsessivo é sinal de amor?”, “Uma bofetada não faz mal a ninguém?”, “Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro?”, “Os namorados/as devem vestir-se para agradar um ao outro?”, “Obrigar o namorado/a a iniciar atividade sexual é uma forma de violência sexual?”</p>

		<p>SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre proteção das IST - Adesão ao preservativo; - Crenças sobre IST’; 	<p>“Que IST’s conhece?”, “Dos métodos contraceptivos quais protegem das IST’s?”</p> <p>“Quando teve relações sexuais usou algum método contraceptivo? Se sim, qual?”</p> <p>“O preservativo pode ser reutilizado?”, “O uso da pilula protege das IST?”, “O HIV é uma doença que se contrai através da saliva?”, “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?”, “Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?”, “Quando se sente emocionalmente muito envolvido/a, acha que pode mais facilmente ter relações coitais desprotegidas?”</p>
		<p>PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre recursos da comunidade; - Atitude face ao compromisso; - Crenças sobre projeto de vida; - Padrão de comunicação; 	<p>“Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual?”, “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?”</p> <p>“Para si, ter relações sexuais com alguém, não implica necessariamente que esteja comprometido/a com essa pessoa?”, “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?”</p> <p>“Você e o seu companheiro/a conversam sobre as expectativas de cada um?”</p> <p>“O seu namoro/a juga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?”, “O seu namoro/a invade a sua privacidade?”, “Invade a privacidade ao seu/sua namorado/a?”</p>

Apêndice II - Questionário aplicado à Escola Profissional

Questionário aplicado à Escola Profissional

“Escola Profissional com Saúde”

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, responda 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/*Bulying*/*CyberBulying*; Consumo de Substâncias e Sexualidade.

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



PARTE I

Para conhecer melhor quem nos responde!

(Assinale com um **X** apenas uma opção de cada pergunta)

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

5. Que curso frequenta?

Técnico de Audiovisuais

Técnico de Comércio

Técnico de Comunicação

Técnico de Fotografia

Técnico de Multimédia

Técnico de Vendas

Técnico de Comunicação e Serviço Digital

PARTE II

O que tem a dizer-nos sobre vários assuntos:



1. Está satisfeito/a com a sua relação de namoro?

- Atualmente não tenho nenhum relacionamento
- Muito satisfeito/a
- Razoavelmente satisfeito/a
- Pouco satisfeito/a
- Nada satisfeito/a

2. Já vivenciou alguma situação de violência numa relação de namoro?

- Sim
- Não
- Nunca tive uma relação de namoro

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

- Sim
- Não

3.1 Se respondeu sim na questão anterior, indique quais.

4. 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		
O ciúme é sinal de amor		
Uma bofetada não faz mal a ninguém		
A violência no namoro provoca isolamento da vítima		
O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência		
A violência no namoro é um problema que só diz respeito ao casal de namorados		
Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro		
Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência		
Os (As) namorados(as) devem vestir-se para agradar um ao outro		
Os (As) namorados(as) podem ler as mensagens de telemóvel do outro		
Obrigar o(a) namorado(a) a iniciar a atividade sexual é uma forma de violência sexual		

5. 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.

	Nunca tive uma relação amorosa	o/a seu/sua namorado/a fez-lhe	o/a seu/sua namorado/a nunca lhe fez
Comportamentos de chantagem			
Comentários negativos sobre a tua aparência			
Perseguir na escola			
Invasão da privacidade			
Julgar, corrigir e criticar			
Dar uma bofetada			
Atirar com objetos à outra pessoa			
Dar pontapés ou cabeçadas			
Impedir o contacto com outras pessoas			
Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou "ferir"			
Forçar a manter atos sexuais contra a vontade			

	Nunca tive uma relação amorosa	Fez ao seu/sua namorado/a	Nunca fez ao seu/sua namorado/a
Comportamentos de chantagem			
Comentários negativos sobre a tua aparência			
Perseguir na escola			
Invasão da privacidade			
Julgar, corrigir e criticar			
Dar uma bofetada			
Atirar com objetos à outra pessoa			
Dar pontapés ou cabeçadas			
Impedir o contacto com outras pessoas			
Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou "ferir"			
Forçar a manter atos sexuais contra a vontade			



6. Já ouviu falar em Bullying e/ou Cyberbullying?

Sim

Não

6.1 Se respondeu sim na questão anterior, indique o que considera que é?

7. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa, segundo a sua experiência, **nos últimos 6 meses**.

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

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

Nunca

Por vezes

Quase sempre

Sempre

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

- Nunca
 Por vezes
 Quase sempre
 Sempre

10. 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* ou *cyberbullying*

11. Sente-se segura/o na sua escola?

- Sim
 Não

12. 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

13. Para cada questão assinale a opção que mais se adequa, segundo a sua experiência, **nos últimos 6 meses**.

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

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

- Sim
 Não
 Talvez

15. 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
 Intervém ou denuncia a situação



Parte III

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

	Sim	Não
O uso inadequado da internet pode trazer perigos?		
Por norma antes de adormecer usa a internet/jogos?		
Se tiver que ficar um dia sem telemóvel sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?		
Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?		
A internet/jogos causam dependência?		
Sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar satisfação?		
Já mentiu a membros da família ou outros para esconder a extensão do envolvimento com a internet/jogos?		
Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?		
Alguma vez vendeu algo para financiar o jogo?		
Alguma vez faltou à escola/trabalho devido ao jogo?		
Já marcou encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet?		
A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?		
Toda a informação adquirida na internet é fidedigna?		
As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?		
Considera-se uma pessoa popular porque tem muitos amigos nas redes sociais?		
Tem total confiança nos jogos virtuais pois consegue controlar o seu envolvimento?		

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, qual? _____

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

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

	Verdadeiro	Falso
O tabaco só faz mal a quem fuma?		
Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?		
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?		
Se no seu grupo de amigos se consumir drogas, sente-se "tentado/a" a consumir mais vezes, porque o ambiente é propício?		
Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles lhe oferecessem um charro de haxixe aceitaria?		
Os homens toleram mais o consumo de álcool?		
O álcool facilita as relações sociais?		
As drogas leves não causam habituação?		

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

	Não consumo	Consumo frequentemente	Consumo socialmente
Álcool			
Tabaco			
Outras drogas			

Parte IV



1. Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual? (Pode assinalar mais que uma opção)

- 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 (penetração) mas sem chegar a ele. Isto inclui ter acariciado e/ou ter sido acariciado/a em qualquer parte do corpo, incluindo os genitais, com ou sem orgasmo.
- Já tive experiência de ter chegado ao coito (com penetração).

3. Quando teve relações sexuais (vaginal, anal ou oral) usou algum método contraceutivo?

- Sempre
- Às vezes
- Nunca
- Nunca tive relações sexuais

4. Que tipo de método contraceptivo usou? (Pode assinalar mais do que uma opção)

- Coito interrompido (remoção do pénis antes da ejaculação)
- DIU (Dispositivo Intra Uterino)
- Pilula
- Preservativo
- Métodos naturais (temperatura corporal basal, calendário)
- Anel vaginal
- Diafragma
- Espermicidas
- Nunca tive relações sexuais (vaginal, anal ou oral)
- Outros, qual? _____

5. Para cada questão assinale a opção que mais se identifica. (Entende-se como companheiro/a o mesmo que namorado/a)

	Sim	Não	Às vezes	Não tenho companheiro/a
Quando está com o seu/sua companheiro/a é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre vocês?				
Quando se sente emocionalmente muito envolvido/a na relação com o seu/sua companheiro/a acha que pode mais facilmente ter relações coitais desprotegidas?				
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?				
Para si, ter relações sexuais com alguém, não implica necessariamente que esteja comprometido/a com essa pessoa?				
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?				
Está satisfeito/a com o tempo que passa com o seu companheiro/a?				
Você e o seu companheiro/a conversam sobre as expectativas de cada um?				
Você e o seu companheiro/a conseguem chegar a acordo quando há discordância?				
Está satisfeito/a com o padrão de comunicação que tem com o seu/sua companheiro/a?				
Está satisfeito/a com a forma como você e o seu/sua companheiro/a expressam os sentimentos e emoções?				
Sente que você ou o seu companheiro/a têm algum tipo de disfunção/problema sexual?				
Conhece estratégias que não implicam a toma de medicação para resolver algum tipo de disfunção/problema sexual?				

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

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

8. Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos?

Sim

Não

8.1 Se sim, onde? _____

9. Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?

Sim

Não

9.1 Se sim, onde? _____

10. Destes métodos contraceptivos, quais protegem das IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis)?

	Protege	Não protege	Não sei/Não conheço
Pílula			
Anel vaginal			
Dispositivo Intra Uterino (DIU)			
Diafragma			
Preservativo			
Espermicida			
Esterilização (masculina ou feminina)			
Pílula do dia seguinte			

11. Responda às seguintes afirmações com Verdadeiro ou Falso.

	Verdadeiro	Falso
A contraceção é só responsabilidade da mulher		
Na primeira relação sexual a mulher nunca engravida		
A toma da pílula por muito tempo causa infertilidade		
A pílula do dia seguinte pode ser usado como contracetivo frequente		
É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação		
O preservativo pode ser reutilizado		
O preservativo diminui o prazer sexual		
Para maior proteção devo utilizar o preservativo feminino e masculino em simultâneo		
O HIV é uma doença que se contrai através da saliva		
Se contrair HIV vou detetar rapidamente		
Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem		
O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings		

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.

Apêndice III – Caracterização da Amostra

Caracterização da Amostra

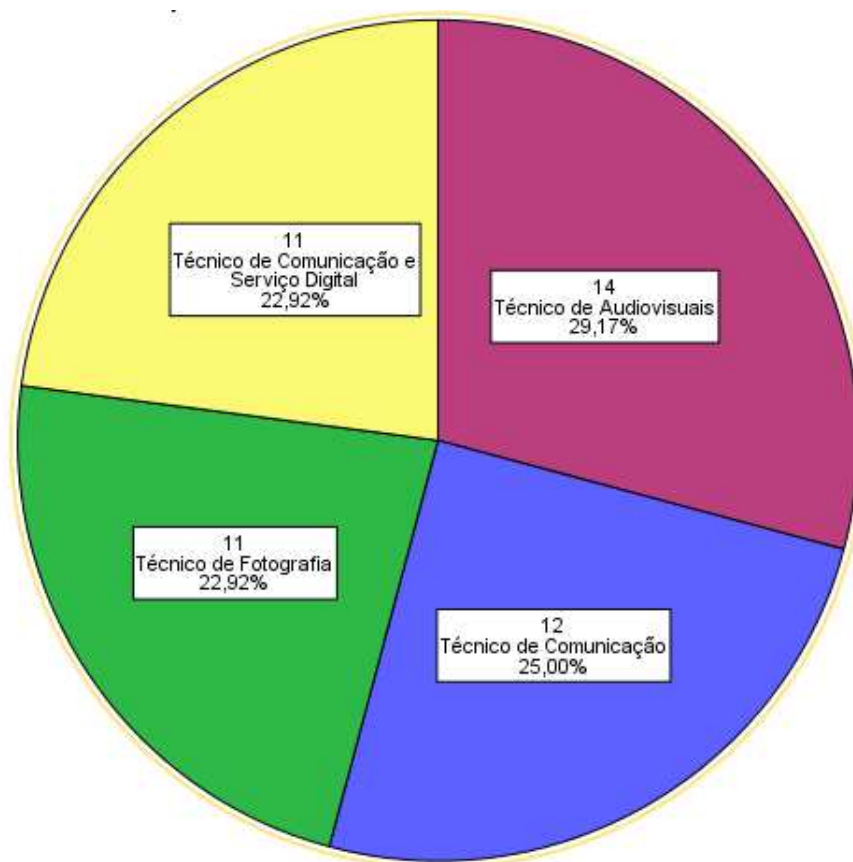


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Curso

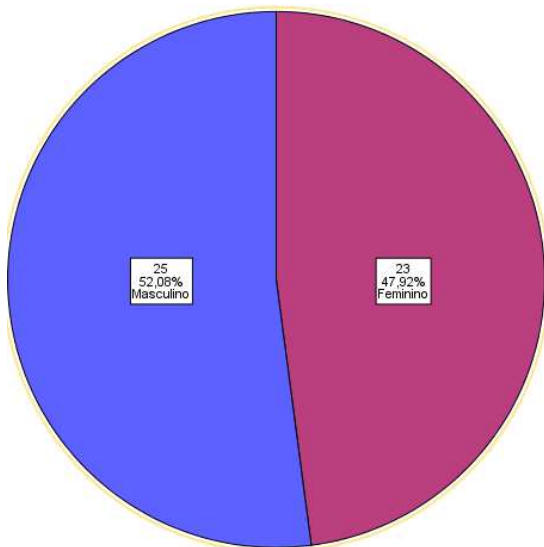


Gráfico 2 - Distribuição por Sexo

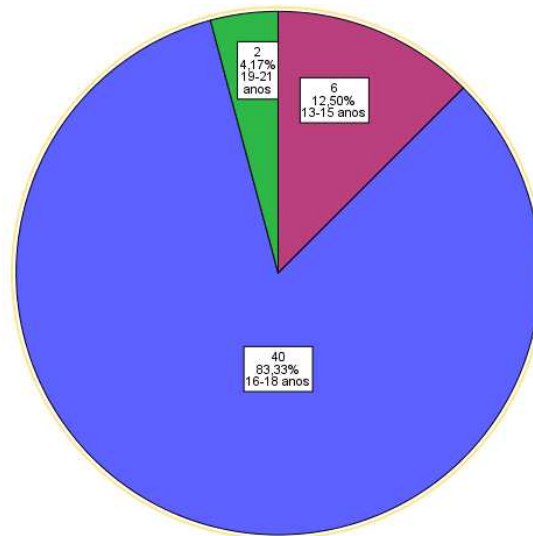


Gráfico 3 - Distribuição por Faixa Etária

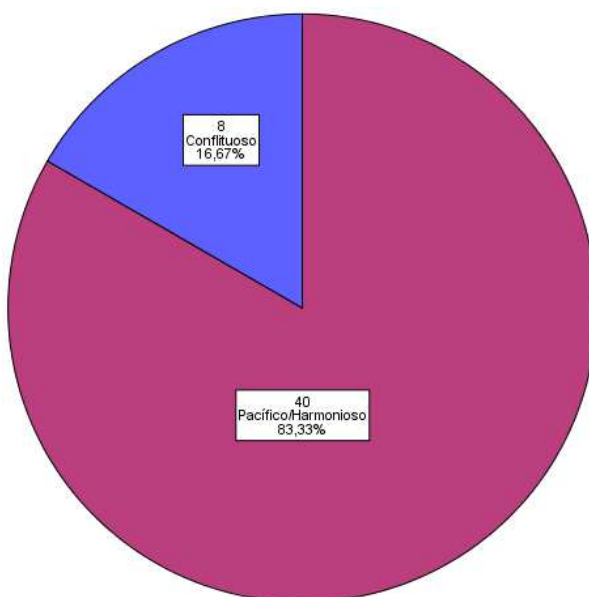


Gráfico 4 - Distribuição por Ambiente Familiar

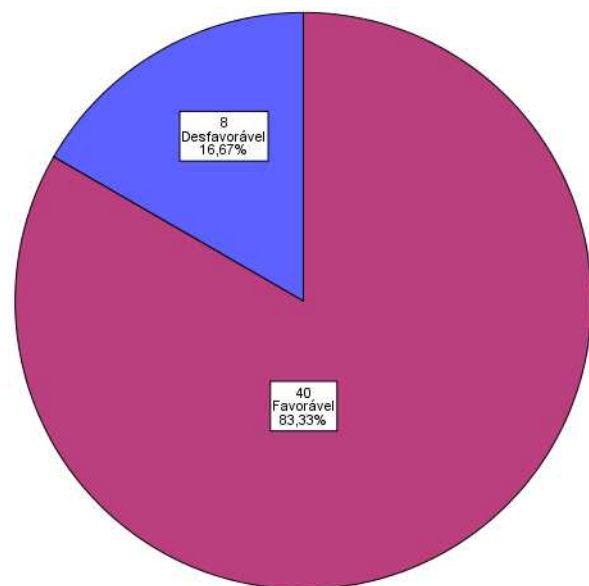


Gráfico 5 - Distribuição por Situação Económica

Apêndice IV – Resultados e Diagnósticos Formulados

Resultados e Diagnósticos Formulados

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	QUESTÕES/RESPOSTAS
Uso de Contraceptivos ineficaz em 46,8%	Adesão ao uso de contraceptivos ausente em 46,8%	“Quando teve relações sexuais usou algum método contraceptivo?” Nunca em 14,7%; Às vezes em 32,1%
	Conhecimento sobre uso de contraceptivos não demonstrado em 41,7%	“Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 41,7% “Que métodos contraceptivos conhece?” Não sei em 12,5%
	Crenças sobre o uso de contraceptivos não adequadas em 31,3%	“É preciso fazer uma pausa na toma da pílula para fazer desintoxicação?” Sim em 31,3% “Tomar a pílula por muito tempo causa infertilidade?” Sim em 20,8% “A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceptivo frequente?” Sim em 18,8%
Satisfação Conjugal [no namoro] não mantida 23,1%	Função sexual comprometida em 23,1%	“Sente que você ou o seu companheiro/a têm algum tipo de disfunção/problema sexual?” Sim 23,1%
	Interação sexual não adequada em 20,9%	“Quando está com o seu/sua companheiro/a é capaz de controlar o que ocorre sexualmente entre os dois?” Não em 20,9%
	Relação dinâmica disfuncional em 20,9%	“Está satisfeito/a com o tempo que passa com o seu companheiro/a?” Não em 20,9%
	Comunicação do casal não eficaz em 12,6%	“Está satisfeito/a com o padrão de comunicação que tem com o seu/sua companheiro/a?” Não em 12,6%
Processo de Tomada de Decisão não mantida 68,7%	Conhecimento sobre recursos da comunidade não demonstrado em 68,7%	“Onde procura e obtém informação sobre a saúde sexual?” Profissional de Saúde em 31,3%; Ninguém 25% “Onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?” Não sei em 41,7%
	Atitude face ao compromisso não facilitadora em 35,4%	“Para si, ter relações sexuais com alguém, não implica necessariamente que esteja comprometido/a com essa pessoa?” Sim em 35,4%
	Padrão de Comunicação não adequado em 35,4%	“O seu namoro/a juga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?” Sim em 35,4% “O seu namoro/a invade a sua privacidade?” Sim em 29,1%
Suscetibilidade à infecção aumentada em 80,9%	Conhecimento sobre proteção das IST não demonstrado em 80,9%	“Dos métodos contraceptivos quais protegem das IST’s?” Protege/Não Sei: Pílula em 60,4%; Anel vaginal em 80,9%; Diafragma em 65,7%; Espermicida em 65%; Esterilização em 62,5%; Não sei/Não protege - Preservativo em 17,8% “Sabe onde pode adquirir contraceptivos?” Sim e indica 75% Gratuitamente Sim e indica 58,3%
	Uso de preservativo ausente em 56,3%	“Quando teve relações sexuais usou preservativo?” Não em 56,3%

	Crenças sobre IST não adequadas em 52,1%	<p>“O HIV é uma infeção que se contrai através da saliva?” Sim em 39,6%</p> <p>“O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 4,2%</p> <p>“O uso da pilula protege das IST?” Sim em 33,6%;</p> <p>“Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 18,8%</p> <p>“O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings?” Não 52,1</p>
Dependência de substâncias psicoativas presente 20,8%	Abuso de substâncias psicoativas presente em 20,8%	<p>Das seguintes substâncias indique as que consome e com que frequência:</p> <p>Álcool – Frequentemente em 20,8%; Tabaco – Frequentemente em 20,8%</p>
Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado, em pelo menos 41,7%	Atitude face à vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora, em pelo menos 41,7%	<p>“Se estivesse com os seus amigos numa festa e eles o/a incentivassem a beber bebidas alcoólicas, aceitaria?” Sim em 41,7%</p> <p>“Se no seu grupo de amigos, numa festa e eles lhe oferecessem um charro de haxixe aceitaria?” Sim 18,8%</p>
	Crenças sobre o consumo de substâncias psicoativas não adequadas em 41,7%	<p>“Os homens toleram mais o consumo de álcool?” Sim em 41,7%</p> <p>“O álcool facilita as relações sociais?” Sim em 33,3%</p>
	Conhecimento sobre substâncias psicoativas não demonstrado em 29,2%	<p>“O Tabaco só faz mal a quem fuma?” Verdadeiro em 29,2%</p> <p>“Que tipo de drogas que conhece” Não sei em 16,7%</p>
Dependência sem substâncias presente em 66,7%	Abuso de internet/jogos presente em 66,7%	<p>“Quando acorda uma das primeiras coisas que faz é pegar no telemóvel e aceder à internet?” Sim em 66,7%</p> <p>“Se tiver que fica um dia sem telemóvel, sente-se angustiado/a e sem saber o que fazer?” Sim em 47,9%</p>
Risco de dependência sem substância aumentado em pelo menos 52,1%	Conhecimento sobre os riscos do uso da internet/jogos não demonstrado em 52,1%	<p>“A internet/jogos causam dependência” Não em 52,1%</p> <p>“A internet/jogos não provocam dependência tal como as substâncias psicoativas?” Sim em 31,3%</p>
	Crenças sobre o consumo de internet/jogos não adequadas em 52,1%	<p>“As redes sociais permitem adquirir verdadeiros amigos?” Sim em 52,1%</p> <p>“Tenho total confiança nos jogos virtuais pois consigo controlar o meu envolvimento?” Sim em 39,6%</p>
	Atitude face à vulnerabilidade do uso da internet/jogos facilitadora em pelo menos 45,8%	<p>“Já marcou encontros presenciais com pessoas que conheceu apenas pela internet?” Sim em 45,8%</p> <p>“Usa a internet/jogos como forma a escapar de problemas ou aliviar a ansiedade?” Sim em 43,8%</p> <p>“Sente necessidade de usar a internet com quantidades crescentes de tempo para alcançar satisfação?” Sim em 39,6%</p>

		“Alguma vez vendeu algo para financiar o jogo?” Sim em 31,2%
Violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 35,4%	Violência dirigida aos outros [no namoro] presente em 35,4 %	“Já vivenciou (ou vive) alguma situação de violência na sua relação de namoro?” Sim em 6,3% O seu namoro/a juga-o/a, critica-o/a, corrige-o/a?” Sim em 35,4% “O seu namoro/a invade a sua privacidade?” Sim em 29,1%
Risco de violência dirigida aos outros [no namoro] aumentado em pelo menos 87,5%	Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado em 87,5%	“Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência?” Não, em 87,5% “A violência no namoro acontece porque os (as) namorados(as) pensam que têm direito de se imporem um ao outro?” Não em 29,2% “O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência.” Não em 16,7%
	Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas em 70,8%	“O ciúme extremo é sinal de amor?” Sim, em 70,8% “Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro?” Sim, em 41,7% “Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência” Sim 35,4% “Obrigador o namorado/a a iniciar atividade sexual é uma forma de violência sexual?” Não em 27,1% “Uma bofetada não faz mal a ninguém?” Sim em 10,4% “Os namorados/as devem vestir-se para agradar um ao outro?” Sim em 16,7%
Violência dirigida aos outros [bullying] presente em 41,8%	Violência dirigida aos outros [bullying] presente em 41,8%	“Os seus colegas contam mentiras a seu respeito, para que os outros não gostem de si?” Sim em 41,8% “Chamaram-lhe nomes inadequados, insultaram-lhe ou troçaram de si nos últimos seis meses?” Sim em 31,2% “Foi vítima de bullying nos últimos seis meses” Sim em 21,8% “Foi insultada/o, chamam-lhe nomes, por causa de alguma característica física ou deficiência?” Sim em 20,8%
Risco de violência dirigida aos outros [bullying] aumentado em pelo menos 66,7%	Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [bullying] não demonstrado em 66,7%	“Já ouviu falar em Bullying e/ou Cyberbullying? Se sim defina.” Não em 4,2%, Sim mas não define 62,5% “Disse a alguém que foi vítima de bullying/cyberbullying?” Não em 12,5%
	Atitude facilitadora de violência dirigida aos outros [bullying] em pelo menos 20,8%	“Se visse maltratar um ou uma colega de quem não gosta, também participaria?” Sim em 20,8% “Como reage quando vê colegas da sua idade a serem maltratados por outros colegas?” Não faz nada, fica apenas a assistir em 20,8%; Participa e maltrata esse colega em 2,1% “Alguma vez chamou nomes, humilhou e bateu a um ou uma colega?” Sim em 18,8%

Apêndice V - Definição de Prioridades: Técnica de Comparação por Pares

Definição de Prioridades: Técnica de Comparação por Pares

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	6	54.4%
P2 - Uso de Contracetivos ineficaz	P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P2 P1 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	7	63.6%
P3 - Satisfação conjugal [no namoro] não mantida	P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P1 P2 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	1	9%
P4 - Suscetibilidade à infecção aumentada	P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P4 P1 P2 P3 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	11	100%
P5 - Dependência de substâncias psicoativas presente	P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P5 P1 P2 P3 P4 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12	2	18.2%
P6 - Risco de dependência de substâncias psicoativas aumentado	P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P6 P1 P2 P3 P4 P5 P7 P8 P9 P10 P11 P12	3	27.3%
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	9	81.8%
P8 - Risco de dependência sem substâncias aumentado	P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P8 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P9 P10 P11 P12	8	72.7%
P9 - Violência dirigida aos outros [no namoro] presente	P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P9 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P10 P11 P12	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	10	90.1%
P11 - Violência dirigida aos outros [bullying] presente	P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P11 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P12	4	36.4%
P12 - Risco de violência dirigida aos outros [bullying] aumentado	P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P12 P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11	5	45.5%

**Apêndice VI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre
IST**

Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre IST

Projeto: “Escola Profissional com Saúde”

Tema: IST

Data: 17 e 18 de outubro de 2017

Formadores: Patrícia Moreira

Local de Formação: Escola Profissional

Destinatários: Turmas do 1º ano dos Cursos Profissionais

Recursos: **Humanos** – Formador

Materiais – Computador, Projetor multimédia, Colunas, Copos de plástico, Infusão de couve roxa, Bicarbonato de Sódio, Água, Preservativos Femininos e Masculinos, Modelo anatómico dos pénis

Tempo Previsto: 60 minutos

HORA	OBJETIVO	CONTEÚDO	MÉTODO/TÉCNICA	TEMPO
8h30	Apresentação Adequar as crenças sobre IST	Apresentação pessoal dos formadores Suscetibilidade às IST A proteção como veículo para evitar as IST	<p>Expositivo/exposição Breve apresentação verbal dos formadores</p> <p>Jogo Pedagógico: “FESTA”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar a dinâmica colocar sobre a mesa copos de plástico com água e 2 deles uma solução diluída de bicarbonato de sódio, correspondente ao número total de alunos. Propor a cada aluno pegar num copo, e imaginar que estão descontraídos numa festa interagindo com as outras pessoas. Os alunos deverão fazer uma analogia associando cada copo como sendo o seu corpo, que se relacionava sexualmente com diferentes pessoas, ato representado por misturar um pouco do líquido do seu copo com o da outra pessoa; • No fim, pedir aos alunos para colocarem os copos novamente na mesa e fixarem o local onde ficou o respetivo copo. Explicar que existiam 2 copos continham um reagente e se conseguem descobrir quais. Os copos com reagente representam que estavam infetados com uma IST, que por sua vez ao relacionar- 	20’

			<p>se sexualmente com as outras pessoas de uma forma desprotegida infetou-as. Adiciona-se algumas gotas de extrato de repolho roxo, (um indicador ácido-base), que provoca a mudança de coloração da solução nos copos que contêm a solução de bicarbonato de sódio para azul;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os copos que apresentaram coloração azul foram representados como indivíduos infetados com algum tipo de IST; • Concretização da dinâmica questionando o que estão a sentir/pensar, se será assim tão fácil ficar infetado e se será fácil a proteção introduzindo a importância do preservativo. Explicar a importância do uso do preservativo e adequar crenças. 	
8h50	Aumentar o conhecimento e aprendizagem sobre os cuidados a ter com o preservativo e sua correta colocação	Cuidados a ter com o preservativo: - Antes - Durante - Após	<p style="text-align: center;">Expositivo/Exposição Demonstrativo/Demonstração</p> <p>Explicação dos cuidados a ter desde a aquisição do preservativo, até a sua utilização. Demonstração da colocação do preservativo masculino e feminino</p>	15'
9h05	Aumentar conhecimento sobre IST Adequar crenças sobre IST	<p>Conceitos</p> <p>Tipos de IST</p> <p>Vias de Transmissão</p> <p>Sinais e Sintomas</p> <p>Proteção contra IST</p> <p>Locais de aquisição dos preservativos</p> <p>Contatos úteis</p> <p>Crenças sobre IST</p>	<p style="text-align: center;">Diálogo interrogado/Interrogação Expositivo/Exposição</p> <p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Questionar crenças sobre IST no sentido de as desconstruir</p>	15'
09h20	Conclusão	<p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Conclusão</p>	Diálogo interrogado/Interrogação	10'

**Apêndice VII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre
Violência no Namoro**

Plano da Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro

Projeto: “Escola Profissional com Saúde”

Tema: Violência no namoro

Data: 25 e 31 de outubro de 2017

Formadores: Patrícia Moreira

Local de Formação: Escola Profissional

Destinatários: Turmas do 1º ano dos Cursos Profissionais

Recursos: **Humanos** – Formador

Materiais – Computador, Projetor multimédia, Colunas

Tempo Previsto: 45 minutos

HORA	OBJETIVO	CONTEÚDO	MÉTODO/TÉCNICA	TEMPO
8h30	Apresentação	Apresentação pessoal do formador	Expositivo/exposição Breve apresentação verbal do formador	5'
8h35	Adequar crenças sobre violência no namoro	Crenças sobre violência no namoro Relações saudáveis e Relações não saudáveis Resolução de conflitos	Debate/ História “O Príncipe Encantado” Diálogo interrogado/Interrogação <ul style="list-style-type: none"> Distribuir a cada participante uma cópia da história “O Príncipe Encantado”. Ler a história em voz alta para todo o grupo e promover o debate: O que acham desta relação? Em que altura é que a protagonista terá percebido que a relação pode ser perigosa? Que sinais indicam que esta relação pode ser abusiva? Como distinguimos uma relação romântica de uma relação abusiva? Porque é difícil resolver conflitos/situações de violência no namoro? O que poderia a protagonista ter feito para mudar a situação?	25'

9h00	Aumentar o conhecimento sobre a violência no namoro	Conceito de violência no namoro Tipo de Violência Sentimentos da vítima Como terminar uma relação violenta Como e onde procurar ajuda	Expositivo/Exposição Apresentação em PowerPoint	10'
9h10	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Conclusão	Diálogo interrogado/Interrogação Vídeo: “Quem te ama não te agride”	5'

Apêndice VIII - Sessão de Educação para a Saúde sobre IST

~

Sessão de Educação para a Saúde sobre IST

"FESTA"

O que estão a SENTIR?

O que estão a PENSAR?

Será assim tão fácil ficar infetado?

SIM!

Conhecemos realmente o estado de saúde dos nossos parceiros pela aparência física?

NÃO!

Se não conhecemos, como nos envolvemos, sem correr risco?

Fazer
Ecolhas
Seguras
Torna-te
Autônomo

Será fácil me proteger?

SIM!

Proteger com o quê?

Preservativo

O preservativo diminui o prazer sexual?

Os preservativos podem ser reutilizados?

Colocação do Preservativo Masculino

Colocação do Preservativo Feminino

Para maior proteção, devo utilizar o preservativo feminino em simultâneo com o preservativo masculino?

Infeções Sexualmente Transmissíveis

PROJETO: "ESCOLA PROFISSIONAL COM SAÚDE"

Sumário

- Conceitos
- Tipos de IST
- Vias de Transmissão
- Sinais e Sintomas
- Proteção

Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

São **infeções contagiosas** cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais desprotegidas (vaginal, oral ou anal).

As infeções podem ser encontradas em **fluidos corporais** tais como o sêmen, na pele dos genitais e áreas próximas, e algumas também na boca, garganta e no reto.

340 milhões em todo o mundo

Tipos de IST

Herpes

Agente: Herpes vírus 1 (causa lesões nos genitais)

Transmissão: Contacto sexual

Sinais: vesículas e lesões na área genital, acompanhadas por dor prurido

NOTA: O uso de preservativo não é 100% eficaz. Aconselha-se a abstinência sexual.

VHB – Vírus da Hepatite B

Agente: vírus B (VHB)

Transmissão: contacto sexual (vaginal e bucal), genitais, sangue e leite materno

Tem tratamento e cura, desde que o tratamento seja "gratuito"

A vacina para a Hepatite B é o melhor meio seguro e eficaz de prevenção

HPV

Agente: Papiloma Vírus Humano (HPV) – existem mais de 200 tipos de HPV

Transmissão: contacto sexual

Fatores de risco:

- Relações sexuais precoces;
- Elevado número de parceiros

Existe vacina para prevenção de alguns tipos de HPV

<h3>Sífilis</h3> <p>Agente: bactéria <i>Treponema pallidum</i></p> <p>Transmissão: contacto sexual (vaginal, anal ou oral) ou pelo parto</p> <p>Tem tratamento e cura, através de 28 dias de cura</p> 	<h3>Clamídia</h3> <p>Agente: bactéria <i>Chlamydia trachomatis</i> (olhos, genitais, boca, garganta, etc)</p> <p>Transmissão: contacto sexual (STI mais comum em todo o mundo)</p> <p>Tem tratamento, mas não tratado pode causar doença inflamatória pélvica e/ou infertilidade. Não tem cura pode causar infertilidade do indivíduo.</p> 	<h3>Gonorreia</h3> <p>Agente: Bactéria <i>Neisseria Gonorrhoeae</i></p> <p>Transmissão: relações sexuais (vaginal, anal ou oral)</p> <p>Tem tratamento, quando não tratado pode causar doença inflamatória pélvica e/ou infertilidade. Não tem cura pode causar infertilidade do indivíduo.</p> 										
<h3>Candidíase</h3> <p>Agente: <i>Candida Albicans</i> (fungo)</p> <p>Transmissão: contacto sexual</p> <p>Tem tratamento e cura</p> 	<h3>HIV</h3> <p>Vírus imunodeficiência humana</p> <p>Tratado (mas não curado)</p> 	<h3>O HIV é uma infeção que se contrai através da saliva?</h3> <p>NÃO</p> 										
<h3>Transmissão do HIV</h3> <p>Transmissão: Relação sexual sem proteção, transmissão vertical (parto), transfusão de sangue, compartilhamento de seringas</p> <p>Não Transmite: Bife, Sopa, Pratos de pratos, Beijo, Escova, Toque, Objetos pessoais</p> 	<h3>Se contrair HIV vou detetar rapidamente?</h3> <p>NÃO</p> <p>O HIV é um vírus rápido que raramente sobrevive fora do organismo;</p> <p>Uma vez no organismo, o vírus pode permanecer at "silencioso" ou "latente" durante meses ou anos, permitindo gradualmente o sistema imunitário;</p> <p>As pessoas com um aspecto saudável podem, sem saber, estar infectadas com o HIV e transmitir o vírus a outras pessoas;</p> 	<h3>Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem?</h3> <p>NÃO</p> <p>Tratamento Precoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduz a carga viral Aumenta a qualidade de vida dos indivíduos Reduz o risco de transmissão para as outras pessoas 										
<h3>O HIV contrai-se através de tatuagens ou piercings?</h3> <p>SIM</p> 	<h3>O uso da pilula protege das IST?</h3> <p>NÃO</p> 	<p>As pessoas infetadas com VIH/Sida, se usarem o preservativo corretamente, podem ter relações sexuais sem contagiar o parceiro.</p> <p>PARE PENSE USE</p> 										
<h3>Sinais que podem indicar uma IST</h3> <ul style="list-style-type: none"> Condições na região genital, no recto ou na boca, frequentemente acompanhadas com forte odor Doer ao urinar ao urinar Doer outras partes do corpo Febre, fadiga, inchaço nos gânglios linfáticos ou áreas inchadas Doer durante as relações sexuais Prurido 	<h3>Proteção contra as IST – O que fazer</h3> <ul style="list-style-type: none"> Usar preservativos; Limitar o número de parceiros; Conversar com o seu companheiro antes de iniciar uma vida sexual; Faça exames regulares; Seja honesto, e conte tudo ao seu companheiro; Vacine-se (HPV e hepatite B); 	<h3>Proteção contra as IST – O que fazer</h3> <ul style="list-style-type: none"> Evite a partilha de objetos pessoais; Seja assertivo e saiba dizer "Não"; Evite o consumo de álcool e consumo de drogas; <p>Tenha noção que uma IST não se avalia pela aparência da pessoa;</p>										
<p>Algumas infeções sexualmente transmissíveis podem ser tratadas e curadas. Mas algumas não podem. Esta é uma das razões por que é vital preveni-las.</p> 	<h3>Onde posso adquirir preservativos?</h3> <p>Farmácias, supermercados</p> 	<h3>Onde posso adquirir preservativos gratuitamente?</h3> <p>CENTRO DE SAÚDE</p> <p>Horário de funcionamento:</p> <table border="1"> <tr><td>Segunda-feira</td><td>9:30 - 17:00</td></tr> <tr><td>Terça-feira</td><td>9:30 - 13:30</td></tr> <tr><td>Quarta-feira</td><td>9:30 - 17:00</td></tr> <tr><td>Quinta-feira</td><td>9:30 - 17:00</td></tr> <tr><td>Sexta-feira</td><td>9:30 - 13:30</td></tr> </table>	Segunda-feira	9:30 - 17:00	Terça-feira	9:30 - 13:30	Quarta-feira	9:30 - 17:00	Quinta-feira	9:30 - 17:00	Sexta-feira	9:30 - 13:30
Segunda-feira	9:30 - 17:00											
Terça-feira	9:30 - 13:30											
Quarta-feira	9:30 - 17:00											
Quinta-feira	9:30 - 17:00											
Sexta-feira	9:30 - 13:30											
<h3>Contactos úteis</h3> <p>APF Associação Portuguesa de Infecções de Saúde</p> <p>UCC Unidade de Cuidados de Saúde</p> <p>CAD Centro de Apoio Diferencial</p> <p>Juventude.gouv.pt</p> <p>Docu11idade</p> <p>Cuida-te Gabinete de Saúde Juvenil</p>	<h3>Contactos úteis</h3> <p>Juventude.gouv.pt</p> <p>Docu11idade</p> <p>Cuida-te Gabinete de Saúde Juvenil</p>	<p>E-mail!</p> <p>podemosfalar@sobre@gmail.com</p> 										
<h3>Conclusões</h3> 	<p>Fazer escolhas seguras torna-te autónomo</p> 											

**Apêndice IX - Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência
no Namoro**

Sessão de Educação para a Saúde sobre Violência no Namoro

VIOLÊNCIA NO NAMORO

Projeto: "Escola Profissional com Saúde"

Realizado em parceria com:
 Associação de Apoio à Saúde da Família
 Associação de Apoio à Saúde da Família
 Associação de Apoio à Saúde da Família
 Associação de Apoio à Saúde da Família

"O Príncipe Encantado"

"A Susana sempre gostou muito de dançar, aos sábados costumava ir à discoteca com as suas amigas. Depois de um tempo..."

Numa destas noites, conheceu Manuel, por quem se apaixonou de imediato. Os amigos comentam que está tão feliz, mesmo à que se sentem espedal e ótica. Nessa mesma noite, começaram a namorar.

Cada se tornaram íntimos, passando grande parte do tempo juntos e Manuel não parava de beijar Susana. O que ela queria quando estavam juntos era indescritível. Pensava que cada minuto que passavam separados se tornava numa eternidade. Era como se fossem feitos um para o outro, concordavam sempre em tudo.

A primeira vez que as suas opiniões se revelaram diferentes foi sobre a roupa de Susana.

Tu és tão gira, tão elegante, mas não achas que essa saia é um pouco curta demais? Eu só estou preocupado contigo, mas nunca mais deves usar outra coisa. Eu sinto-me melhor se o fizessem. Nós pertencemos um ao outro, não é?

Tu és minha...

Mãe, apesar de discordar de Manuel, Susana evitou entrar em conflito. A relação deles era tão mágica, para quê discutirem por tão pouco? Desde essa data, começou a usar sempre calças de ganga...

Susana aprendeu ao que sempre que o seu telefonar ficava, Manuel ficava incomodado e questionava a quem era e o que queria, chegando a consultar as escuras. Quando confrontado com esta situação Manuel respondia: Não compreendo qual é o problema, será que tens algo a esconder? É quanto à tua conta de Facebook, podes-me dar a password ou tens conteúdos privados que eu não possa saber?

Tempo mais tarde, Manuel revelou-lhe não gostar das suas amigas.

Passa tempo à noite com as tuas amigas. Não passamos tempo tão bom, só o doze. Será que eu não chego para ti? Não deves confiar tanto nelas, acho que têm uma má influência em ti. Quando estás com as tuas amigas, ficam logo diferentes. Não gosto do modo como falam e a maneira como se vestem com elas.

isto foi um choque para Susana, porque desde a escola primária que sempre fazia parte de dois seus amigos. Mas, quando a sua relação em paragem acabou por acabar e lá passando cada vez menos tempo com as amigas.

Mãe o desgraçado de Manuel não se limitou às suas amigas, parece que também os seus pais lhe degradaram!

Eu gosto dos teus pais, mas porque é que tens de estar com eles todos os domingos? Deves de passar mais tempo contigo a só. Além disso, os teus pais nem sequer gostam de mim, estão sempre a criticar-me. Estou mortinha para que termines a relação...

Susana começou a ficar seriamente preocupada com a sua relação, sentia que os comentários de Manuel eram recusados, mas o que fazer para mudar a...? (Cada vez se afastava mais dos pais, sentia-se que...)

Ou será que não?!"

O que acham desta relação?

Que sinais indicam que esta relação pode ser abusiva?

Ciúme é sinal de amor?

Como distinguimos uma relação romântica de uma relação abusiva?

RELAÇÕES SAUDÁVEIS E NÃO SAUDÁVEIS

Relações Saudáveis

Existe:

- RESPEITO
- CONFIANÇA
- AJUDA e ENTENDEDO
- EQUILIBRIO
- HONESTIDADE
- RESPONSABILIDADE
- SINCERIDADE
- COMUNICAÇÃO E INTERCÂMBIO, que se envolvem através de NEGOCIAÇÃO

Relações Não Saudáveis

Existe:

- FALSA CONFIANÇA e INTERCÂMBIO
- EQUILIBRIO
- RESPEITO ao respeito negativo que se comportam agressivos, intimidatórios ou violentos além de para si.
- HONESTIDADE e SINCERIDADE
- VULNERABILIDADE, sem sentir emocional, psicológico, sexual

Porque é difícil resolver conflitos/situações de violência no namoro?

1. Dificuldade em reconhecer se é violência;
2. Dificuldade em compreender/aceitar que alguém de quem se gosta não é capaz de fazer mal;
3. Ausência de evidências, tentativas de mudar de ideia pessoal;
4. Necessidade de magoar, humilhar ou prejudicar;
5. Necessidade de validação ou medo de fim da relação;
6. Vergonha de contar o que se está a passar e de pedir ajuda;
7. Necessidade de um amigo que não queira;
8. Esperança que tudo/propriedade de mudança;
9. Falta de compreensão que os atos são fruto do ciúme causado pelo sentimento de amor.

O que poderia a Susana ter feito para mudar a situação?

Conflito vs. Violência

Os conflitos fazem parte das relações. É importante perceber quando de forma pacífica, sem recorrer a qualquer forma de agressão ou violência.

Como resolver um conflito?

1. Reconhecer que há um problema
2. Negociar
3. Não desenvolver um olhar que vilipendia
4. Pedir ajuda


O que é a violência no namoro?

É um ato de violência, pontual ou contínua, cometido por um dos parceiros ou por ambos numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação.

Que formas de violência existem?


Violência Física

- Empurrar;
- Agoitar ou prender;
- Atar os braços;
- Dar bofetadas, pontapes e ou morder;
- Ameaçar com a força física ou a agulha.




Violência Sexual

- Chingar e praticar atos sexuais;




Violência Verbal

- Chamar nomes e insultar;
- Humilhar, através de críticas e comentários negativos (ex.: "Não sabes nada!");
- Intimidar e ameaçar;




Violência Psicológica

- Partir ou enviar de mau caráter ou insultos;
- Controlar a sua liberdade de saída;
- Controlar o que fazes nos tempos livres e ao longo do dia;
- Ligar ou enviar mensagens constantemente;
- Ameaçar terminar a relação como estratégia de manipulação;



Violência Social

- Humilhar, avergonhar ou tentar degradar a tua imagem em público, especialmente perante os teus familiares e amigos;
- Mover sem consentimento, no teu sequestrado, mas tuas coisas de coisas eletrónicas ou na tua conta do Facebook;
- Proibir de contactar com os teus amigos e/ou com a tua família;




Podem acontecer diferentes formas de violência na mesma relação namoral...

Todas as formas de violência no namoro têm um objetivo comum: magoar, humilhar, controlar e assustar.

Como acham que se sente a vítima?

- Sociedade;
- Assustada;
- Emparelhada;
- Culpada;
- Desconfiada;
- Insegura;
- Confusa;
- Isolada;
- Ameaçada;




Não és culpado/a pelo que aconteceu ou está a acontecer!

Como terminar uma relação violenta?

- Escute um local público;
- Seja alguém em que confies que te mantenha por perto;
- Seja confiante e seja vocalmente assertiva, sem medo de violência;
- É importante assumir a responsabilidade para assumir as tuas próprias respostas, impulsos e opiniões. Se aceitarmos, não respondemos com violência e afetação do local onde se encontram;
- Prepara-te para a possibilidade de não teres a possibilidade de contactar para pedir desculpas ou tentar uma reconciliação. Se isso acontecer, não respondas, nem recues na decisão que tomaste;


Como e onde procurar ajuda?



APAV®
Apóio à Vítima

Previsão de formação, prevenção e apoio emocional, psicológico, jurídico e social a todos os vítimas de crimes, aos seus familiares e amigos.
 O apoio é gratuito e confidencial.
 Contacto: 202 206 077 (30h-18h/24h-17h) - das 09h-18h.
 Apoio em inglês e espanhol.
 Gabinete de Apoio à Vítima.

E-mail: podemosfalarsobre@gmail.com




Prof. Carlos Pinto
 UCC Baixa do Porto

LEMBRA-TE!!!

UMA MULHER VIOLENTA NÃO É AMOR!

- A violência nunca é uma forma de expressar amor ou paixão por outra pessoa;
- Os crimes não servem de justificação para qualquer comportamento violento e não são sintomas de Amor!



CLAUDIA SERREDO

DÚVIDAS?

Apêndice X – Questionário de Avaliação após a Intervenção

Questionário de Avaliação após a Intervenção

“Escola Profissional com Saúde”

Se está a preencher este questionário, parabéns!

Faz parte de uma importante equipa bem formada, que será exemplo para outras escolas e constituirão o futuro na nossa sociedade.

Asseguramos o anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Este questionário é constituído por 3 páginas e tem como objetivo, avaliar o resultado que as sessões desenvolvidas sobre “Infeções Sexualmente Transmissíveis” e “Violência no Namoro”, tiveram na vossa escola.

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



(Assinale com um X apenas uma opção de cada pergunta)

1. Sexo

- Feminino
 Masculino

2. Idade

- Menos de 15 anos
 15-17 anos
 18-20 anos
 Mais de 20 anos

3. Que curso frequenta?

- Técnico de Audiovisuais
 Técnico de Comunicação
 Técnico de Fotografia
 Técnico de Comunicação e Serviço Digital

4. Respondeu ao primeiro questionário deste projeto antes das sessões com os enfermeiros decorrerem?

- Sim
 Não

5. Esteve presente na sessão com os enfermeiros sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- Sim
 Não

6. Esteve presente na sessão com os enfermeiros sobre Violência no namoro?

- Sim
 Não

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

- Sim Quais? _____
 Não



8. 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		
O ciúme extremo é sinal de amor		
Uma bofetada não faz mal a ninguém		
A violência no namoro provoca isolamento da vítima		
O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência		
A violência no namoro é um problema que só diz respeito ao casal de namorados		
Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro		
Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência		
Os (As) namorados(as) devem vestir-se para agradar o outro		
Os (As) namorados(as) podem ler as mensagens de telemóvel do outro		
Obrigar o(a) namorado(a) a iniciar a atividade sexual é uma forma de violência sexual		

9. Que IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) conhece? Se não conhece nenhuma escreva "Não sei"

10. Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos?

Sim, onde? _____

Não

11. Sabe onde pode adquirir métodos contraceptivos de forma gratuita?

Sim, onde? _____

Não

12. Destes métodos contraceptivos, quais protegem das IST (Infeções Sexualmente Transmissíveis)?

	Protege	Não protege	Não sei/Não conheço
Pílula			
Anel vaginal			
Dispositivo Intra Uterino (DIU)			
Diafragma			
Preservativo			
Espermicida			
Esterilização (masculina ou feminina)			
Pílula do dia seguinte			

13. Responda às seguintes afirmações com Verdadeiro ou Falso.

	Verdadeiro	Falso
O preservativo pode ser reutilizado		
O preservativo diminui o prazer sexual		
Para maior proteção devo utilizar o preservativo feminino e masculino em simultâneo		
O HIV é uma doença que se contrai através da saliva		
Se contrair HIV vou detetar rapidamente		
Se contrair HIV só preciso iniciar o tratamento quando os sintomas se manifestarem		
O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings		

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.

Enfermeira Patrícia Moreira

Apêndice XI – Tabela Comparativa do Diagnóstico (antes da intervenção) e da Avaliação (após a intervenção)

Tabela Comparativa do Diagnóstico (antes da intervenção) e da Avaliação (após a intervenção)

	ANTES DA INTERVENÇÃO		APÓS A INTERVENÇÃO	
Suscetibilidade à Infecção	Conhecimento sobre proteção das IST não demonstrado em 80,9%	<p>“Dos métodos contraceptivos quais protegem das IST’s?” Protege/Não Sei: - Pilula em 60,4% - Anel vaginal em 80,9% - Diafragma em 65,7% - Espermicida em 65% - Esterilização em 62,5% Não sei/Não protege - Preservativo em 17,8%</p> <p>“Sabe onde pode adquirir contraceptivos?” Sim e indica 75% Gratuitamente Sim e indica 58,3%</p>	Conhecimento sobre proteção das IST não demonstrado em 70,9%	<p>“Dos métodos contraceptivos quais protegem das IST’s?” Protege/Não Sei: - Pilula em 20,8% - Anel vaginal em 70,9% - Diafragma em 56,3% - Espermicida em 62,8% - Esterilização em 56,3% Não sei/Não protege - Preservativo em 2,1%</p> <p>“Sabe onde pode adquirir contraceptivos?” Sim e indica 95,8% Gratuitamente Sim e indica 89,6%</p>
	Crenças sobre IST não adequadas em 52,1%	<p>“O HIV é uma infecção que se contrai através da saliva?” Sim em 39,6% “O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 4,2% “O uso da pilula protege das IST?” Sim em 33,6%; “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 18,8% “O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings?” Não 52,1</p>	Crenças sobre IST não adequadas em 27,1%	<p>“O HIV é uma infecção que se contrai através da saliva?” Sim em 27,1% “O preservativo pode ser reutilizado?” Sim em 0% “O uso da pilula protege das IST?” Sim em 20,8%; “Se contrair HIV vou detetar rapidamente?” Sim em 6,3% “O HIV pode-se contrair através de tatuagens ou piercings?” Não 27,1%</p>
Risco de violência dirigida aos outros [no namoro]	Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado em 87,5%	<p>“Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência?” Não, em 87,5% “A violência no namoro acontece porque os (as) namorados(as) pensam que têm direito de se imporem um ao outro?” Não em 29,2% “O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência.” Não em 16,7%</p>	Conhecimento sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não demonstrado em 50%	<p>“Conhece alguma linha telefónica e/ou alguma associação de apoio a vítimas de violência?” Não, em 50% “A violência no namoro acontece porque os (as) namorados(as) pensam que têm direito de se imporem um ao outro?” Não em 8,3% “O sentimento de culpa é frequente nas vítimas de violência.” Não em 4,2 %</p>

	ANTES DA INTERVENÇÃO	APÓS A INTERVENÇÃO
Risco de violência dirigida aos outros [no namoro]	<p>Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas em 70,8%</p> <p>“O ciúme extremo é sinal de amor?” Sim, em 70,8%</p> <p>“Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro?” Sim, em 41,7%</p> <p>“Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência” Sim 35,4%</p> <p>“Obrigiar o namorado/a a iniciar atividade sexual é uma forma de violência sexual”? Não em 27,1%</p> <p>“Uma bofetada não faz mal a ninguém?” Sim em 10,4%</p> <p>“Os namorados/as devem vestir-se para agradar um ao outro”? Sim em 16,7%</p>	<p>Crenças sobre violência dirigida aos outros [no namoro] não adequadas em 20,8%</p> <p>“O ciúme extremo é sinal de amor?” Sim, em 6,3 %</p> <p>“Os amigos não comuns prejudicam a relação de namoro?” Sim, em 20,8%</p> <p>“Gozar com as opiniões do(a) namorado(a) não é violência” Sim 14,6%</p> <p>“Obrigiar o namorado/a a iniciar atividade sexual é uma forma de violência sexual”? Não em 16,7%</p> <p>“Uma bofetada não faz mal a ninguém?” Sim em 4,2%</p> <p>“Os namorados/as devem vestir-se para agradar um ao outro”? Sim em 6,3 %</p>

**Apêndice XII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF:
Dimensão Estrutural**

Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Estrutural

FOCO	DIAGNÓSTICO	CRITÉRIO	DIMENSÃO/JUÍZO
Rendimento Familiar	Rendimento Familiar Insuficiente	Origem do rendimento familiar Segundo a Escala de Graffar = 4, e Conhecimento e capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado	Conhecimento e capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado
Edifício Residencial	Edifício Residencial Não Seguro	Tipo de habitação grau 4 segundo a Escala de Graffar e o conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro não demonstrado	Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Não Demonstrado
	Edifício Residencial Não Negligenciado	Higiene da Habitação SIM	Conhecimento sobre governo da casa Demonstrado Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Demonstrado
Precaução de Segurança	Precaução de Segurança Não Demonstrada	Existência de barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas Não Demonstrado
Abastecimento de Água	Abastecimento de Água Adequado	Utilização de água de rede pública	
Animal Doméstico	Animal Doméstico Não Negligenciado	Animal Doméstico Vacinado e Animal Doméstico Desparasitado	Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Demonstrado e Conhecimento sobre serviço da comunidade Demonstrado e Conhecimento sobre desparasitação de animal doméstico Demonstrado

**Apêndice XIII – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF:
Dimensão de Desenvolvimento**

Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão de Desenvolvimento

FOCO	DIAGNÓSTICO	CRITÉRIO	DIMENSÃO /JUÍZO	DADOS DE CARACTERIZAÇÃO
Satisfação Conjugal	Satisfação Conjugal Não Mantida	Relação Dinâmica Disfuncional e Comunicação Não Eficaz	Relação Dinâmica Disfuncional	Insatisfação do casal com o tempo que passam juntos, e Insatisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos
			Comunicação Não Eficaz	O casal nem sempre consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, e, Existe alguma insatisfação com o padrão de comunicação do casal
Planeamento Familiar	Planeamento Familiar Eficaz	Uso de Contraceptivo Eficaz	Uso de Contraceptivos Adequado	Satisfação com o contraceptivo adotado Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo Aprendizagem de habilidades para o uso de contraceptivo
			Conhecimento sobre Reprodução Demonstrado	Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada
Papel Parental	Papel Parental Não Adequado	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado e Conflito de Papel SIM e Saturação do papel SIM	Conhecimento do papel Demonstrado	Conhecimento dos pais sobre os vários itens de avaliação descritos anteriormente demonstrados
			Comportamentos de Adesão Não Demonstrado	Os pais não estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente Os pais não promovem um padrão de atividades de lazer adequados ao adolescente
			Conflito de Papel SIM	Dimensões conflituais no papel Ausência de redefinição de papéis e de tarefas parentais
			Saturação do papel SIM	Ausência de estratégias de <i>Coping</i> Ausência de redefinição de papéis e de tarefas parentais

**Apêndice XIV – Diagnósticos segundo critérios do MDAIF:
Dimensão Funcional**

Diagnósticos segundo critérios do MDAIF: Dimensão Funcional

FOCO	DIAGNÓSTICO	CRITÉRIO	DIMENSÃO /JUÍZO	DADOS DE CARACTERIZAÇÃO
Processo Familiar	Processo Familiar Disfuncional	Comunicação Não Eficaz e Coping Familiar Não Eficaz e Interação de Papéis Não Eficaz e Relação Dinâmica Disfuncional	Comunicação Não Eficaz	1. Comunicação Emocional Insatisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos 2. Comunicação Verbal/Não Verbal Os elementos da família não são claros e diretos no discurso, nem todos compreendem de forma clara o que os outros dizem. Não expressam claramente quando comunicam com os outros 3. Comunicação Circular Insatisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família
			Coping Familiar Não Eficaz	Solução de Problemas Não Eficaz Existe elementos que identificam os problemas, mas, sentem insatisfação com a forma como se discute na família e têm de recorrer a outros recursos externos na resolução dos problemas
			Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual	Saturação de Papel SIM e Conflito de Papel SIM
			Relação Dinâmica Disfuncional	A família não manifesta satisfação relativamente à influencia de cada membro nos comportamentos dos outros e, Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e, Quanto à adaptabilidade é muito flexível, mas Tipo de Família Equilibrada

ANEXOS

Anexo I – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com as UCC no ano 2016

Anexo II – Definições e Dimensões Operativas do MDAIF

Anexo III – Escala de Graffar e critérios relativos ao tipo de habitação

Anexo IV – FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

Anexo V – Apgar Familiar de Smilkstein

Anexo VI – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Anexo VII – Matriz Operativa do MDAIF

Anexo VIII – Matriz de decisão clínica do MAIEC

Anexo IX – Objetivos Gerais do Plano de Estudos

Anexo X – Objetivos Específicos do Plano de Estudos

Anexo XI – Objetivos pessoais e atividades planeadas, tendo por base os objetivos específicos do curso

**Anexo I – Ponderação dos Indicadores de Contratualização com
as UCC no ano 2016**

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 visitas domiciliárias de enfermagem fim-de-semana e feriado	Transversal	Desemp. Assist.	4%	279
3.17.01	Proporção utentes avaliação equipa multidisciplinar nas 1ª 48h	Transversal	Acesso	4%	280
3.18.01	Número médio visitas domiciliaria por utente por mês	Transversal	Acesso	4%	281
3.19.01	Proporção de turmas abrangidas pelo PNSE	Saúde Escolar	Desemp. Assist.	7%	282
3.21.01	Proporção crianças/jovens com necessidades de ensino especial com intervenção em Saúde Escolar	SPCJ	Desemp. Assist.	4%	283
6.49.01	Proporção de utentes com alta ECCI com objetivos 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	RNCCI	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 com ganhos no controlo da dor	Transversal	Desemp. Assist.	6%	289
6.54.01	Proporção utentes com melhoria na "dependência autocuidados"	Transversal	Desemp. Assist.	9%	290
6.55.01	Proporção utentes integrados ECCI com internamento hospitalar	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	291
7.18.01	Taxa de ocupação da ECCI	RNCCI	Desemp. Assist.	7%	292
7.19.01	Tempo médio de permanência em ECCI	RNCCI	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”.

Anexo II – Definições e Dimensões Operativas do MDAIF

Tabela 3 - Definições e dimensões operativas referentes à Dimensão Estrutural

DEFINIÇÕES	DIMENSÕES OPERATIVAS
Redimentos Familiares	Conhecimento e capacidade de 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 equipamentos de gás Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
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

Fonte: Figueiredo (2012)

Tabela 4 - Definições e dimensões operativas referentes à Dimensão de Desenvolvimento

DEFINIÇÕES	DIMENSÕES OPERATIVAS
Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica do casal Comunicação do casal Interação Sexual Função Sexual
Planeamento Familiar	Fertilidade Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Uso de Contracetivo Conhecimento sobre Reprodução
Adaptação à Gravidez	Conhecimento Comunicação Comportamento de adesão
Papel Parental	Conhecimento do Papel Comportamentos de Adesão Adaptação da Família à Escola Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel

Fonte: Figueiredo (2012)

Anexo III – Escala de Graffar e critérios relativos ao tipo de habitação

Escala de Graffar

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	4	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
						9	7		
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 - Superior (≥ 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	8	4	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _
						13	10	6	
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	11	7	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
						17	13	9	
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	14	10	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
						21	16	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	17	13	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _
						25	20	15	

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

CrITÉrios relativos ao Tipo de HabitaÇão

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumÓtica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exÍguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de Conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os Eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5 - + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exÍguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

**Anexo IV – FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro
Fernandes (Coimbra, 1995)**

**FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes
(Coimbra, 1995)**

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece					
15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas					
21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidades					

23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

1 – Quase nunca

2 – De vez em quando

3 – Às vezes

4 – Muitas vezes

5 – Quase sempre

Anexo V – Apgar Familiar de Smilkstein

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 atividades 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

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Anexo VI – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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		

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psiquiátrica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicomotora

Anexo VII – Matriz Operativa do MDAIF

Matriz Operativa do MDAIF

A-DIMENSÃO ESTRUTURAL

▪ **Composição familiar**

Genograma

▪ **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

▪ **Família Extensa:**

- Tipo de contato
 - Pessoal
 - Telefónico
 - Carta/ e-mail
 - Outro (Especificar)
- Intensidade de contacto
 - Diário
 - Semanal
 - Quinzenal
 - Mensal
 - Outro (Especificar) _____
- Funções das relações
 - Companhia social
 - Apoio emocional
 - Guia cognitivo e conselhos
 - Regulação Social
 - Ajuda material e de serviço
 - Acesso a novos contactos

▪ **Sistemas mais Amplos**

Ecomapa

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

▪ **Classe Social**

Escala de Graffar Adaptada
Critérios Tipo de Habitação

<i>Itens</i>	<i>Grau</i>
Profissão	_____
Instrução	_____
Origem do rendimento familiar	_____
Tipo de Habitação	_____
Local de residência	_____
Posição Social	_____

▪ **Edifício Residencial**

Barreiras arquitetónicas: 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

▪ **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

▪ **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 expetativas 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 _____
 Se NÃO especificar: _____

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 da 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 puerpério.

- SIM NÃO Especificar: _____
Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém – nascido.
SIM NÃO Especificar: _____
Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê.
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 bebê.
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/reposo 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:

Iltrado: 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-repouso 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.

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL Se NÃO FAVORÁVEL, especificar:

2. Comunicação verbal / não verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja e cada um, 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.

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL 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 – percepção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

5. Crenças familiares

Religiosas

Espirituais

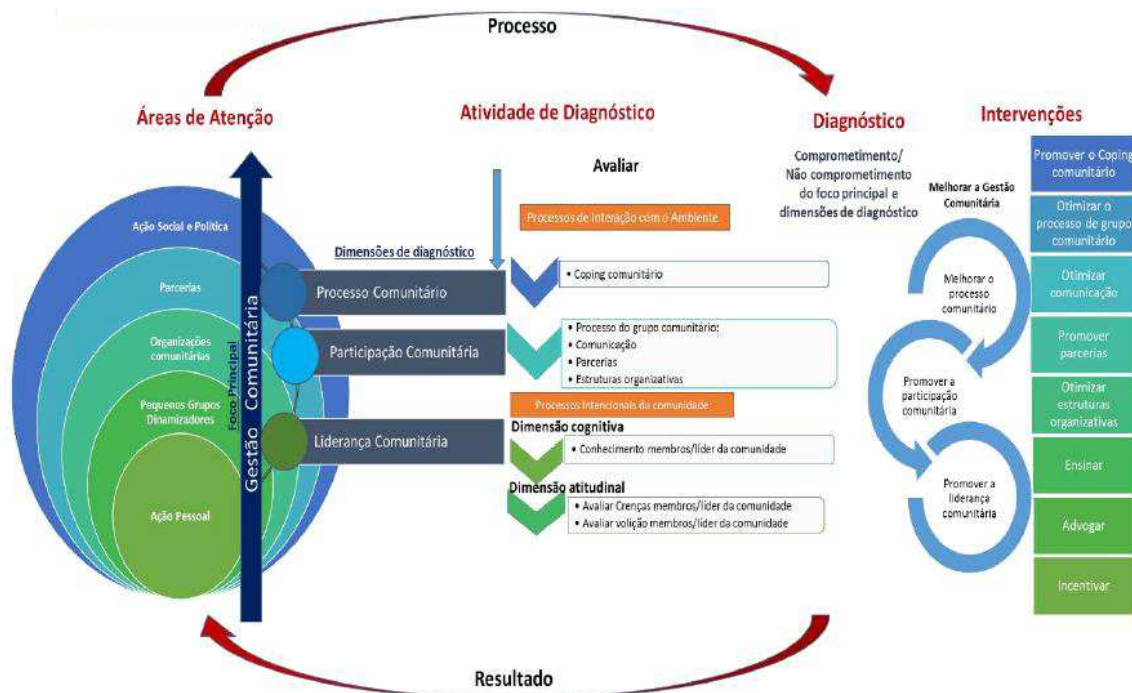
Valores

Culturais

_ Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde

Anexo VIII – Matriz de decisão clínica do MAIEC

Matriz de decisão clínica do MAIEC



Fonte: (Melo, MAIEC - A Comunidade como cliente dos Enfermeiros, 2017)

Anexo IX – Objetivos Gerais do Plano de Estudos

Objetivos Gerais do Plano de Estudos

<p>1. Possuir conhecimento e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem;</p>
<p>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);</p>
<p>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;</p>
<p>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;</p>
<p>5. Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.</p>

Anexo X – Objetivos Específicos do Plano de Estudos

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;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Anexo XI – Objetivos pessoais e atividades planeadas, tendo por base os objetivos específicos do curso

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

OBJETIVOS PESSOAIS (CONSIDERANDO OS OBJETIVOS GERAIS DO CURSO)	ATIVIDADES PLANEADAS	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 planeadas pela UCC, assim como o envolvimento da equipa nas atividades planeadas (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 Profissional;	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 selecionada;	5; 7; 12; 14; 15; 16; 20; 22
	Implementar o instrumento de colheita de dados para identificação das necessidades da Escola selecionada;	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
	Planejar as intervenções comunitárias (considerando a filosofia da enfermagem avançada);	8; 9; 10; 12; 14; 5; 18; 19; 21; 23; 26
	Planejar/ 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 Profissional;	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