



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**ADOLESCENTES, SEXUALIDADE E LITERACIA EM  
SAÚDE**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
EM CONTEXTO ESCOLAR**

**ADOLESCENTS, SEXUALITY AND HEALTH  
LITERACY**

**A COMMUNITY NURSING INTERVENTION IN SCHOLAR CONTEXT**

Por

Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho

Lisboa, 2019





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem Comunitária

**ADOLESCENTES, SEXUALIDADE E LITERACIA EM  
SAÚDE**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
EM CONTEXTO ESCOLAR**

**ADOLESCENTS, SEXUALITY AND HEALTH  
LITERACY**

**A COMMUNITY NURSING INTERVENTION IN SCHOLAR CONTEXT**

Por

Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho

Sob a orientação da Professora Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2019



*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.*

*Madre Teresa de Calcutá*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Elisa pela paciência e dedicação...

Ao Professor Tiago pela preciosa ajuda...

À Isabel por me ter feito crescer, enquanto pessoa e enfermeira, e pelo privilégio de a ter tido como orientadora...

Às colegas, Guerreiras, pela caminhada em conjunto!

Para a minha família, que tanto apoio me deu, um obrigada, do fundo do coração, em especial a ti, Mãe, que foste o apoio nos momentos mais difíceis!

Também a ti, querido Rui, que tudo suportaste e apoiaste, não teria conseguido sem a tua ajuda... a verdadeira definição do “amor”!

Minha filha Sara, amor maior, pelos sorrisos, abraços e brincadeiras que me enchem o coração!

A todos aqueles que de algum modo contribuíram, um

**MUITO OBRIGADA!!**



## RESUMO

Os adolescentes encontram-se num período de transição, no qual ocorre uma quantidade de mudanças (biológicas, intelectuais e psicossociais) e desafios, que vão moldar o indivíduo para a vida adulta. Simultaneamente, dá-se o desenvolvimento do raciocínio científico e do pensamento abstrato, o que faz deste um momento crucial para intervir. Sendo a escola o local onde passam mais tempo, esta apresenta-se como o contexto ideal para a promoção da capacidade de tomada de decisão responsável. A Literacia em Saúde surge assim como uma aposta essencial, nomeadamente no que se refere à prevenção da doença e promoção de uma vida saudável.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade na qual foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável”, suportado na metodologia do Planeamento em Saúde e no referencial teórico do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011). Com o diagnóstico de situação, foi identificada a necessidade de intervenção ao nível da “educação para a sexualidade e os afetos”. Para a identificação do conhecimento dos adolescentes nesta área, recorreu-se ao método quantitativo, com a aplicação do “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” de Carvalho e Pinheiro (2012). Os resultados obtidos permitiram estabelecer como prioritária a intervenção ao nível da temática das “IST’s e VIH/SIDA”, bem como contribuir para o desenvolvimento de estratégias de *coping* relativas à sexualidade e afetos.

Mediante os objetivos, atividades e metas propostas, foram selecionadas as estratégias mais adequadas, após o que foram realizadas as atividades inerentes aos projeto, nomeadamente sessões de educação para a saúde, às duas turmas que constituíram a amostra. Após a sua execução foi realizada a avaliação, tendo em conta os indicadores e índices definidos, tendo-se verificado que os mesmos foram atingidos.

Verificou-se que as sessões de educação para a saúde contribuíram para o aumento da Literacia em Saúde nos adolescentes que nelas participaram, promovendo o reforço das



suas linhas de defesa flexíveis e promoção de um ambiente criado contributivo para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, contribuindo para um futuro com uma vivência da sexualidade mais saudável.

A realização deste projeto possibilitou um crescimento não apenas ao nível acadêmico, mas também profissional e pessoal. Foram adquiridas e desenvolvidas competências, congruentes com o grau acadêmico de mestre e especialista em Enfermagem Comunitária.

**Palavras-chave:** enfermagem comunitária; adolescente; literacia em saúde; sexualidade; saúde escolar



## **ABSTRACT**

Adolescents are in a period of transition, in which there are a number of changes (biological, intellectual and psychosocial) and challenges that will shape the individual into adult life. At the same time, the development of scientific reasoning and abstract thinking takes place, which makes this a crucial moment to intervene. Since school is the place where they spend most of the time, it appears as the ideal context for promoting responsible decision-making capacity. Health Literacy emerges as an essential bet, namely in regard to the prevention of disease and promotion of a healthy life.

The internship was held in a Community Care Unit in which the community intervention project "To adolescence with know - living a healthy sexuality" was developed, supported by the methodology of Health Planning and in the theoretical framework of Betty Neuman Systems Model (2011). With the diagnosis of the situation, it was identified the need for intervention at the level of "education for sexuality and affections". To identify the knowledge of adolescents in this area, the quantitative method was used, with the application of the "Knowledge Questionnaire on Sexuality" by Carvalho and Pinheiro (2012). The results obtained allowed to establish as a priority the intervention in the theme of the "STI's and HIV/AIDS", as well as contribute to the development of coping strategies related to sexuality and affections.

Based on the objectives, activities and goals proposed, it were selected the most appropriate strategies, after which the activities inherent to the project were performed, namely health education sessions, to the two groups that constituted the sample.. After its execution, the evaluation was performed, taking into account the indicators and indexes defined, and it was verified that they were reached.

It was verified that the health education sessions contributed to the increase in Health Literacy among the adolescents who participated in them, promoting the reinforcement of



their flexible lines of defense and promoting a contributory environment for the development of coping strategies, contributing to a future with a healthier sexuality experience.

The realization of this project allowed for growth not only at the academic level, but also professional and personal. Competences were acquired and developed, congruent with the academic degree of master and specialist in Community Nursing.

**Keywords:** community health nursing; adolescent; health literacy; sexuality; school health services



## **ABREVIATURAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**AE** – Agrupamento de Escolas

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DT** – Diretor de Turma

**EEEC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

**EPA** – Escola da população alvo

**IST's** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PES** – Programa de Educação para a Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar

**QCS** – Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade

**SES** – Sessão de Educação para a Saúde

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**USP** – Unidade de Saúde Pública

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. DOS ADOLESCENTES COMO SISTEMA À LITERACIA EM SAÚDE</b> .....	17
1.1 Os adolescentes na escola .....	18
1.2 Intervenção de Enfermagem em contexto escolar suportada pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	20
1.3 A Literacia como Promotora da Saúde .....	24
<b>2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b> .....	27
2.1 Caracterização do contexto de estágio.....	28
2.2 Necessidades de Saúde .....	29
2.3 Sexualidade e Afetos na adolescência – pertinência da temática .....	32
2.4 Metodologia .....	34
2.4.1 Seleção da população e amostra.....	34
2.4.2 Método e instrumento de colheita de dados .....	36
2.4.3 Tratamento de dados .....	37
2.4.4 Apresentação e análise de resultados .....	37
2.5 Diagnósticos de Enfermagem .....	43
<b>3. ONDE INTERVIR?</b> .....	45
3.1 Definição de prioridades .....	45
3.2 Fixação de objetivos .....	47
3.3 Seleção de estratégias .....	48
<b>4. PROJETO “ADOLESCER COM SABER – VIVER UMA SEXUALIDADE SAUDÁVEL”</b> .....	51
4.1 Execução da ação.....	52
4.2 Avaliação da intervenção.....	54



4.3 Considerações éticas .....	57
<b>5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA</b>	<b>59</b>
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	60
5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>77</b>
<b>Apêndice I – Entrevista formal realizada à Coordenadora da UCC.....</b>	<b>79</b>
<b>Apêndice II – Temas que os “Embaixadores da Saúde” gostariam de ver desenvolvidos no ano letivo 2018/2019 .....</b>	<b>83</b>
<b>Apêndice III – Análise estatística descritiva.....</b>	<b>87</b>
<b>Apêndice IV – Estabelecimento de prioridades segundo o Método de Hanlon .....</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice V – Objetivos e Atividades.....</b>	<b>101</b>
<b>Apêndice VI – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde .....</b>	<b>105</b>
<b>Apêndice VII– Plano da Sessão introdutória – “Sexualidade e Afetos – O que é isso?”. 109</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice VIII– Cronograma de Atividades de Estágio – Ano 2018/2019.....</b>	<b>115</b>
<b>Apêndice IX – Plano da SES 1 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde” .....</b>	<b>119</b>
<b>Apêndice X – Plano da SES 2 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde – VIH/SIDA” .....</b>	<b>125</b>
<b>Apêndice XI – Plano da SES 3 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde – Prevenir é o Melhor Remédio” .....</b>	<b>131</b>
<b>Apêndice XII – Plano da SES 4 – “Eu aposto na Prevenção!!” .....</b>	<b>137</b>
<b>Apêndice XIII – Análise estatística descritiva (avaliação) .....</b>	<b>141</b>
<b>Apêndice XIV – Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção do ACES .....</b>	<b>145</b>



<b>Apêndice XV</b> – Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção do Agrupamento de Escolas .....	149
<b>Apêndice XVI</b> – Síntese do Projeto de Intervenção enviado para o Conselho Pedagógico do Agrupamento de Escolas .....	153
<b>Apêndice XVII</b> – Pedido de autorização para aplicação do QCS .....	157
<b>Apêndice XVIII</b> – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação .....	161
<b>Apêndice XIX</b> – “Norma de Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais” .....	165
<b>Apêndice XX</b> – Atividades desenvolvidas durante o estágio final.....	173
<b>ANEXOS</b> .....	191
<b>Anexo I</b> – “Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade” .....	193
<b>Anexo II</b> – “Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade”: Avaliação.....	199



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> – Diagrama representativo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	22
<b>Figura 2</b> – Literacia em Saúde no ciclo de vida.....	25
<b>Figura 3</b> – Avaliação.....	56

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> – Percentagem de interesse de desenvolvimento dos “Embaixadores da Saúde” da área de Intervenção do Eixo “Capacitação”, para o ano letivo 2018/2019.....	31
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos adolescentes por género.....	37
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos adolescentes por idade.....	37
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos adolescentes por nacionalidade.....	38



## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra.....	35
<b>Quadro 2</b> – Diagnósticos de Enfermagem de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) e a CIPE® (Versão 2015).....	44

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – Respostas às questões relativas à estrutura básica do Sistema A.....	38
<b>Tabela 2</b> – Respostas às questões relativas à estrutura básica do Sistema B.....	38
<b>Tabela 3</b> – Respostas às questões relativas ao ambiente do Sistema A.....	39
<b>Tabela 4</b> – Respostas às questões relativas ao ambiente do Sistema B.....	39
<b>Tabela 5</b> – Análise dos dados standardizados (Zscore).....	41
<b>Tabela 6</b> – Estatísticas de teste não paramétrico, mediante a variável de agrupamento Sistema.....	42
<b>Tabela 7</b> – Médias das avaliações efetuadas em cada SES pelos Sistemas A e B.....	55



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Comunitária, foi realizado o estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este, surge como o culminar do percurso académico, do qual resulta o presente documento, que pretende reflectir e sintetizar o trabalho efetuado.

Assumindo uma importância progressivamente mais relevante no tratamento da doença e, particularmente, na sua prevenção (regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), a prestação de cuidados no domínio dos cuidados de saúde primários é vista, atualmente, como essencial. Atuando principalmente ao nível da prevenção primária, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) tem sido pedra basilar neste processo de evolução, contribuindo para um desenvolvimento dos mesmos e a obtenção de mais ganhos em saúde, a nível nacional.

Neste sentido, foi desenvolvido, no decorrer do estágio, um projeto de intervenção comunitária, recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde, com base em Imperatori & Giraldes (1993), tendo sido seguidas todas as suas fases. Do mesmo modo, reforçando o carácter da enfermagem como disciplina do conhecimento, foi utilizado como fundamento o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), devido à sua natureza dinâmica e flexibilidade. O mesmo, permitiu compreender e dar sentido à prática, tal como garantir um exercício profissional rigoroso, com base nos pressupostos científicos e filosóficos (McCrae, 2011; Villalobos, 2002).

Os adolescentes, o foco de intervenção deste projeto, encontram-se num período de transição, repleto de desafios, relacionados com todas as transformações que caracterizam esta fase. É quando se dá o desenvolvimento do raciocínio científico e do pensamento abstrato, o que faz deste um momento crucial para intervir (Cardoso, Lopes, Marques & Targino, 2018; Loureiro & Miranda, 2016; Machado, 2015). Associando a sexualidade às transformações intensas próprias desta fase, é imprescindível entender o seu desenvolvimento e os fatores que a influenciam para efetivar uma intervenção neste âmbito (Costa e Silva, Barbosa, Araújo, Silva & Santana, 2016; Kar, Choudhury & Singh, 2015).

Surgindo como um marco importante na Saúde Pública, a Literacia em Saúde, como extensão mais ampla da promoção da saúde, capacita para a tomada de decisão fundamentada na prevenção da doença e promoção de uma vida saudável (Casemiro, Fonseca & Secco, 2014; Espanha, Ávila & Mendes, 2016; Nutbeam, Levin-Zamir & Rowlands, 2018). Sendo a escola o local onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, é incontestável o papel que representa em todos os aspetos da sua vida (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011b). Neste contexto, é de extrema importância a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente no que se refere ao trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde escolar a nível da promoção para a saúde (Price & McAlinden, 2018).

O relatório foi dividido em 6 capítulos, sendo o primeiro referente a um enquadramento concetual, fruto de uma revisão de literatura integrativa. Seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, o segundo capítulo descreve o diagnóstico de situação efetuado, através do qual surgiu como necessidade a intervenção de enfermagem ao nível da sexualidade e afetos nos adolescentes. Para a identificação do conhecimento dos adolescentes nesta área, recorreu-se ao método quantitativo, com a aplicação do “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” de Carvalho e Pinheiro (2012). Deste processo, resultou a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos quais se definiu onde intervir, correspondendo ao capítulo seguinte. Neste, foi estabelecida como prioritária a intervenção ao nível da temática das “IST’s e VIH/SIDA”, bem como contribuir para o desenvolvimento de estratégias de *coping* relativas à sexualidade e afetos. Foram definidos os objetivos, atividades e metas, tendo sido selecionadas as estratégias a utilizar.

O quarto capítulo, referente à operacionalização do projeto, engloba as intervenções executadas no âmbito do mesmo e a avaliação de que foi alvo. No capítulo cinco, efetuou-se uma reflexão crítica acerca das competências adquiridas e desenvolvidas enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, ao longo do estágio. Para finalizar, foi apresentada a conclusão do trabalho efetuado, onde foram abordadas as implicações e sugestões para a prática. Nas páginas finais deste documento, podem ser consultados os Apêndices e Anexos, que contêm informação relevante para a sua fundamentação.

O presente relatório foi realizado de acordo com o artigo 9º do Regulamento Geral do Curso 2012, versão 2017 (Universidade Católica Portuguesa, 2012; 2018) e as referências bibliográficas foram apresentadas de acordo com as normas da 6ª edição da *American Psychological Association* (2010).

## **1. DOS ADOLESCENTES COMO SISTEMA À LITERACIA EM SAÚDE**

A adolescência é uma fase transitória, que representa um período do desenvolvimento humano extraordinário. Situada entre a infância e a fase adulta, cronologicamente entre os 10 e os 19 anos (OMS, 2019), é caracterizada por uma torrente de mudanças (biológicas, intelectuais e psicossociais) e desafios, que vão moldar o indivíduo para a vida adulta. É, no entanto, também uma fase de grande vulnerabilidade, com a adaptação às mesmas, enquanto se prepara para o assumir de novas responsabilidades e competências, numa sociedade também ela em constante transformação (Hockenberry & Wilson, 2014; Machado, 2015; Medeiros, 2015; Price & McAlinden, 2018).

Neste período, o adolescente alcança a sua maturidade física e sexual, altera a conceção de si, dos outros e do mundo, e desenvolve formas de raciocínio mais sofisticadas, recorrendo à análise e ao raciocínio científico. Ocorre um desenvolvimento do pensamento cognitivo, com a aquisição da capacidade do pensamento abstrato, embora a sua imaturidade ainda se revele nalguns comportamentos (Cardoso et al., 2018; Hockenberry & Wilson, 2014; Medeiros, 2015). É nesta fase que se dá a maturação cerebral, o que provoca uma resposta exagerada aos incentivos e contextos sociemocionais, bem como um difícil controlo sobre os impulsos. É um período da vida em que tudo aparenta ser possível e em que há uma procura do bem-estar, que vai sofrendo oscilações, a par com a autonomia e limitações a que o adolescente está sujeito, mas que, no entanto, conduzem à sua independência (Machado, 2015).

Simultaneamente, desenvolvem competências sociais e adquirem comportamentos que irão durar para toda a vida, o que faz deste um período sensível para a educação e aprendizagem. Surge assim como ideal para a modulação de comportamentos, embora não se reconheça um efeito direto entre o conhecimento e os mesmos (Loureiro & Miranda, 2016; Machado, 2015). Face a esta conjectura, têm surgido diversas teorias que tentam explicar a adoção de comportamentos, tornando-se fundamental conhecê-las no exercício da educação para a saúde, dado que constituem uma base para estratégias de intervenção,

motivação e apoio à mudança comportamental (Loureiro & Miranda, 2016). De entre estas, destaca-se a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1986), que enfatiza a relação recíproca através da interação de fatores cognitivos, comportamentais e ambientais (Bandura, 1986). Esta teoria considera que cada indivíduo comanda, continuamente, o seu próprio comportamento, o que veio revolucionar a prática e investigação nesta área. Evidencia que, para que haja um desenvolvimento e manutenção bem-sucedidos dos hábitos de promoção da saúde e as mudanças comportamentais sejam duradouras, é necessário que cada um desenvolva os meios para exercer controlo sobre a sua motivação e conduta, relacionados com a saúde (Bandura, 2005; Loureiro & Miranda, 2016).

É por isso essencial a compreensão dos comportamentos de risco que influenciam a saúde dos adolescentes, e aqueles aos quais são expostos, ou em que se envolvem. Acima de tudo, entender quais as melhores oportunidades para a promoção da saúde. As estratégias para a mesma, no adolescente, devem centrar-se assim na redução dos fatores de risco e no fortalecimento de medidas de proteção, tornando-os mais resilientes e diminuindo a exposição a comportamentos de risco para a saúde e acontecimentos de vida stressantes (Hockenberry & Wilson, 2014; Price & McAlinden, 2018).

## **1.1 Os adolescentes na escola**

A comunidade escolar tem um papel primordial no desenvolvimento das crianças, jovens e adolescentes, preparando-os para a vida em sociedade (Franceschi, Gomes, Urio, Zanettini, Finger, Santos, Souza & Haag, 2015). É também o local onde estes passam a maior parte do seu tempo, aprendendo, pelo que é incontestável o papel que este representa em todos os aspetos da vida, naqueles que partilham esse ambiente (Rocha et al., 2011b). Neste sentido, a escola tem vindo a ser representada como um importante local para o encontro entre saúde e educação, abrigando amplas possibilidades de iniciativas, incluindo atividades de educação para a saúde e sua promoção (Casemiro et al., 2014).

Mas, educar o adolescente é uma responsabilidade partilhada, o que implica um esforço conjunto de todos os que com ele se relacionam. Para tal, importa não só a influência da família, escola e comunidade como também o impacto das políticas de saúde (Betz, Krajicek & Craft-Rosenberg, 2018; Hockenberry & Wilson, 2014; Machado, 2015;

Medeiros, 2015). Neste contexto, surge, em Portugal, a saúde escolar, cuja primeira referência data de 1901. Desde então, tem vindo a ser sujeita a diversas reformas, no sentido de adequar a mesma às necessidades e preocupações de saúde em constante mutação (Gomes-Pedro, Pina & Correia, 1990). Foi assim substituído o conceito tradicional, centrado na prevenção da doença, passando a dar-se ênfase à promoção da saúde, tendo subjacente a visão do indivíduo inserido no seu ambiente familiar, social e comunitário (Rocha, Correia, Pestana, Bento, Preto & Lobão, 2011a). Para tal, contribuiu a integração de Portugal, desde 1994, na Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde. Mediante uma estreita colaboração entre a saúde e a educação, é assim promovido um ambiente saudável, em que a saúde faz parte do plano curricular, a nível formal e informal. Isto vai ao encontro das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a saúde e o bem-estar, expostos no *Health 2020* (Loureiro & Miranda, 2016; norma nº 015/2015 de 12 de agosto; OMS 2013).

A ser implementada pelas UCC conforme o decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, a sua responsabilidade pela saúde escolar foi reforçada com a publicação do artigo 9º do nº4 do despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, que especificou as atividades da carteira de serviços da UCC. Dentro das prioridades de intervenção, salienta-se a realizada em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Este, surge como um instrumento orientador das políticas a nível nacional no que concerne à promoção da saúde em meio escolar e emerge no âmbito dos programas e planos nacionais e internacionais de saúde. O seu principal foco é obter mais ganhos em saúde, através da promoção da adoção de estilos de vida saudáveis e melhoria do nível de Literacia para a Saúde em contexto escolar. Assenta em seis eixos estratégicos (Capacitação; Ambiente escolar e saúde; Condições de saúde; Qualidade e inovação; Formação e investigação em saúde escolar; e Parcerias), que se relacionam e articulam entre si, em cada área de intervenção, de forma a dar resposta às estratégias de intervenção da saúde escolar previstas para 2015-2020 (norma nº 015/2015 de 12 de agosto).

A saúde escolar atual, tem como pilar uma abordagem holística da saúde nas escolas, de forma a contribuir para o *empowerment*, influenciando práticas, escolhas e comportamentos, bem como níveis de participação, coletivos. Tal, implica a definição de iniciativas interdisciplinares, selecionadas a partir do diagnóstico local, com identificação dos problemas reais e das soluções mais adequadas para cada contexto escolar (Casemiro et al., 2014).

## **1.2 Intervenção de Enfermagem em contexto escolar suportada pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

A educação e a saúde são duas áreas que se interligam mutuamente. Permitindo a aquisição de conhecimentos específicos, auxiliando ao desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade para a tomada de decisão – aspetos críticos na adolescência – a educação combina estratégias intersectoriais com a saúde, num sentido de equidade (Cardoso, et al., 2018; norma nº 015/2015 de 12 de agosto). Ao mesmo tempo, condiciona fortemente os comportamentos e o estado de saúde, dada a sua influência no acesso à informação, na sua capacidade de mobilização dos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis (Ministério da Saúde, 2018).

É assim primordial a intervenção dos profissionais de saúde, no sentido de contribuir para uma vivência saudável e permitir a tomada de decisão informada, alertando os indivíduos, principalmente os adolescentes, para as consequências de determinadas ações, uma vez que só no futuro as mesmas serão visíveis (Franceschi et al., 2015; Loureiro & Miranda, 2016). A enfermagem, com a sua vocação para a capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu próprio projeto de saúde, é uma das que mais contribui para garantir que indivíduo e comunidades tenham acesso à informação adequada, compreendam a mesma e como a utilizar (Brito, Vicente, Reis & Amendoeira, 2015; Hughes, 2016). Neste sentido, as equipas de saúde escolar assumem um trabalho de extrema importância, ao desenvolverem sessões de educação para a saúde, atuando assim a nível da promoção para a saúde (Price & McAlinden, 2018).

Mas a escola é amplamente afetada não só pelas políticas, mas também pelos valores comunitários e sociais onde está inserida. Deste modo, urge a necessidade de analisar as necessidades individuais ou do grupo, identificando as variáveis que têm potencial para influenciar o seu comportamento. Da mesma forma, o ambiente em que a pessoa se insere, pode ser visto como um estimulante para uma mudança positiva ou ser um fator desfavorável para que tal aconteça. Isto implica que, por vezes, seja necessária uma intervenção multiestratégica, de forma a capacitar para uma melhor gestão dos problemas, contribuindo para uma mudança positiva de comportamentos (Loureiro & Miranda, 2016; Machado, 2015; norma nº 015/2015 de 12 de agosto).

Na enfermagem, tal como noutras disciplinas teórico-práticas, é importante que as atividades profissionais sejam centradas em fundamentos teóricos, o que não só reforçará o seu carácter disciplinar, como também promoverá a melhoria da qualidade dos cuidados (Zarzycka, Dobrowolska, Slusarska, Wronska, Cuber & Pajnikihar, 2013). Como tal, recorreu-se ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), uma vez que este é amplamente usado em todas as áreas da prática de enfermagem, devido à sua flexibilidade e universalidade. Este, é visto como facilitador de um sistema que esteja planeado em parceria com comunidades, proporcionando um modo de medir resultados (Alligood, 2018; George, 2000). Da mesma forma, as evidências sugerem a utilização deste modelo para a aplicação de projetos e intervenções nas escolas (Olowokere & Okanlawon, 2015), nomeadamente nos referentes à sexualidade na adolescência, como se conclui com a análise de estudos recentes (Albayrak, Yildiz & Erol, 2016; Aronowitz & Fawcett, 2015; Little, Montgomery, Davis, Burns, McGee & Fogel, 2018).

Concebido em 1970, tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, a par do desenvolvimento e novas evidências, apesar de manter, na atualidade, o seu diagrama original. Encontra-se organizado pelos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem (Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem) e a sua base filosófica engloba o holismo (Neuman & Fawcett, 2011). É uma abordagem em que cliente (definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto) é visto como um Sistema aberto, em que todos os elementos estão em interação dinâmica. É baseado numa relação contínua e recíproca entre o cliente e o ambiente e os seus stressores, internos e externos, que têm potencial de causar uma reação. Estes, são identificados como estímulos produtores de tensão que causam uma influência, positiva ou negativa, resultando assim em *stress* (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope & Lancaster, 2011).

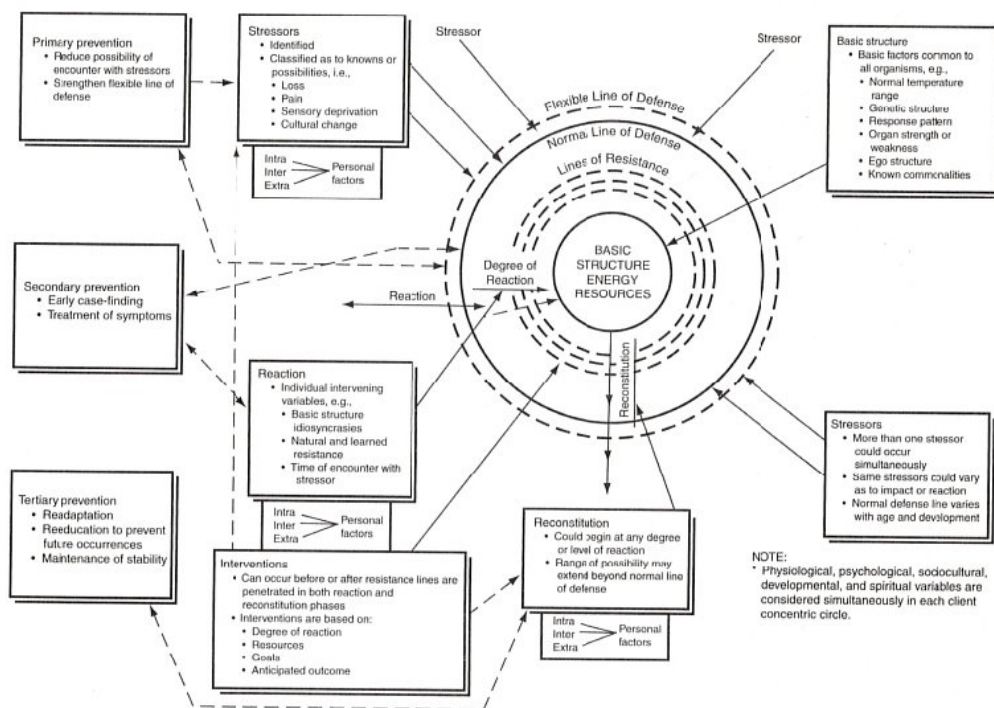
O Sistema cliente é representado como uma estrutura básica, que é comum, único e próprio ao indivíduo, mas com um conjunto de respostas transversais a todos os seres humanos. O mesmo é composto por cinco variáveis interativas, em diferentes graus de desenvolvimento: a fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Consideradas em simultâneo, funcionam, idealmente, em harmonia e estabilidade em relação às influências dos *stressores* ambientais (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011).

Esta estrutura é, por sua vez, rodeada por um conjunto de anéis concêntricos, denominados linha flexível de defesa, linha normal de defesa e linhas de resistência. Estes,

são vistos como mecanismos de defesa da estrutura básica contra a invasão de *stressores*. As linhas de resistência contêm fatores de proteção que são ativados quando a linha normal de defesa é invadida, ajudando à reconstituição do sistema quando é ameaçado, protegendo a estrutura base. Por sua vez, a linha normal de defesa, representa o nível habitual de bem-estar do Sistema cliente, sofrendo modificações ao longo do tempo, como resultado do confronto de uma variedade de *stressores*, expandindo-se ou contraindo-se de forma a manter a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope e Lancaster, 2011).

O anel mais externo é a linha flexível de defesa, a resposta inicial ou a proteção do Sistema. É descrita como um acordeão, visto que se expande ou contrai, conforme se afasta ou aproxima da linha normal de defesa. Esta é extremamente dinâmica, podendo ser alterada num período relativamente curto de tempo (Alligood, 2018; George, 2000; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011). O diagrama representativo do Modelo é apresentado na Figura 1.

**Figura 1** – Diagrama representativo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman



**Fonte:** Neuman e Fawcett (2011)

Para além da Pessoa, o Ambiente é identificado como o fenómeno básico do Modelo de Sistemas de Neuman, sendo a sua relação recíproca. Este, subdivide-se em ambiente interno, externo ou criado (este último, funcionando como uma reserva para a restauração

ou manutenção da integridade do Sistema, de forma consciente, inconscientemente ou ambas em simultâneo), que rodeiam ou interagem com o cliente, influenciando-o em qualquer altura, como Sistema aberto.

A finalidade principal deste modelo consiste na manutenção da estabilidade do Sistema cliente, perante a avaliação rigorosa dos fatores de *stress* que surgem dentro e fora do mesmo, seguida da implementação de intervenções. Estas correspondem a ações que, de forma intencional, ajudam o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade adequadas, mitigando ou reduzindo os fatores de *stress* e condições adversas que afetam ou podem afetar o Sistema cliente. O princípio subjacente é que quanto mais estável for o sistema, mais saudável este será (Alligood, 2018; George, 2000; Neuman & Fawcett, 2011).

Neste sentido, o modelo conceptual de Neuman descreve a enfermeira como uma participante ativa com o cliente, e como estando relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores* (Alligood, 2018). Defende a “prevenção como intervenção”, identificando três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Neuman & Fawcett, 2011). Nesta perspetiva, a promoção da saúde, uma componente da prevenção primária, segundo a autora do Modelo, é um objetivo específico das intervenções de enfermagem. Esta, relaciona-se com atividades que otimizam o bem-estar potencial ou condicional, que incluem a educação e mobilização de recursos de apoio, sustentando as linhas de defesa ao reduzir o efeito de um fator de *stress* e aumentar a resistência do cliente (Neuman & Fawcett, 2011; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). A prevenção primária como intervenção, com a inerente promoção da saúde, é um conceito proativo e futurista, que deve ser uma preocupação crescente inerente ao cuidado de enfermagem (Alligood, 2018).

### 1.3 A Literacia como Promotora da Saúde

Tendo surgido em 1974 pela primeira vez, o conceito de Literacia em Saúde tem vindo a sofrer uma evolução (Pedro, Amaral & Escoval, 2016; Sorensen & Pleasant, 2017). Definido e conceptualizado de diversas formas, engloba atualmente não apenas a componente cognitiva mas também social. Um fator relevante é que quase todas as definições têm elementos centrais semelhantes, relacionando a Literacia em Saúde com as competências pessoais que permitem que os indivíduos obtenham, compreendam e usem informação. Surge assim como mais do que um conceito restrito de educação em saúde e mudança comportamental individual (Espanha et al., 2016; OMS, 2019), sendo definida como a capacidade para o julgamento e tomada de decisão fundamentada sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de uma vida saudável durante o ciclo de vida (Espanha, et al., 2016; Nutbeam et al., 2018; Pedro et al., 2016; Sorensen et al., 2012).

A Literacia em Saúde afeta não apenas a qualidade de vida de cada indivíduo, daqueles que o rodeiam e dos quais dependem, mas traz consigo também implicações nas despesas referentes ao setor da saúde, nomeadamente na utilização dos serviços e consequentemente nos ganhos em saúde, incluindo a nível nacional (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016). Surgindo como um importante determinante da saúde e da qualidade de vida, é uma ferramenta poderosa para reduzir as desigualdades (Fernández-Gutiérrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marín, Paloma-Castro, & Romero-Sánchez, 2017; Loureiro, 2015).

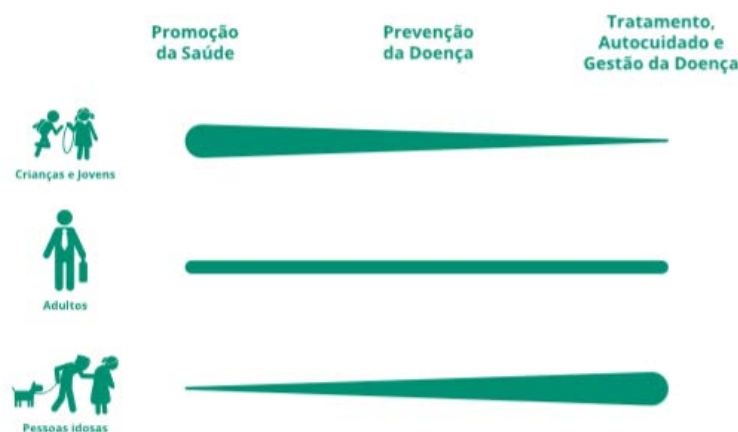
Desde 1995 que Portugal, à semelhança dos outros países europeus, tem vindo a estudar o nível de Literacia da sua população, tendo sido nesse ano que foi realizado o primeiro estudo nacional relativo a essa área de investigação, no qual houve a preocupação de incluir algumas questões relativas à saúde (Benavente, Rosa, Costa e Ávila, 1996). Em 2011 surge o *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, trazendo consigo avanços nesta matéria, iniciativa à qual o nosso país se juntou em 2015.

Portugal caracteriza-se assim por apresentar um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado em cerca de 60% da população inquirida. Comparando com os países participantes, Portugal é aquele que apresenta uma menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8,6%), encontrando-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde (42,4%), atendendo a que média europeia é de 36%. Analisando mais profundamente, verifica-se que,

apesar de ser na população idosa que foram identificados os níveis mais baixos, também na faixa etária dos 15-25 a maior percentagem corresponde apenas a um nível “suficiente” (53.6%) (DGS, 2019; Pedro et. al, 2016).

Assim, tal como reforçado no Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2019), impõe-se uma ação dirigida, no sentido de aumentar a Literacia, que surge como uma oportunidade para a promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida. Devem assim ter-se em consideração as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, incluindo as relações familiares, com o grupo de pares e comunidade (Figura 2).

**Figura 2**– Literacia em Saúde no ciclo de vida



**Fonte:** DGS (2019)

A Literacia em Saúde tem surgido como um marco importante na Saúde Pública, tendo-se refletido na criação de políticas e estratégias, emitidas por governos de países com diferentes sistemas económicos, políticos e de saúde. Deverá assim continuar esta aposta, no contexto mais amplo da promoção da saúde, como uma das abordagens complementares para melhoria da saúde das populações, de forma a ter o melhor impacto sobre os determinantes sociais e económicos da saúde (Nutbeam et al., 2018; Trezona, Rowlands e Nutbeam, 2018).

Desde 1986, com a Carta de Ottawa para a promoção da saúde da OMS, que foi criada uma mudança de paradigma na abordagem dos principais desafios de Saúde Pública (Nutbeam, 2018). Nesta foi reconhecida a promoção da saúde como um processo que possibilite aos indivíduos o aumento do controlo sobre a sua saúde e bem-estar e dos grupos onde se inserem, agindo sobre os aspetos que a influenciam, nomeadamente garantindo ambientes mais saudáveis e sustentáveis. Acordou-se que a promoção da saúde não era

simplesmente responsabilidade do setor da saúde, mas sim o combinar de estratégias ao nível do indivíduo e da comunidade (OMS, 1986). As conferências globais da OMS sobre promoção da saúde que se lhe seguiram, reiteraram esses elementos como fundamentais.

Mais recentemente, tomou lugar em 2016, em Shanghai, a 9ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde onde se salientou a importância crucial da Literacia em Saúde, para alcançar em pleno as ambições sociais, económicas e ambientais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2016). Definiu-se assim como âmbito de intervenção um domínio de ação que inclui todos os setores da sociedade, no qual a promoção da saúde mobiliza e incorpora a participação de novos agentes para além dos profissionais de saúde (Allmark, 2015; Loureiro & Miranda, 2016).

Mas a promoção da saúde necessita de englobar uma componente de educação, com o foco na saúde, de forma a que as políticas públicas sejam aceites, compreendidas e implementadas de forma uniforme. Deste modo, a educação para a saúde, enquanto seu componente, não pode ser vista como uma mera transmissão de conhecimentos, mas sim como um meio através do qual o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar e capacita os indivíduos para a promoção da sua autonomia, no sentido de fazerem as suas próprias escolhas. Isto trará como resultado a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento dos indivíduos (Allmark, 2015; Bezerra, 2016; Loureiro & Miranda, 2016).

Neste sentido, tendo a pessoa como foco, o acesso equitativo a uma educação em saúde de qualidade e a aprendizagem ao longo do ciclo de vida emergem, na sociedade moderna, como a base da promoção da saúde, aspetos para os quais a Literacia em Saúde muito tem contribuído (Chesnay e Anderson, 2016; Nutbeam, 2018). Destaca-se deste modo a escola como contexto de intervenção, atendendo ao importante papel desempenhado pela comunidade escolar na promoção da Literacia em Saúde, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento das crianças, jovens e adolescentes, preparando-os para a vida em sociedade, salientando-se ainda a recomendação dada para a inclusão de iniciativas que a melhorem nos currículos escolares (Arafat, Majumder, Kabir, Papadopoulos & Uddin, 2018; DGS, 2019; Espanha et al, 2016; Franceschi et al., 2015).

## 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A saúde encontra-se diretamente relacionada com o desenvolvimento humano e económico. Como tal, é imperativo que, para satisfazer as necessidades de saúde de uma determinada população, se proceda à seleção, organização e avaliação das atividades mais eficazes, atendendo aos recursos disponíveis (Loureiro & Miranda, 2016; Pineault, 2016). O Planeamento em Saúde surge assim como processo de intervenção face a essa realidade sócio-económica, agindo sobre ela no sentido de uma transformação, sendo ainda um dos elementos da tomada de decisão (Imperatori & Giraldes 1993; Tavares, 1990).

É um processo contínuo, dinâmico e permanente, do qual decorrem seis fases essenciais: diagnóstico da situação; definição de prioridades; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução; e avaliação. Sendo um processo cíclico, uma etapa nunca poderá ser considerada como inteiramente concluída, visto que é sempre possível voltar atrás e refazê-la, mediante nova recolha de informação. É necessário que seja construído, fase a fase, realizando cada uma antes de passar à seguinte. Efetivada a avaliação, dá-se um regresso à etapa do diagnóstico, atualizando-o e melhorando a informação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Correspondente à primeira fase do Planeamento em Saúde, o diagnóstico da situação de saúde irá justificar as atividades realizadas e será o ponto de comparação aquando da avaliação, como medida do alcance das mesmas. É a concordância entre as necessidades de saúde e o diagnóstico que ditará a pertinência, neste caso, do projeto que será desenvolvido (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Para o elaborar, procedeu-se assim à caracterização do local onde decorreu o estágio, de forma a identificar o nível de saúde da população, após o que foram identificadas as necessidades de saúde. Face a estas, foi reiniciado o processo de Planeamento, realizando novo diagnóstico de situação: atendendo à informação obtida, foram recolhidos e processados novos dados, tendo sido identificados os *outputs*, antes de passar à fase seguinte. Este processo encontra-se descrito nos subcapítulos seguintes.

## 2.1 Caracterização do contexto de estágio

O estágio foi realizado numa UCC, sediada num ACES criado pela portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Dá resposta a três das quatro freguesias do concelho onde está inserido, distribuídas numa área geográfica de 17,29 km<sup>2</sup> (Fonseca, 2018), correspondendo a população abrangida a um total de 91 265 utentes (BI-CSP, 2019).

A população residente nesse concelho é de 155 273 habitantes, segundo os dados estatísticos mais recentes (referentes ao ano de 2016), sendo que houve um aumento de 13.6% face a 2011. A população estrangeira com estatuto legal constitui 7.8% da população (PORDATA, 2019) e as nacionalidades mais frequentes são de pessoas provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e do Brasil (Fonseca, 2018).

Analisando a população por faixa etária, verificou-se que a população jovem (menos de 15 anos) tem vindo a aumentar, sendo em 2016 de 16%. Por sua vez, a população em idade ativa (15 a 64 anos) diminuiu para 64,3%, comparativamente com 2011. Por seu turno, os idosos (65 e mais anos) aumentaram significativamente, mesmo assim com um crescimento inferior ao verificado no continente e área metropolitana de Lisboa (BI-CSP, 2019). A par do que se verifica a nível nacional, identificou-se um envelhecimento populacional, apesar de se manter o aumento da população jovem, o que se coaduna com a taxa bruta de natalidade, que tem vindo a aumentar, sendo o município com maior taxa bruta de natalidade de Portugal continental (PORDATA, 2019).

No que respeita ao parque escolar, a área de abrangência da UCC onde decorreu o estágio é vasta, o que se traduz numa elevada população estudantil. É constituído por 7 Agrupamentos de Escolas e uma Escola não agrupada, perfazendo um total de 30 escolas e 4 Jardins de Infância. No ano letivo 2017-2018 fizeram parte do corpo docente 1133 Professores e 49 Educadoras de Infância, e do corpo não docente 352 profissionais. O número total de alunos inscritos foi de 14 266 (dados fornecidos pela coordenadora da UCC).

A UCC em questão, tem como missão a melhoria do estado de saúde da população, assegurando respostas integradas, articuladas e diferenciadas de forma aproximada às necessidades em cuidados, não apenas de saúde mas também sociais, da população na área de abrangência dos Centros de Saúde do Município, tendo como parceiros órgãos da comunidade local. Engloba assim na sua estrutura funcional a Equipa de Cuidados

Continuados Integrados e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária. É constituída por uma equipa multidisciplinar, de forma a melhor dar resposta às necessidades da população, em cuidados de saúde e sociais, em que se insere. Alguns dos recursos humanos são partilhados com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que saiu formalmente do âmbito da UCC em Janeiro de 2018 (Fonseca, 2018).

Atendendo à população, o Plano Local de Saúde do ACES em questão, na sua extensão a 2020, definiu como cinco problemas prioritários de saúde da população a Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Tumor da Mama Feminino, Obesidade e Tumores do Aparelho Digestivo (Plano Local de Saúde 2013-2016, extensão a 2020). Face ao mesmo, tendo em atenção os programas de saúde prioritários do Plano Nacional de Saúde (PNS) e o conhecimento da população da sua área de influência, o Plano de Acção da UCC estabeleceu áreas prioritárias de intervenção, dentro das quais se salientam a promoção da Literacia e da capacitação dos cidadãos nos diferentes *settings* na comunidade e a promoção e proteção da saúde ao longo do ciclo de vida em diferentes momentos e contextos.

Os programas da sua carteira de serviços, têm como base os problemas e prioridades definidos, atuando ao nível dos programas nacionais, incluindo diversos projetos direcionados para as necessidades da população, a maioria dirigidos à população idosa. Para a sua execução, destaca-se ainda a importância da intercooperação entre as diversas unidades funcionais do ACES, de entre as quais se destaca a Unidade de Saúde Pública (USP), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as parcerias da comunidade, tal como o compromisso com a direção do ACES (Fonseca, 2017; 2018).

## **2.2 Necessidades de Saúde**

As necessidades de saúde são essenciais para o diagnóstico de situação, podendo estas ser reais/normativas e/ou sentidas (expressas e não expressas). De forma a determinar as mesmas, na população em causa, foram consultados, como fonte de informação, diversos documentos relevantes, entre eles o Plano Local de Saúde e o Plano de Ação da UCC.

Atendendo ao fato de o estágio anterior ter decorrido no mesmo local, tinha já sido realizada uma entrevista formal, não estruturada (de acordo com Azevedo & Azevedo, 2008), à coordenadora da UCC (Apêndice I). Desta, destacam-se como as maiores

necessidades em termos de intervenção na comunidade, o cuidado ao doente idoso (relacionando-o com o envelhecimento populacional da área de abrangência), bem como a saúde escolar, para a qual os recursos humanos são escassos. Foi validado com a mesma se as necessidades sentidas referidas se mantinham, tendo sido dito que sim.

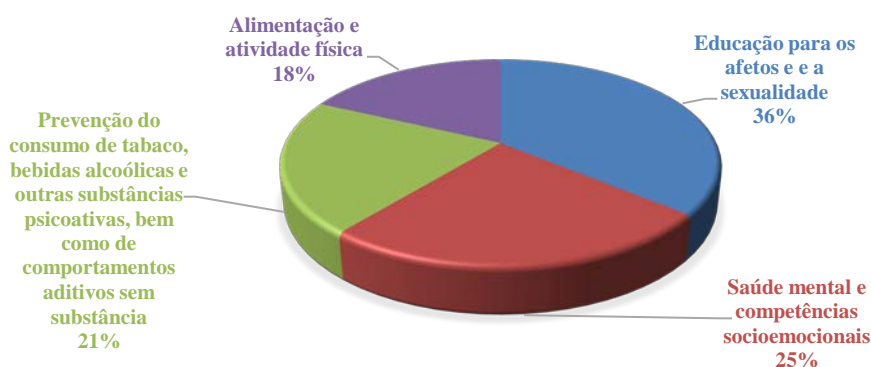
Tal como já foi mencionado, o parque escolar da área de abrangência da UCC é bastante vasto, sendo a equipa de saúde escolar constituída por 6 enfermeiros, 5 deles a tempo inteiro, e 1 elemento que partilha funções com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (Fonseca, 2018). Desta forma, atendendo à análise epidemiológica efetuada, sendo que grande parte dos projetos são direcionados para a população idosa e se tem verificado um crescimento da população jovem; aliado à falta de recursos humanos na saúde escolar para o extenso parque escolar, bem como o fato de ser uma área de interesse pessoal, foi identificada esta como a área alvo de programação, um requisito indispensável para o Planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na UCC onde decorreu o estágio, são desenvolvidos, em cooperação estreita com as comunidades escolares, projetos direcionados para os 6 eixos estratégicos definidos como prioritários no PNSE de 2015. As suas áreas de intervenção são assim, principalmente, dirigidas para a alimentação saudável e atividade física, prevenção do consumo de tabaco, higiene corporal e saúde oral, e educação para os afetos e a sexualidade. Têm também vindo a ser desenvolvidos projetos, transversais, direcionados para as dependências, com e sem substância. São no entanto áreas que necessitam de um investimento constante, associado à rotatividade da comunidade escolar, não só pelos alunos mas também do pessoal docente e não docente (Fonseca, 2018).

Atendendo ao fato de o estágio realizado se integrar no âmbito das regulares funções da enfermeira orientadora, optou-se por intervir no Agrupamento de Escolas (AE) pelo qual a mesma é responsável. Sendo o alvo de intervenção os alunos, procurou-se identificar quais as necessidades sentidas pelos mesmos. Essa informação foi obtida mediante a análise dos dados colhidos pela equipa de saúde escolar, no âmbito do projeto “Embaixadores da Saúde”. Este projeto foi implementado pela primeira vez na escola da população alvo (EPA) no ano letivo 2016/2017, e tem como objetivo fazer cumprir as diretrizes, nacionais e internacionais, no que toca à promoção da saúde em contexto escolar, envolvendo os adolescentes no seu próprio processo de saúde, a nível formal e informal. Consiste assim num representante de cada turma, eleito pelos próprios alunos, que se torna o elo de ligação nas questões que tocam a projetos e intervenções referentes à área da saúde.

Neste contexto, tinha sido pedido a cada “Embaixador da Saúde” que aferissem quais os temas que cada turma gostaria de ver desenvolvidos no ano letivo 2018/2019 (dados fornecidos pela coordenadora da UCC). Os mesmos foram compilados, tendo-se verificado que a maioria eram relativos ao tema “sexualidade”, seguido dos temas “dependências” e “saúde mental”. Interligando os dados com os eixos estratégicos prioritários do PNSE (2015), a orientação técnico-normativa para a saúde escolar, pode verificar-se que, a maioria dos temas inserem-se no eixo estratégico da “Capacitação” (Apêndice II). Conclui-se assim, estatisticamente, que a área de intervenção com maior percentagem de interesse de desenvolvimento para o ano letivo 2018/2019 referida pelos alunos, é a da “educação para os afetos e a sexualidade”, com 36% do total (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Percentagem de interesse de desenvolvimento dos “Embaixadores da Saúde” da área de Intervenção do Eixo “Capacitação”, para o ano letivo 2018/2019



Sendo um projeto a desenvolver em contexto escolar, é fundamental o estabelecimento de parcerias com a comunidade educativa, no âmbito das políticas promotoras da saúde. Deste modo, foi realizado contato com a coordenadora do Programa de Educação para a Saúde (PES) do AE ao qual a EPA pertence, tendo sido efetivada uma reunião. Da mesma há a salientar a sua receptividade a uma intervenção nessa escola (população a definir) na área da “educação para os afetos e a sexualidade”, tendo manifestado agrado na mesma, referindo ser uma das quais há maior dificuldade de intervenção por parte dos professores. Mencionou ainda que a escola é caracterizada por ser multicultural, albergando alunos de diversas nacionalidades.

Foi assim identificada, dentro da saúde escolar, na EPA, que a necessidade major, assenta na intervenção na área da “educação para os afetos e a sexualidade”, nomeadamente a expressa pelos alunos. À luz do modelo que sustenta este trabalho, as atividades a desenvolver de promoção para a saúde enquandram-se no âmbito da prevenção primária, de

extrema importância para o processo de capacitação de cada Sistema aberto (os alunos). Neste sentido, uma intervenção desta índole, será um contributo para o reforço das linhas flexíveis de defesa, de forma a proporcionar-lhes uma maior proteção face aos *stressores* a que irão ser sujeitos ao longo da sua vida (Neuman & Fawcett, 2011).

### **2.3 Sexualidade e Afetos na adolescência – pertinência da temática**

A sexualidade faz parte da história da humanidade. É um fenómeno humano que assume, de forma espontânea, um sentido para lá do puramente biológico. Afeta todos os gestos, nos quais se traduz uma abertura ao mundo, aos objetos e ao Outro, marcando todos os comportamentos, e não apenas os diretamente relacionados com o encontro sexual (CNECV, 1999; Nothaft et al., 2014). No entanto, ainda está envolto em contradições, dúvidas e incertezas, surgidas em especial durante o período da adolescência, em que as vivências internas são mais frequentemente experimentadas e direcionadas para a relação com o corpo em desenvolvimento e a sexualidade (Jackson, 2017; Nothaft et al., 2014). Por isso, entender este fenómeno nos adolescentes e os fatores que a influenciam é de extrema importância, pois sem esse conhecimento não pode ser realizada uma intervenção (Kar et al., 2015).

As transformações intensas próprias da adolescência, principalmente no comportamento individual e coletivo acabam por os expôr a riscos, não apenas físicos, como também psicológicos e sociais (Costa e Silva, Barbosa, Araújo, Silva & Santana, 2016). Durante este período, a internet, os meios de comunicação social e os grupos de pares são importantes fontes de comunicação e influência. No entanto, podem assumir proporções negativas, visto que alguns adolescentes alcançam popularidade através da realização de atividades e relacionamentos não convencionais como, por exemplo, através do assumir de comportamentos adultos (ou pseudo-maduros), relacionados com o comportamento sexual, uso de substâncias e delinquência (Brant & Moraes, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; Sutton, Shannon, Berg & Gibbons, 2017).

Neste sentido, a escola tem sido vista como o local mais acessível e, portanto, o ideal, para abordar temas relacionados com a sexualidade (Brant & Moraes, 2017). Embora atualmente ainda se façam sentir fragilidades no sistema educativo, que dificultam ou

impedem avanços nesta matéria, a Europa é o continente onde a educação sexual está mais enraizada. Portugal tem um percurso longo neste domínio, nomeadamente no que toca às mudanças que têm vindo a ser implementadas nas últimas décadas ao nível político e legislativo, que culminaram na conceção da mesma como um projeto comunitário. Este aspeto encontra-se refletido nas práticas, verificando-se um número crescente de escolas a implementá-la no processo curricular (Rocha & Duarte, 2016).

Há, no entanto, que ter em consideração, que essas intervenções devem ser adequadas à idade, ser culturalmente sensíveis e abrangentes, pois ainda é grande a influência sociocultural nas condutas e práticas adotadas. É assim necessário abordar não apenas a fisiologia e anatomia como também os valores que envolvem relacionamentos, contraceção, riscos de contágio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) – salientando o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – e gravidez (Castro, Araújo & Pitangui, 2017; Khalajabadi-Farahani, 2015).

Deve ainda ser consultando o interesse dos adolescentes acerca daquilo que desejam entender e compreender as suas principais dificuldades. Este fator será um grande contributo na formação da sua consciência crítica, incentivando-os e ajudando-os a construir as próprias conceções acerca da sexualidade, como parte integrante do “eu”. Por seu turno, o acesso à informação de saúde adequada ajudará a fortalecer não apenas o conhecimento, mas também as suas atitudes e comportamento, influenciando a qualidade de vida, atual e futura (Anasi, 2015; Costa e Silva et al., 2016; Khalajabadi-Farahani, 2015; Nothaft et al., 2014; Zúñiga & Ugalde, 2015).

Apesar de a considerar fundamental, a comunidade educativa, de acordo com a literatura, percebe esta área como complexa e de difícil abordagem, sentindo-se pouco preparados para o fazer. Deste modo, impera a necessidade de integrar as diversas áreas do conhecimento, sobretudo a da saúde, para promoção da discussão da temática da sexualidade e afetos com os adolescentes, em contexto escolar (Loureiro & Miranda, 2016; Nothaft et al., 2014). Mediante a realização de intervenções individuais e coletivas, as equipas de saúde nas escolas têm vindo a ser utilizadas cada vez mais como um recurso (Costa e Silva et al., 2016; Nothaft et al., 2014). Estas, desempenham um importante papel, essencialmente ao nível da promoção da saúde, com a reflexão sobre a importância de comportamentos seguros, utilizando diferentes estratégias. É, no entanto, um trabalho desafiante, na medida em que envolve uma atividade mais ampla, interdisciplinar e contínua, integrando os pais, professores, alunos e a comunidade (Bezerra, Sousa, Cardoso, Alves, 2017).

## 2.4 Metodologia

Atendendo à necessidade sentida e expressa como prioritária, bem como à sua abrangência, é imperativo, antes de passar à próxima fase do Planeamento, a identificação dos fatores de risco, reais ou potenciais que, associados com *stressores* ambientais provoquem uma reação que desestabilize o Sistema cliente. Tendo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) como base, a intervenção a efetuar deverá ser dirigida, no sentido de reforçar a sua linha de defesa, reduzindo a ação desses *stressores*.

Procedeu-se assim a nova colheita de informação, no sentido de identificar qual o maior *déficit* de conhecimentos na área de intervenção da “educação para os afetos e a sexualidade”. Para tal, complementando o método do Planeamento em Saúde recorreu-se à metodologia quantitativa. Esta última tem uma longa tradição no que concerne à enfermagem, remontando ao tempo de Florence Nightingale, com a sua recolha de dados estatísticos para identificar as causas da mortalidade durante a guerra da Crimeia. Assente no paradigma positivista, é objetiva e comporta um processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis. Tem assim como objetivo estabelecer fatos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa efeito, ou verificar teorias ou proposições teóricas (Fortin, Côte & Fillion, 2009; Gerrish & Lathlean, 2015; Parahoo, 2014).

Após a seleção da população e amostra, bem como o método e instrumento de colheita de dados, tal como a teoria indica, são apresentados os resultados, sob a forma de dados numéricos, inseridos em tabelas e gráficos. A sua interpretação foi feita em função do modelo conceptual definido (Fortin et al., 2009).

### 2.4.1 Seleção da população e amostra

O foco deste projeto foram os adolescentes do 9º ano de escolaridade, considerando a média habitual de idades, situando-se, com base na literatura, na fase final da puberdade. Face à sua grande vulnerabilidade, com a adaptação a todas as mudanças biológicas, intelectuais e psicossociais características dessa fase, o fenómeno da maturação cerebral, que gera uma dificuldade no controlo dos estímulos, e o desenvolvimento do pensamento abstrato e do raciocínio científico, (Cardoso et al., 2018; Machado, 2015) são a população

adequada para a intervenção ao nível da prevenção primária. A intervenção foi dirigida assim ao Sistema cliente, enquanto grupo, definindo-se cada turma como um Sistema.

Tendo em conta o tempo de estágio e recursos, selecionou-se, por consenso entre a mestranda, as orientadoras científica, clínica e a coordenadora do PES, que a intervenção seria efetuada a duas turmas (sendo que cada turma tem cerca de 25 a 27 alunos). Atendendo ao princípio da equidade, fundamental na distribuição dos cuidados de saúde primários, e a eficiência técnica, uma vez que se procura maximizar os resultados prefixados (Imperatori & Giraldes, 1993), foi utilizado um método de amostragem não probabilística de conveniência. Fazendo a ponte com a educação, de forma a não retirar tempo de aulas, essencial para a aprendizagem de cada Sistema, foi acordado com a coordenadora do PES que as intervenções seriam realizadas durante o horário letivo, na aula designada por “En-Turmas”, criada para efeitos de desenvolvimento de temas relacionados com a saúde e a cidadania. Foram selecionadas as duas turmas que tinham essa aula à segunda-feira de manhã. Para inclusão dos adolescentes de cada Sistema na amostra, e aplicação do instrumento de recolha de dados, foram definidos os seguintes critérios (Quadro 1):

**Quadro 1** – Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
- Que frequentem o 9º ano de escolaridade da EPA	- Que entreguem o consentimento informado recusado pelos Encarregados de Educação
- Que entreguem o consentimento informado assinado e autorizado pelos Encarregados de Educação	- Que não entreguem o consentimento informado assinado e autorizado pelos Encarregados de Educação
- Com capacidade de leitura, compreensão e escrita	- Sem capacidade de leitura, compreensão e escrita

Este método de amostragem, envolve a seleção das pessoas mais acessíveis e tem vantagem por ser rápido e fácil. No entanto, os seus resultados só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para a população (Hill & Hill, 2005; Hicks, 2006). Deste modo, os resultados obtidos com a análise dos dados não poderão ser generalizados aos restantes Sistemas cliente, pelo que se assume que também os pertencentes à amostra devam ser avaliados individualmente. Serão assim considerados individualmente a nível da análise de *stressores*, *déficit* de conhecimentos e intervenção, sendo designados de Sistema A e Sistema B.

#### 2.4.2 Método e instrumento de colheita de dados

De forma a identificar onde residia o maior *déficit* de conhecimentos, optou-se pela utilização de um instrumento de avaliação, elaborado e validado tendo como alvo adolescentes portugueses em contexto escolar (Pereira, Carvalho & Moura, 2017). Este aspeto é importante, na medida em que a precisão dos instrumentos usados para medir o que se estuda e a sua capacidade de reproduzir consistentemente resultados é essencial para a eficácia do método quantitativo (Gerrish & Lathlean, 2015).

O instrumento de colheita de dados, desenvolvido por Carvalho e Pinheiro (2012), engloba, numa primeira parte, perguntas relativas à caracterização da amostra, e numa segunda parte o “Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade” (QCS). De entre as perguntas de caracterização, não foram consideradas algumas questões que, eticamente, não serviriam para o propósito deste projeto, tendo sido “cortadas” (Anexo I).

O QCS é um instrumento de auto-resposta que contempla alguns dos conteúdos de educação sexual previstos em meio escolar. É composto por 25 itens e encontra-se organizado em seis áreas temáticas: **1)** Primeira relação sexual e preocupações sexuais (itens 1, 3, 14, 17 e 21); **2)** Sexualidade e prazer sexual (itens 6, 15 e 22); **3)** Contraceção e práticas sexuais seguras (itens 7, 8, 9, 11, 19 e 25); **4)** Prevenção da Gravidez (itens 2 e 13); **5)** Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (itens 4, 5, 10, 12, 16, 18 e 23); e **6)** Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR) (itens 20 e 24).

A escala de resposta, de acordo com os autores, é dicotómica, ou seja, de verdadeiro/falso, pelo que deverão ser cotadas com um (1) as respostas corretas e com zero (0) as respostas incorretas. Os itens não respondidos ou respondidos em duplicado (verdadeiro e falso) serão cotados com zero (0). Os itens 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19 e 24 são pontuados inversamente, de forma a evitar tendências de resposta. O resultado do QCS consiste na soma das respostas corretas. Desta forma, as pontuações mais elevadas correspondem a um maior nível de conhecimentos e, proporcionalmente, as pontuações mais baixas refletem um maior *déficit* de conhecimento. O somatório das respostas obtidas pode variar entre 0 e 25 (Pereira et al., 2017).

O processo de entrega e recolha dos pedidos de autorização foi efetuado pela mestrandia, após uma breve explicação do âmbito do projeto aos alunos, na presença dos respetivos Diretores de Turma (DT), tendo sido dados 5 dias para a entrega do destacável do mesmo. Todos os adolescentes de cada Sistema participaram de forma voluntária. O

preenchimento do instrumento foi realizado na presença de um(a) professor(a) e da mestranda. A recolha de dados decorreu no dia 29 de Outubro de 2018 no Sistema A e no dia 30 de Outubro de 2018 no Sistema B.

#### 2.4.3 Tratamento de dados

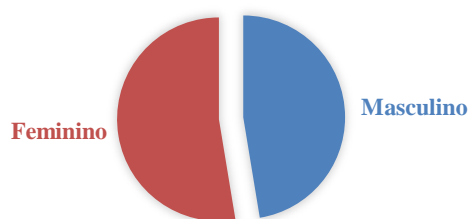
De modo a facilitar a análise dos dados obtidos, recorreu-se à estatística descritiva, por meio do programa *IBM SPSS Statistics 25*. Este, surge como uma ferramenta informática que permite análises complexas, sendo, no entanto, necessário ter conhecimentos acerca de que teste estatístico usar para responder às questões e saber interpretar corretamente os resultados do cálculo efetuado (Gerrish & Lathlean, 2015; Pereira, 2002). A estatística descritiva, por seu turno, corresponde à fase inicial da análise de dados num estudo, consistindo no resumo e descrição dos mesmos (Almeida, 2017).

#### 2.4.4 Apresentação e análise de resultados

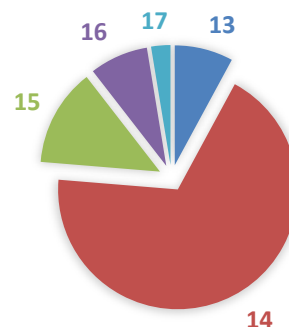
Para a análise e interpretação de dados, é cada vez mais consensual considerar a estatística como uma ferramenta fundamental, em particular para a elaboração de conclusões fundamentadas a partir da análise desses dados (Marôco, 2018). Esta, permite a descrição dos dados e a formulação de hipóteses (Almeida, 2017).

A amostra é composta por 38 adolescentes, 22 pertencentes ao Sistema A e 16 ao Sistema B. Destes 52,6% identificam-se como sendo do género feminino ( $n = 20$ ) enquanto que 47,4% ( $n = 18$ ) dos indivíduos identificam-se como sendo do sexo masculino (Gráfico 2). Relativamente à idade, esta é variável, entre um mínimo de 13 anos e um máximo de 17 anos, sendo que a mediana se situa nos 14 anos (Gráfico 3). A maioria dos adolescentes é de nacionalidade portuguesa (76,3%,  $n = 29$ ) (Gráfico 4).

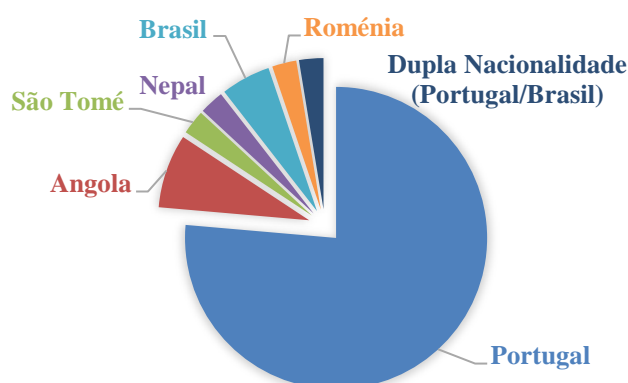
**Gráfico 2** – Distribuição dos adolescentes por género



**Gráfico 3** – Distribuição dos adolescentes por idade



**Gráfico 4 – Distribuição dos adolescentes por nacionalidade**



- *Estrutura básica dos Sistemas A e B* – os dados obtidos que caracterizam a estrutura básica de cada Sistema estão compilados nas tabelas abaixo (Tabelas 1 e 2).

A literatura, a par com os fundamentos sócio-culturais, salienta a importância dos valores religiosos nos adolescentes, considerando a sexualidade como o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais (Vidal, Fernández, Rumbaut, Hernández & Reinante, 2018). Analisar este aspeto é essencial, uma vez que, tal como é referido por Neuman & Fawcett (2011), é necessário ter em consideração a variável espiritual para uma perspetiva verdadeiramente holística e um cuidado e preocupação com o cliente/sistema cliente. Analisando os dados obtidos, verifica-se que no Sistema A a maioria dos adolescentes considera-se religiosa (60%), enquanto que no Sistema B a resposta positiva equivale a metade dos inquiridos (50%). A maioria, dos que responderam “sim”, em ambos os Sistemas, identifica-se como sendo Católica.

**Tabela 1 – Respostas às questões**  
relativas à estrutura básica do Sistema A

Sistema A (n=22)	N	%
<b>Religiosidade</b>		
Sim	13	60
Não	9	40
<b>Religião</b>		
Católica	8	37
Muçulmana	1	4,5
Evangélica	3	14
Adventista do 7º Dia	1	4,5

**Tabela 2 – Respostas às questões**  
relativas à estrutura básica do Sistema B

Sistema B (n=16)	n	%
<b>Religiosidade</b>		
Sim	8	50
Não	8	50
<b>Religião</b>		
Católica	5	31
Evangélica	3	19

- Ambiente dos Sistemas A e B – os dados obtidos referentes aos fatores e influências que rodeiam o Sistema indivíduo estão compilados na página seguinte (Tabelas 3 e 4). Entendem-se como sendo externos, correspondendo aos *stressores* inter ou extrapessoais (Neuman & Fawcett, 2011).

Os pais são as primeiras fontes de informação que os adolescentes têm na sua vida (Brant & Moraes, 2017). Deste modo, para os ajudar no processo de adolecer, é essencial que estes estabeleçam um diálogo aberto com a família em questões como a sexualidade (Nothaft et al., 2014). No entanto, a literatura também salienta a importância da Literacia e o nível sociocultural dos pais, como determinantes (Dantas, Spíndola, Teixeira, Lemos & Ferreira, 2015; Machado, 2015). Analisando os dados obtidos, verifica-se que a maioria dos adolescentes, em ambos os Sistemas, vivem com o pai e mãe durante a semana (68% no Sistema A e 69% no Sistema B) e a falta de escolaridade, quer no pai quer na mãe, é reduzida. Por seu turno, a percentagem da situação de desemprego na mãe é superior à do pai, tal como pode ser verificado nas tabelas 3 e 4.

**Tabela 3** – Respostas às questões relativas ao ambiente do Sistema A

Sistema A (n=)	N	%
<b>Com quem vive durante a semana</b>		
Pai e mãe	15	68
Mãe	6	27
Pai	1	5
<b>Escolaridade do pai</b>		
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	1	5
2º Ciclo (6º ano) concluído	2	9
3º Ciclo (9º ano) concluído	6	28
Secundário (12º ano) concluído	5	24
Bacharelato	1	5
Licenciatura	5	24
Mestrado	1	5
<b>Situação de emprego Pai</b>		
Empregado	18	82
Desempregado	3	14
<b>Escolaridade da mãe</b>		
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	1	5
2º Ciclo (6º ano) concluído	2	9
3º Ciclo (9º ano) concluído	3	14
Secundário (12º ano) concluído	10	45
Licenciatura	4	18
Mestrado	2	9
<b>Situação de emprego Mãe</b>		
Empregado	17	77
Desempregado	5	23

**Tabela 4** – Respostas às questões relativas ao ambiente do Sistema B

Sistema B (n=)	n	%
<b>Com quem vive durante a semana</b>		
Pai e mãe	11	69
Mãe	4	25
Semana dividida entre o pai e a mãe	1	6
<b>Escolaridade do pai</b>		
2º Ciclo (6º ano) concluído	1	6
3º Ciclo (9º ano) concluído	5	31
Secundário (12º ano) concluído	7	44
Licenciatura	2	13
Doutoramento	1	6
<b>Situação de emprego Pai</b>		
Empregado	16	100
<b>Escolaridade da mãe</b>		
3º Ciclo (9º ano) concluído	2	13
Secundário (12º ano) concluído	8	50
Licenciatura	5	31
Mestrado	1	6
<b>Situação de emprego Mãe</b>		
Empregado	12	75
Desempregado	4	25

- Ameaças à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas A e B – os dados obtidos relativamente ao *déficit* de conhecimentos são apresentados abaixo. Estas ameaças são determinadas pela atual ou potencial invasão de *stressores*, de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011).

Para cada Sistema, foi realizado o somatório das respostas obtidas. Fazendo uma análise geral, verificou-se uma variabilidade de cotações entre 4 e 21, sendo que a cotação com uma percentagem maior equivale a 18 com uma percentagem de 18,4%. Comparando com os dados obtidos aquando da validação do QCS, os autores verificaram uma variabilidade de respostas entre 6 e 25 (Pereira et al., 2017). Há no entanto a ressaltar que um dos itens foi excluído, na versão final do QCS, mas foi contabilizado nos resultados obtidos pelos autores.

Sendo o QCS organizado em seis áreas temáticas, foi realizado o somatório de cada item correspondente à respetiva área temática. De forma a analisar as seis variáveis em estudo, sendo que os níveis de resposta são diferentes e não permitem a comparação, foi realizada a standardização dos dados. Esse aspeto permitiu centrar as variáveis, do tipo quantitativo, e reduzi-las de forma a que todas assumissem o mesmo valor médio (0,00) e desvio padrão (igual a 1), tal como descrito por Marôco (2018) – de referir que, por defeito, alguns itens assumem valores negativos.

Comparando assim as medianas dos itens, verifica-se um maior *déficit* de conhecimento, no geral de ambas as turmas, no item a **5) Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA**, com uma mediana assumindo valores negativos (-0.07). Ambas as áreas temáticas **3) Contraceção e práticas sexuais seguras** e **6) Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)**, assumem uma mediana de 0,00 apesar de uma variância nas respostas entre um mínimo de -1,76 e 1,76 e de -1,63 e 1,63 respetivamente, o que demonstra que foram obtidas respostas corretas para ambas as áreas temáticas embora sem significância para o todo da análise. Nos restantes itens, verificou-se um maior nível de conhecimentos. Os dados estão compilados de seguida (Tabela 5) e a análise mais pormenorizada, efetuada com o SPSS, encontra-se em Apêndice (Apêndice III).

**Tabela 5** – Análise dos dados standardizados (Zscore)

Análise dos dados standardizada (Zscore)	Mediana
5) Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	-0,07
3) Contraceção e práticas sexuais seguras	0,00
6) Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	0,00
1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais	0,05
4) Prevenção da Gravidez	0,16
2) Sexualidade e prazer sexual	0,79

Foi realizada uma *scoping review*, que corroborou os resultados obtidos com a aplicação do QCS a esta pequena amostra. As evidências identificaram que as necessidades dos adolescentes em termos de Literacia em Saúde nesta temática, residem sobretudo no conhecimento acerca das IST's, sua transmissão e prevenção, dentro das quais se destacou o VIH. Para além destas, emergiram ainda *déficits* de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, aborto, e questões relacionadas com o conhecimento sobre relacionamentos, bem como relações sexuais impulsivas e cada vez mais precoces (esta revisão encontra-se no prelo para publicação).

Tal como referido por Domingues (2017), o objetivo major, quando se analisam dados, é retirar dos mesmos conclusões válidas. Afirmando ainda que “Em Estatística nada é certo até prova em contrário...” (p. 37), de forma a comparar os dados obtidos em ambos os Sistemas, recorreu-se à Inferência Estatística para a realização de testes de hipóteses. Foi assim verificada a normalidade subjacente aos dados, nomeadamente através do teste de *Shapiro-Wilks*, uma vez que os dados são referentes a menos de 30 amostras (22 no Sistema A e 16 no Sistema B). Assumindo um nível de significância de 0,05, não se verifica a normalidade subjacente aos dados para a totalidade da amostra, uma vez que nem todos os níveis de significância obtidos assumem valores inferiores a 0,05.

Deste modo, não havendo normalidade subjacente aos dados, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o de *Mann-Whitney*, visto que estamos na presença de 2 amostras independentes (Domingues, 2017). Verifica-se assim que, apenas na área temática **1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais**, foi obtido um nível de significância exata inferior a 0,05 (0,29), pelo que se rejeita a hipótese nula (H0) de que a distribuição dos *scores* dessa área temática seja a mesma nos Sistemas A e B, logo existe evidência estatística para afirmar que são diferentes (Tabela 6).

**Tabela 6** – Estatísticas de teste não paramétrico, mediante a variável de agrupamento Sistema

	Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Zscore: Sexualidade e prazer sexual	Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras	Zscore: Prevenção da Gravidez	Zscore: Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)
U de Mann-Whitney	102,500	130,000	169,500	168,000	147,500	114,000
Z	-2,262	-1,495	-,199	-,267	-,881	-2,137
Significância Sig. (bilateral)	,024	,135	,843	,789	,378	,033
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,029 <sup>b</sup>	,181 <sup>b</sup>	,849 <sup>b</sup>	,827 <sup>b</sup>	,404 <sup>b</sup>	,069 <sup>b</sup>

b. Não corrigido para vínculos.

Analisando essa áreas temáticas diferentes nos Sistemas A e B, verifica-se que a mediana da área temática 1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais no Sistema A é inferior à do Sistema B (0,05 e 0,90 respetivamente).

Para a análise das restantes evidências foram utilizados os mesmos moldes, seguindo o padrão de análise da normalidade subjacente aos dados e posterior comparação dos dados. Verificou-se portanto que não existe evidência estatística para afirmar que a soma dos *scores* de pontuação do QCS seja diferente naqueles que se consideram religiosos comparativamente àqueles que não se consideram religiosos, nem entre género. Estes resultados, diferem dos obtidos pelos autores do QCS, que identificaram, com a análise dos dados obtidos, valores de conhecimento inferiores naqueles que se consideravam religiosos, bem como valores de conhecimento mais elevados nos adolescentes do género feminino (Pereira et al., 2017). Os mesmo não têm ainda dados recentes relacionados com a aplicação da versão final do QCS, pelo que não é possível comparar os dados obtidos a nível de cada temática. É de salientar que, tal como referido no pedido de autorização para a aplicação do QCS aos autores, os resultados obtidos foram enviados para os mesmos, de forma a contribuir para a continuidade da validação do QCS (foram tidas em conta as considerações éticas).

Atendendo ao curto tempo de estágio, alguns dos dados colhidos não foram passíveis de serem utilizados. Estando este projeto integrado nas normais funções da enfermeira orientadora, foram-lhe fornecidos e ficam em aberto para ser dada continuidade do seu desenvolvimento pela mesma.

## 2.5 Diagnósticos de Enfermagem

Perante os resultados obtidos, com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), foi possível identificar e sistematizar os problemas no que diz respeito aos conhecimentos sobre “Sexualidade e Afetos” nos adolescentes dos dois Sistemas, enquanto grupo, tendo sido assim identificados os diagnósticos de enfermagem. Concomitantemente, a par com o desenvolvimento científico moderno, e de modo a dar um contributo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados, recorreu-se ainda à terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® – Versão 2015). Esta, surge como um recurso fiável para documentar e evidenciar a prática de cuidados de enfermagem (ICN, 2016).

Os diagnósticos de enfermagem identificados (Quadro 2), encontram-se relacionados com as evidências estatísticas apresentadas no capítulo anterior. Devido à sua complexidade foram identificados como **a**, **b**, e **c**, sendo que **a** se subdivide em 6 alíneas, correspondendo cada uma a um diagnóstico. Na realização deste projeto de intervenção comunitária, foram a pedra basilar para a tomada de decisão acerca das atividades a desenvolver e o percussor das restantes etapas do método do Planeamento em Saúde.

**Quadro 2** – Diagnósticos de enfermagem de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) e a CIPE® (Versão 2015)

	Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011)	CIPE® (Versão 2015)
<b>a</b>	<p>- Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “IST’s e VIH/SIDA” (mediana -0,07);</li> <li>• “Contraceção e práticas sexuais seguras” (mediana 0,00);</li> <li>• “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)” (mediana 0,00);</li> <li>• “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” (mediana 0,05);</li> <li>• “Prevenção da Gravidez” (mediana 0,16);</li> <li>• “Sexualidade e prazer sexual” (mediana 0,79).</li> </ul>	<p>- Défice de conhecimento sobre comportamento sexual na temática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “IST’s e VIH/SIDA” (mediana -0,07);</li> <li>• “Contraceção e práticas sexuais seguras” (mediana 0,00);</li> <li>• “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)” (mediana 0,00);</li> <li>• “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” (mediana 0,05);</li> <li>• “Prevenção da Gravidez” (mediana 0,16);</li> <li>• “Sexualidade e prazer sexual” (mediana 0,79).</li> </ul>
<b>b</b>	<p>- Risco aumentado de comportamento sexual problemático, com o potencial surgimento de <i>stressores</i> intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. desestabilizando o sistema cliente nas variáveis física, sociocultural, de desenvolvimento e psicológica.</p>	<p>- Risco de Comportamento Sexual problemático.</p>
<b>c</b>	<p>- Ambiente criado diminuído, relativo à Sexualidade e Afetos, contributivo para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> nos Sistemas.</p>	<p>- Iliteracia sobre Sexualidade e Afetos.</p>

### **3. ONDE INTERVIR?**

A análise das necessidades e identificação dos problemas de saúde traz consigo a responsabilidade da tomada de ação, de forma a dar-lhes resposta. No entanto, como nem todas podem ser satisfeitas simultaneamente ou ao nível desejado, devido às limitações existentes no sistema de saúde, surge como emergente a priorização das ações a realizar. Esta, será o guia e orientador da tomada de decisão e irá definir o âmbito do projeto a desenvolver, a partir do qual se vão estabelecer os resultados pretendidos para a população alvo e as estratégias para os colmatar (Pineault, 2016; Tavares, 1990).

#### **3.1 Definição de prioridades**

São os critérios e as suas combinações que vão determinar a hierarquização dos problemas prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, foram considerados os conhecidos critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade, tendo-se também recorrido ao Método de Hanlon, dado o contexto em que o projeto de intervenção comunitária foi aplicado, e atendendo aos dados disponíveis.

O Método de Hanlon, estabelece prioridades com base em quatro critérios, nomeadamente: A (Amplitude ou Magnitude do problema); B (Gravidade do Problema); C (Eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema); e D (Exequibilidade do projeto ou da intervenção). O ordenamento dos problemas é obtido de acordo com o cálculo do “valor de prioridade”:  $(A + B) C \times D$ , que deverá ser aplicado a cada problema considerado. Deste modo, a cada um dos critérios deve ser atribuído um peso, a partir de uma escala pré-determinada. O peso atribuído, a escolha e definição dos critérios incluídos na fórmula estão já definidos, mas podem ser baseados num consenso de grupo (Tavares, 1990).

Para a realização deste método, foram definidos o peso de cada critério, em comum acordo entre a mestrande e a enfermeira orientadora. (Apêndice IV) A partir destes, foi possível ordenar os diagnósticos de enfermagem da seguinte forma:

---

**a 1)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática IST's e VIH/SIDA

**c** – Ambiente criado diminuído, relativo à Sexualidade e Afetos, contributivo para o desenvolvimento de estratégias de *coping* nos Sistemas

---

**a 2)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Contraceção e práticas sexuais

**a 3)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)

**a 4)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Primeira relação sexual e preocupações sexuais

**a 5)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Prevenção da Gravidez

---

**a 6)** – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Sexualidade e prazer sexual

---

**b** – Risco aumentado de comportamento sexual problemático, com o potencial surgimento de *stressores* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, desestabilizando o sistema cliente nas variáveis física, sociocultural, de desenvolvimento e psicológica

---

Tendo em atenção a “dimensão tempo”, tal como referido por Nunes (2016), – menos de dois meses remanescentes para a concretização da intervenção – foram admitidos como alvo principal para este projeto, em comum consenso com as orientadoras clínica e científica, os primeiro e segundo diagnósticos: **a1)** e **c**.

No entanto, e porque a sexualidade é um fenómeno humano, fruto da interação de diversos fatores, devendo ser abordada de forma holística (CNECV, 1999; Rocha e Duarte, 2016), todas as questões relacionadas com os restantes diagnósticos se interligam. Não sendo possível dissociar completamente as relativas às IST's e VIH/SIDA, foram abordadas todas as temáticas de forma global, dando ênfase à definida como prioritária. Do mesmo modo, atendendo à evidência estatística que diferenciou o *déficit* de conhecimento no item 1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais do QCS, para o Sistema A, foi dada evidência a esta questão. Como eticamente não deverá ser negado o acesso à informação que irá melhorar o estado de saúde da população no futuro (Zúñiga & Ugalde, 2015), foram abordados os mesmos conteúdos ao Sistema B.

### 3.2 Fixação de objetivos

Face ao Diagnóstico efetuado e com a prioridade de intervenção definida, determinou-se como objetivo geral com a realização deste projeto de intervenção comunitária “Contribuir para o aumento da Literacia em Saúde dos adolescentes de duas turmas do 9º ano, através de um projeto de intervenção comunitária sobre sexualidade e afetos, entre Novembro e Dezembro de 2018”. O objetivo geral proposto foi alcançado através do desenvolvimento de atividades de forma a atingir os objetivos propostos e as metas estabelecidas (Apêndice V). Os mesmos, foram delineados não só de acordo com a sua exequibilidade, face ao tempo de estágio, mas também com o consenso de peritos, nomeadamente de ambas as orientadoras, clínica e científica.

A definição dos objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados como prioritários, é uma etapa fundamental no processo de Planeamento. Tal, vai permitir a avaliação dos resultados obtidos com a execução, neste caso, do projeto de intervenção comunitária, o que só será possível se estes estiverem fixados de forma correta e quantificada. Um primeiro passo é a seleção dos indicadores que melhor traduzam a dimensão atual desses problemas, nomeadamente indicadores de atividade ou de execução e indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deste modo, foi definido como **indicador de atividade/execução**, o número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas. Como **indicadores de resultado/impacto**, foram definidos: “a importância dada ao tema”; “aprendizagem de novos conteúdos”; e “satisfação dos participantes”, em cada intervenção. Para tal, recorreu-se a uma Escala tipo Lickert. Esta, é a escala mais utilizada na avaliação de atitudes, consistindo em afirmações nas quais é indicada a concordância ou discordância numa escala de intensidade face às questões colocadas, resultando numa escala ordinal (Ribeiro, 2007). Este tipo de questionário, de perguntas fechadas, tem vantagem na facilidade de análise das respostas, embora por vezes a informação seja limitativa (Gerrish & Lathlean, 2015; Hill & Hill, 2005). Por essa razão, optou-se por incluir no questionário uma questão de resposta aberta: “Sugestões” (Apêndice VI). Em comum consenso com ambas as orientadoras, ficou definido ainda que seria avaliado o nível de Literacia em Saúde novamente, embora relativo apenas à temática definida como prioritária e à qual foi dado ênfase (IST’s e VIH/SIDA) (Anexo II).

Foram ainda avaliados o índice de atenção e o índice de participação percebidos, mediante a observação, não estruturada, em cada intervenção. Esta surge em enfermagem, com o objetivo de obter informações detalhadas que contribuam para a compreensão de um fenómeno, sendo um processo ativo de colheita de dados sobre as pessoas, comportamentos, interações ou eventos. Estes dados fornecem um relato na primeira pessoa do que foi testemunhado pelo observador, pelo que é a técnica ideal para estudar fenómenos através das manifestações comportamentais (Azevedo & Azevedo, 2008; Gerrish & Lathlean, 2015; Parahoo, 2014).

### **3.3 Seleção de estratégias**

Para alcançar o objetivo geral proposto e dar resposta aos objetivos e metas estabelecidos, foram selecionadas estratégias, adequadas e operacionalizáveis. Esta, é uma das etapas essenciais no método de Planeamento, sendo aquela onde se define o processo mais adequado, de forma a reduzir os problemas de saúde prioritários através da conceção de formas de atuação. É uma fase que requer criatividade, mas também um conjunto de passos para a definição da estratégia a adotar, que derivam diretamente dos objetivos fixados na etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

De forma a identificar as estratégias operacionais potenciais foi realizada uma revisão da literatura relativa à sexualidade na adolescência e metodologia mais indicada. Foram ainda consultados documentos de referência, quer nacionais – tais como o PNS (2015), PNSE (2015) e o PRESSE 3º ciclo – quer internacionais – como o *Health 2020* e o *Global Standards for Health Promoting Schools* (OMS s.d.; 2013), entre outros. Foi procurada informação nos recursos disponíveis na comunidade, tais como a Associação para o Planeamento da Família e documentos direcionados para os adolescentes, nomeadamente os disponibilizados pela Direção Geral de Saúde. Este aspeto permitiu não só enquadrar a revisão efetuada num sentido mais prático e direcionado para o foco, mas também identificar e mobilizar os recursos existentes.

Foram ainda realizadas diversas reuniões com a coordenadora do PES do AE e respetivas DT's de cada Sistema, de modo a saber qual a melhor forma de promover a saúde junto dos mesmos. Para tal, foram tidas em consideração as linhas orientadoras do PNSE

(2015), que salienta que, em saúde escolar, o principal parceiro para a promoção da saúde é o setor da educação.

À luz do Modelo de Sistemas de Neuman (2011), para a consecução deste projeto de intervenção comunitária, recorreu-se à prevenção primária como intervenção, através da promoção da saúde. Com vista ao fortalecimento da linha flexível de defesa, de modo a que a linha normal de defesa de cada Sistema seja protegida, bem como promoção de um ambiente criado contributivo para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, procurou intervir-se na redução dos fatores de risco, através da educação dos Sistemas e fortalecimento dos fatores de resistência individuais.

Para tal, recorreu-se ao processo de educação para a saúde, com a realização de sessões de educação para a saúde (SES) como estratégia de intervenção. Como descrito na literatura, a informação relativa à promoção da saúde deve ser apropriada à idade, culturalmente sensível e abrangente (Khalajabadi-Farahani, 2015; Price & McAlinden, 2018). No entanto, antes de se iniciar um processo de capacitação, deverá ser realizada uma avaliação, de modo a conhecer as principais dificuldades dos jovens, de forma a adequar as metodologias mais adequadas àqueles a quem a intervenção é dirigida (Costa e Silva, et al., 2016).

Deste modo, no sentido de conhecer cada Sistema turma, adaptando as SES a cada um, foi realizada uma sessão introdutória como “quebra-gelo”. Esta é uma técnica de ensino e aprendizagem, universal, que tem como objetivo estabelecer uma interação social e iniciar o processo de comunicação para promover a participação dos estudantes e facilitar a aderência à aprendizagem, ganhando personalidade dinâmica (Farra, et al., 2018; Nandedkar & Anand, 2017).

Esta dinâmica de grupo foi essencial, na medida em que o primeiro contacto é um momento importante para o futuro desenvolvimento do trabalho, suscitando confiança. Esse fato permitiu ainda conhecer o Ambiente, em todas as suas vertentes, interno, externo e, particularmente, o criado, pois a condição de grupo dá segurança para os participantes não se exporem demasiado ou manterem-se mais à parte, de observarem e avaliarem o educador no desempenho do seu papel (Manes, 2014).

Foi assim preparada uma apresentação igual para cada Sistema (Apêndice VII). Ambas as SES começaram com uma pergunta aberta: “O que é para vocês sexualidade?”, recorrendo ao *brainstorming* (uma técnica de discussão de grupo utilizada para explorar as

ideias dos participantes, relacionadas com um objetivo ou problema [Dalton, 2019; Mauluddiyah, Annisa, Sari, Ratmaningsih & Nugraha, 2018]), tendo decorrido conforme o planeado. Muitos dos conteúdos foram falados oralmente, tendo servido a apresentação *power point* como orientador dos conteúdos a transmitir.

Destas SES, salienta-se a maior facilidade de aprendizagem e apreensão do Sistema A, bem como o melhor comportamento, face ao Sistema B, que demonstrou maior dificuldade na aquisição dos conhecimentos, tendo havido necessidade de recorrer a uma linguagem mais simples e explicação mais detalhada dos diferentes assuntos. Este último foi, no entanto, mais participativo, colocando múltiplas questões, quer em turma quer individualmente, tendo sido necessário estimular mais o Sistema A para uma participação ativa.

Foi identificado que, na realização das SES do projeto, os conteúdos teriam de ser abordados de maneira diferente para cada Sistema, recorrendo a uma linguagem mais clara e clarificação dos conceitos mais detalhada no Sistema B, onde também teria de ser necessário criar um ambiente mais propício à troca de informação e transmissão de conhecimentos, recorrendo a técnicas pedagógicas e de comunicação.

Em comum consenso com as orientadoras clínica e científica, foram planeadas 3 SES, para cada sistema, essencial do ponto de vista participativo (Imperatori & Giraldes, 1993). Utilizaram-se como recurso técnicas de comunicação clínica, que, de acordo com Sequeira (2016) acentam na informação; questionamento; orientação; interpretação; sumarização/síntese; feedback; explicitação/clarificação.

#### **4. PROJETO “ADOLESCER COM SABER – VIVER UMA SEXUALIDADE SAUDÁVEL”**

Definidas as linhas de intervenção gerais, foi criado o projeto de intervenção, com vista à sua execução, o qual foi designado de **“Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável”**.

Procedeu-se assim à elaboração de um plano por cada SES, prevendo-se a realização de atividades práticas em cada uma, recorrendo a jogos, na medida em que estas atividades fornecem um nível de estimulação que possibilita a ativação de processos que vão permitir a tomada de consciência das dimensões intra-psíquicas e relacionais do funcionamento humano e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2014). Os mesmos foram elaborados tendo em conta as características de cada Sistema, para o qual a sessão introdutória foi essencial. Deste modo, optou-se por elaborar um plano igual, para cada SES, sendo o mesmo adaptável às características identificadas, nomeadamente com aumento do tempo de realização das atividades práticas no Sistema A e diferenciação na linguagem e comunicação não-verbal entre cada um deles.

Esta etapa de preparação da execução é essencial, pois é nela que são definidos, mais especificamente, os resultados a obter com o projeto. Como linha orientadora para a preparação da execução, foi elaborado um Cronograma de GANTT (Imperatori & Giraldes, 1993), referente ao estágio na sua totalidade (Apêndice VIII). Foram ainda tidas em consideração as questões éticas relacionadas com os procedimentos desenvolvidos. É de salientar que, como o Planeamento é um processo dinâmico, durante a execução da intervenção surgiu a necessidade de adaptar as atividades programadas inicialmente às circunstâncias.

O método do Planeamento em Saúde não estaria completo se não fosse realizada uma quantificação do trabalho executado e medidas as transformações que este produziu (Nunes, 2016). Deste modo, procedeu-se à avaliação do projeto executado, segundo os indicadores pré-determinados.

## 4.1 Execução da ação

Tal como referido, o planeamento inicial envolvia a realização de 3 SES, tendo-se planeado subdivir as temáticas por: IST's (SES 1), VIH/SIDA (SES 2) e aula aberta para questões e avaliação com novo preenchimento do QCS (SES 3). No entanto, aquando da realização da SES 1 no Sistema A, atendendo à demora no iniciar da mesma por motivos alheios à mestranda, optou-se por terminar a SES 1 com a realização da atividade prática e reprogramar as restantes sessões, de modo a seguir um encadeamento dos conteúdos e permitir tempo para o esclarecimento de dúvidas. Seguiu-se o mesmo molde para o Sistema B. Tal coaduna-se com o referido por Imperatori & Giraldes (1993), que salientam a necessidade de reprogramação das atividades sempre que surjam, nomeadamente, atrasos.

No que diz respeito à **SES 1** (Apêndice IX), após uma nova breve apresentação pessoal e do âmbito do projeto, bem como necessidades identificadas com o preenchimento do QCS, foi dado início à sessão. Em ambos os Sistemas, quando indagados, os adolescentes não souberam definir IST's. No entanto, no Sistema A identificaram algumas das mais frequentes. No Sistema B apenas identificaram o VIH, referindo nunca ter ouvido falar sobre as outras. Também a etiologia foi geradora de maior número de questões, em ambos os Sistemas, nomeadamente no que se refere à apresentação e identificação das IST's. Durante o “Jogo do Contágio” (Gonzaga, Sousa, Guimarães & Luís, 2011), foi necessário intervir no ambiente criado pelo Sistema B, mas, em ambas as SES, os adolescentes referiram ter compreendido o propósito do jogo e como se estabelece o contágio, tendo sido realizada uma síntese explicativa no final do mesmo.

Na **SES 2** (Apêndice X) foi abordada a temática do VIH/SIDA. Como quebra-gelo e introdução à temática, após explicitação dos objetivos da sessão e revisão breve dos conteúdos falados na sessão anterior, esta foi iniciada com a leitura da “Carta de um (ini)migo”, elaborada pela mestranda. Para tal, foi pedido um voluntário – aceitaram o desafio em ambos os Sistemas). Seguiu-se uma reflexão sobre o que foi lido, após o que se deu continuidade à SES. De forma a melhorar a interiorização dos conhecimentos, foi realizada uma atividade, idealizada pela mestranda, que consistiu em vários papéis com frases escritas, retiradas aleatoriamente pelos adolescentes, e às quais os alunos deveriam

responder se essa atividade transmitia ou não o VIH. Com a realização da mesma, foram introduzidos aspetos como as portas de entrada e fatores/comportamentos de risco.

Ambos os sistemas demonstraram muitas questões no que toca aos conceitos de VIH e SIDA, bem como a virulência e tratamento. Também as formas de transmissão suscitaram algumas questões. Foi dada abertura para que fossem colocadas algumas durante a realização da SES, embora a maioria tenham sido colocadas no final. Pelas perguntas colocadas, compreendeu-se que os adolescentes, no Sistema A, tinham poucos conhecimentos relativamente ao preservativo. Por essa razão, foi abordado esse assunto na SES com o Sistema B, tendo sido percebidas as mesmas dificuldades, embora em menor escala. No final da SES foram colocadas questões, de forma individualizada por 2 adolescentes do Sistema A e 2 do Sistema B. De salientar a ausência de um dos adolescentes na sessão realizada ao Sistema B.

Com a **SES 3** (Apêndice XI), procurou-se sintetizar os conteúdos abordados nas sessões anteriores, após o que foi continuada a sessão de acordo com o planeado. Devido ao percebido na sessão anterior, em ambos os Sistemas, foi trazido material para demonstração da colocação do preservativo, para a qual foi pedido um voluntário: nesta sessão responderam favoravelmente mais prontamente. Foram percebidas muitas dúvidas e falta de conhecimento sobre esta matéria, essencialmente no Sistema A. Verificou-se ainda que o preservativo feminino era desconhecido, por ambos os Sistemas, (inclusive dos professores), pelo que foi imprescindível a demonstração da sua colocação. Para tal, recorreu-se à internet, como forma de promover a procura da informação adequada e fidedigna. Em ambos os Sistemas, as questões prenderam-se com os métodos contraceptivos, tendo sido colocadas algumas individualmente (2 adolescentes do Sistema A e 1 do Sistema B).

No Sistema B, foi cumprido o tempo previsto para a realização da SES, pelo que no final da mesma foi realizada a avaliação. No Sistema A, devido às perguntas colocadas e sua pertinência optou-se por prolongar o tempo da SES de forma a esclarecer as mesmas. Neste sentido, ficou acordado com a DT que o novo preenchimento do QCS seria efetuado na sua aula, no período da tarde, uma vez que não iria ser lecionada matéria: foi concretizado conforme previsto.

Após o término da SES no Sistema A, alguns adolescentes requeriram a possibilidade da realização de outra sessão, direcionada para a temática dos “Métodos Contraceptivos” no

geral. Face a este pedido, foi inquirido o DT, bem como a coordenadora do PES dessa possibilidade, visto que não estava programada, tendo sido dado aval positivo. Deste modo, foi planeada mais uma SES para o Sistema A.

A **SES 4** (Apêndice XII), direcionada apenas para os adolescentes do Sistema A, contou com a visualização de um pequeno filme que abordava de forma geral os conceitos mais relevantes relativos ao tema. Após uma reflexão conjunta sobre os conteúdos abordados no filme, tendo sido referidos os outros métodos que podem ser utilizados para prevenir a gravidez, não abordados pelo filme, procedeu-se à demonstração dos métodos contraceptivos existentes, que após a identificação e uma breve explicação puderam ser manuseados pelos adolescentes. As questões colocadas foram relativas à colocação de contraceptivos como o DIU/SIU, acerca do implante e, em particular, da pílula e suas funções. No final foram colocadas questões individuais por 2 adolescentes.

## **4.2 Avaliação da intervenção**

A avaliação, enquanto parte integrante e essencial do Planeamento, implica a finalidade operativa de corrigir ou melhorar, reformulando os conteúdos incertos no mesmo. Estes, correspondem àqueles que tiverem uma expressão negativa da avaliação que foi realizada, quer ao todo quer a alguma das partes do processo. A sua função primordial é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo (Imperatori & Giraldes, 1993; Nunes, 2016; Tavares, 1990).

Para a avaliação deste projeto, recorreu-se a diferentes elementos: indicadores (de atividade/execução e resultado/ímpato), incluindo o novo preenchimento do QCS, nomeadamente as perguntas referentes à área temática identificada como prioritária e alvo principal de intervenção; e observação (através do índice de atenção e participação percebidos).

No que concerne ao indicador de atividade/execução, (o número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas), este foi atingido a 100%, tendo sido inclusive ultrapassado no Sistema A, com a realização de uma quarta SES a pedido dos adolescentes.

Para proceder à avaliação dos indicadores de resultado/impacto definidos, nomeadamente no referente à eficácia e satisfação (Imperatori e Giraldes, 1993), foi analisada a Escala tipo Likert elaborada. Os dados obtidos às questões relativas à “importância dada ao tema” (Q1); “aprendizagem de novos conteúdos” (Q2); e “satisfação dos participantes nas SES’s” (Q3), foram tratados recorrendo à estatística não-paramétrica (Ribeiro, 2007), tendo sido atribuído um valor de 1 a 5 a cada possibilidade de resposta (1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 corresponde a “concordo totalmente”). As médias de resposta a cada questão encontram-se esquematizadas abaixo (Quadro 3). Não foram identificados itens não respondidos ou rasurados, que seriam considerados nulos e classificados com 0. Verifica-se assim uma avaliação bastante satisfatória na sua globalidade, com todos os itens avaliados com classificação média acima dos 4 (em que 4 corresponde a “Concordo” e a avaliação máxima é 5).

**Tabela 7 - Médias das avaliações efetuadas em cada SES pelos Sistemas A e B.**

	SES 1			SES 2			SES 3			SES 4		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
<b>Sistema A</b>	4.32	4.05	4.14	4.82	4.36	4.27	4.73	4.45	4.5	4.82	4.91	5
<b>Sistema B</b>	4.87	4.93	4.8	5	4.81	4.69	5	4.94	5			

Analisando o conteúdo da pergunta de resposta aberta, verificou-se que as sugestões foram, em ambos os Sistemas, “manter a dinâmica das SES” e “incluir atividades”. Vários alunos escreveram que as sessões deveriam “manter-se simples e eficazes” (sic). Este método permitiu a realização de uma avaliação contínua da intervenção, sessão a sessão, tendo sido respeitadas as sugestões, nomeadamente no que tocou à integração de uma componente prática em cada uma.

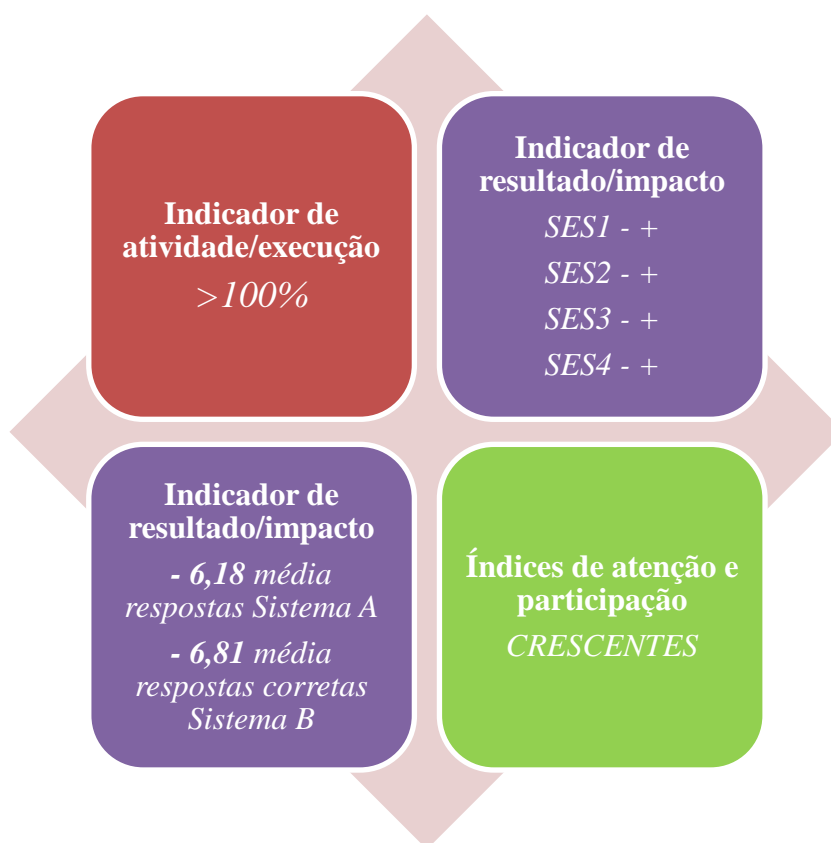
Com o novo preenchimento do QCS, verificou-se um aumento significativo de respostas corretas relativamente ao item das “IST’s e VIH/SIDA”. Com médias de resposta correta superiores a 6 em ambos os Sistemas, foram atingidas as metas propostas (Apêndice XIII).

Relativamente aos índices de atenção e participação percebidos, mediante a observação, no decorrer das SES ambos os Sistemas demonstraram índices crescentes, quer ao longo da mesma quer comparando a primeira com a última SES. Em todas elas foram

participativos e todos os adolescentes realizaram as atividades propostas, com agrado. Com a continuidade das SES foi ainda perceptível a criação de uma relação empática e terapêutica entre a mestrande e os adolescentes de cada Sistema.

De todas as Sessões apenas 1 aluno faltou à SES 2, pertencente ao Sistema B. Voluntariaram-se quando requerido e mostraram estar atentos aos conteúdos abordados, colocando questões pertinentes, quer em voz alta quer individualmente, tendo sido abordada individualmente por um total de 6 adolescentes, superior ao estabelecido como meta (três). A figura seguinte pretende esquematizar a avaliação efetuada (Figura 3).

**Figura 3 – Avaliação**



### 4.3 Considerações éticas

Atendendo aos deveres deontológicos da enfermagem, enquanto mestranda numa organização de saúde, sujeita às regras do seu funcionamento, e aos inscritos no Código Deontológico (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), foram requeridas as devidas autorizações para a realização do projeto de intervenção comunitária. Do mesmo modo, procurou-se assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados de todos os intervenientes, de acordo com a nova lei de proteção de dados (regulamento nº 798/2018 de 30 de novembro).

Foram assim realizados pedidos de autorização ao ACES (Apêndice XIV), à Direção do AE (Apêndice XV), bem como enviada uma síntese do projeto de intervenção a efetuar para o Conselho Pedagógico do AE (Apêndice XVI), que foi aprovado e integrado no Plano Anual de Atividades. Esta base ética surgiu assim como um fundamento para a decisão ética de enfermagem, permitindo agir com a garantia do respeito pela Pessoa, suas necessidades e dignidade (Deodato, 2014). Do mesmo modo, salienta-se também o pedido realizado aos autores do instrumento de colheita de dados para a sua cedência (Apêndice XVII).

Na construção da decisão ética, o sistema cliente é envolvido como parte ativa pelo enfermeiro, com base no respeito pela Pessoa. No entanto, há que ter em conta que a capacidade jurídica para consentir em saúde, e em enfermagem, deve ser considerada como adquirida plenamente apenas aos 16 anos (Deodato, 2014). Deste modo, de acordo com o disposto no nº 2 do artigo 6º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro, e o Código Penal, nos seus artigos 150º, 156º e 157º, foram tomadas as mesmas diligências para com os participantes, através de um pedido de autorização aos Encarregados de Educação. O mesmo informava acerca do âmbito do projeto e seu objetivo, sendo disponibilizado contato para esclarecimento de eventuais questões (Apêndice XVIII) – de referir que não foi solicitado nenhum pedido de esclarecimento.

No entanto, e também conforme o nº 2 do artigo 6º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, “... a opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.”

Deste modo, foi perguntado em cada intervenção, se os adolescentes queriam participar, incluindo os que, pertencendo ao Sistema, não integraram a amostra.

Considerando os fundamentos sócio-culturais na tomada de decisão ética de enfermagem, foram incluídos, na caracterização do questionário aplicado, as questões relativas à religião. O objetivo foi identificar esta dimensão da estrutura básica do Sistema individual, de forma a poder agir em conformidade com a mesma aquando da abordagem ao Sistema enquanto grupo. O mesmo é salientado por Deodato (2014), que afirma que o respeito pelas crenças culturais e a compreensão dessa especificidade do Outro constitui uma atitude de cuidado que considera a Pessoa na sua totalidade, permitindo ter em conta as suas diferentes dimensões na decisão de cuidados. A literatura salienta ainda que a intervenção do enfermeiro é influenciada pela dimensão social, cultural, espiritual e económica, sendo o conhecimento do contexto onde se insere essa população assim como as suas crenças, costumes e hábitos e vida de primordial importância (Betz et al., 2018). Atendendo à multiculturalidade que caracteriza a escola, optou-se assim por manter também as questões relacionadas com a caracterização do contexto sócio-económico familiar.

## **5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

A par com o crescimento que se tem vindo a verificar nas diferentes áreas que fazem parte da disciplina de enfermagem, também os cuidados de saúde primários têm vindo a acompanhar esse desenvolvimento. Para tal, muito tem contribuído o trabalho realizado pelo EEEEC, que com as suas competências tem alterado o paradigma de atuação, centrando-se na obtenção de ganhos efetivos em saúde, principalmente ao nível da prevenção primária.

Com a realização deste estágio final, tive a oportunidade de desenvolver e adquirir um vasto leque de competências, que se coadunam com as descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (regulamento nº 428/2018 de 16 de julho).

O trabalho desenvolvido no decorrer do mesmo, em contextos, ambientes e práticas diferentes, permitiu alargar as competências base, desenvolvendo-as e aprofundando-as. Tal sucedeu de forma generalizada e não apenas nas questões relacionadas com o projeto de intervenção. Foi realizada uma ação ao nível multidisciplinar, tendo, ao longo do processo, surgido a necessidade de lidar com questões complexas, de entre as quais as referentes ao domínio da ética. No decorrer das atividades foram solucionados problemas, os quais também contribuíram, tal como todo o percurso desenvolvido, para a promoção da reflexão sobre a prática, de forma crítica e responsável, surgindo este processo como facilitador da aprendizagem independente e autónoma. Com a descrição das competências adquiridas pretende-se fundamentar estas inferências, relativas à aquisição de competências ao grau académico de mestre, conferido na especialidade de Enfermagem Comunitária, de acordo com o descrito no decreto-lei n.º 107/2008 de 25 de junho e no Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações (DGS, 2013).

## 5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

### ➤ Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A concretização de um projeto de intervenção comunitária, enquanto ação de enfermagem, implica a construção de uma decisão ética, que, por sua vez, implica a ponderação, por parte do enfermeiro, dos fundamentos que a suportam. Dado que o projeto de intervenção foi realizado em contexto escolar, foi imperativo a análise, não apenas dos fundamentos éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, mas também jurídicos, profissionais, científicos e sócio-culturais, que a suportam. Destes decorreram os pedidos de consentimento às diferentes entidades intervenientes, incluindo os Encarregados de Educação dos menores, conforme descrito por lei. Procurou, no entanto não se esquecer o respeito pelo adolescente, envolvendo-o como parte ativa dessa tomada de decisão, e tendo em consideração o respeito pela escolha e autodeterminação de cada um na participação livre nas SES.

Atendendo à multiculturalidade que caracteriza a EPA, foram ainda considerados os componentes que poderiam ser potenciais *stressores*, aquando da intervenção, tais como a religião e a cultura, optando-se pela sua integração no processo de recolha de dados. Procurou-se ainda manter, em todos os momentos, o anonimato e confidencialidade dos dados, em respeito à sua dignidade, privacidade e segurança, promovendo os direitos de cada um enquanto Pessoa ou entidade.

### ➤ Domínio da Melhoria da Qualidade

Sendo a enfermeira orientadora também coordenadora da UCC, tive oportunidade de a acompanhar e participar no desempenho das suas funções, incluindo as do âmbito da gestão. Dei ainda continuidade ao trabalho desenvolvido no estágio anterior, no mesmo local, onde, recorrendo ao método do Planeamento em Saúde, foi identificada uma necessidade normativa ao nível da “Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais”, não apenas na UCC mas a nível de todo o ACES, para a qual foi elaborada uma Norma de Procedimentos. Neste estágio foi reformulada, à luz das novas alterações à lei, e foi ainda realizado o contato com peritos para a sua validação (Apêndice XIX). Foi apresentada em reunião da USP às equipas de enfermagem de saúde escolar do ACES,

aguardando à data a sua aprovação pela Direção, de forma a extendê-la à equipa multidisciplinar, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade.

➤ Domínio da gestão dos cuidados

No decorrer das atividades referentes ao projeto, foram realizadas diversas reuniões com a coordenadora do PES e os DT's de cada Sistema. Estas, permitiram não só a avaliação contínua da qualidade do trabalho desenvolvido, mas também tiveram como objetivo sensibilizar e promover na comunidade educativa, mais especificamente nos docentes, a aposta nas intervenções de promoção para a saúde dirigidas às necessidades sentidas pelos adolescentes, “ouvindo” aquilo que eles querem aprender ou compreender.

Não apenas por conveniência mas para dar a conhecer aos professores os materiais de que a própria escola dispõe, até então desconhecidos, procurou-se realizar também um processo de mudança nesta matéria. Assumindo-os como parceiros e atores na continuação do processo de capacitação iniciado, foram mostrados recursos fáceis, adequados e adaptáveis, motivando para a sua mobilização e divulgação, reforçando as linhas de defesa no que concerne à aquisição de conhecimento, de forma dinâmica e contínua.

➤ Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com o decorrer deste estágio, adquiri competências não apenas a nível académico, mas também a nível pessoal e profissional. Com as atividades desenvolvidas, aprofundei o conhecimento de mim mesma enquanto Pessoa e enquanto Enfermeira, fruto dos diferentes contextos por que tive oportunidade de passar. Ultrapassei receios e preocupações, tendo superado as próprias expectativas. Desenvolvi habilidades, essencialmente ao nível da comunicação e relacionamento com o Outro. Envolvi-me com a equipa multidisciplinar que compõe a UCC, tendo ficado integrada na mesma. Superei os meus próprios limites, adquirindo um novo conhecimento do conceito “eu” e a influência que este novo conceito faz na minha prática.

Durante este período tive a oportunidade de participar em diversas ações de formação, promovendo a formação e aquisição contínua de competências, em diferentes áreas do saber da disciplina de enfermagem. Partilhei o conhecimento adquirido e produzido com todo este processo de aprendizagem, através da publicação de dois pósteres, tendo sido atribuído a um deles o 1º prémio, e realizei uma comunicação oral no 1º Seminário

Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, fazendo parte da mesa da enfermagem comunitária (Apêndice XX). Ainda referente a este último, fiz parte da Comissão Organizadora, o que implicou a realização de diversas reuniões, contatos e estabelecimento de parcerias, com vista à concretização do evento programado, que decorreu com grande sucesso.

A realização deste relatório, implicou a mobilização de diferentes áreas do conhecimento, tais como a psicologia e a matemática, com o recurso à análise estatística descritiva que não é de todo simples. Procurei recorrer à evidência científica mais atualizada e pertinente, de forma a fundamentar a prática, e aos métodos de investigação mais adequados que permitissem a análise dos dados, nomeadamente o método quantitativo. Fundamentei a minha prática e as intervenções desenvolvidas, tendo como base o complexo Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), o que ajudou ao desenvolvimento de competências nesta área de especialização, facilitando uma reflexão sobre os diferentes fenómenos e conceitos metaparadigmáticos de enfermagem.

## **5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Com a realização deste estágio final, tive a oportunidade de adquirir um rol de competências específicas da minha área de especialidade. Integrando-me numa UCC, pude conhecer a dinâmica e participar nas intervenções que fazem parte da sua carteira de atividades, desde o trabalho que é desenvolvido na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (incluindo a vertente de cuidados paliativos ao domicílio), à saúde escolar e Intervenção Precoce, bem como articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

Centrando-me na saúde escolar, onde incidiu o projeto de intervenção, recorri à metodologia do Planeamento em Saúde. Esta referência encontra-se espelhada no presente relatório, desde a sua fase inicial, culminando na avaliação apresentada. Tendo sido já

mobilizada esta metodologia no estágio anterior, foi facilitada a aquisição desta competência específica, incluindo as unidades que a caracterizam.

Procurei ainda, nas atividades que desenvolvi, “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, outra das competências da área de especialização. Neste sentido, colaborei com a enfermeira orientadora, nas SES, realizadas pela mesma, nas quais foram desenvolvidos temas como a higiene, alimentação saudável, e sexualidade e afetos, a alunos de diferentes faixas etárias, inclusive aos alunos com Necessidades de Saúde Especiais. Tive ainda a oportunidade de acompanhar sessões dirigidas por profissionais doutras áreas do conhecimento. Por meio da observação, adquiri habilidades, nomeadamente no que concerne às dinâmicas de grupo e ao nível comunicacional, que integrei na minha prática, tendo-me permitido maior flexibilidade e proporcionando-me ferramentas para mobilizar na programação das mesmas.

De forma a contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis na comunidade escolar através do marketing para a saúde, tendo-se identificado essa necessidade, foi elaborado um cartaz alusivo aos malefícios do tabaco que foi afixado na EPA. Para além das SES no âmbito do projeto de intervenção efetuado, que o relatório evidencia, realizei algumas atividades de forma autónoma, de que são exemplo uma SES sobre contraceção a uma turma do 8º ano, e a organização da sessão de esclarecimento sobre os “Mitos e Verdades sobre o VIH/SIDA” (Anexo XX) dirigida aos alunos do 12º ano do ensino técnico-profissional, o que implicou a organização de todo o evento com a realização de reuniões e estabelecimento de parcerias, bem como divulgação do mesmo. Adquiri, com as atividades realizadas, técnicas e habilidades que me permitiram adequar a minha prática, a cada ambiente, tendo criado instrumentos para facilitar a aquisição de conhecimentos, tais como as dinâmicas idealizadas e desenvolvidas nas SES. Tal como evidenciado ao longo deste relatório, foram integradas na prática orientações técnico-normativas, mobilizando programas como o PNSE (2015), com vista à consecução dos objetivos previstos no PNS.

Tendo tido a oportunidade de acompanhar de perto aspetos que envolvem a gestão e coordenação da UCC, pude compreender melhor a influência das mesmas, não apenas na comunidade mas nas interações entre os pares, nomeadamente a articulação que é efetuada entre a UCC e a USP. Com a realização do projeto de intervenção comunitária, apesar de a um nível *micro*, adquiri competências relativas à vigilância epidemiológica, essenciais para o desenvolvimento de projetos a nível *macro*.



## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Este relatório descreveu o trabalho realizado no decorrer do estágio final, dando visibilidade ao projeto de intervenção comunitária “Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável”, que foi desenvolvido durante o mesmo. Evidenciou a metodologia utilizada – o Planejamento em Saúde – bem como o suporte teórico que o sustentou, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011).

O foco de intervenção foram os adolescentes, enquanto Sistema aberto, e a área de intervenção a Literacia em Saúde sobre sexualidade. Esta foi a evidência que resultou do diagnóstico de situação, que englobou um imprescindível conhecimento sobre o contexto de estágio e necessidades de saúde. Foram reconhecidos 2 Sistemas alvo de intervenção, enquanto grupo, nos quais foi identificada a área temática onde havia maior *déficit* de conhecimento, recorrendo à metodologia quantitativa. Foi aplicado um questionário, cujas respostas foram analisadas recorrendo à análise estatística descritiva com o programa *IBM SPSS Statistics 25*, cuja análise possibilitou a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, não apenas à luz do modelo teórico que sustentou este trabalho, mas também com a terminologia padronizada CIPE® (Versão 2015).

A partir deste diagnóstico, foram definidas as prioridades de intervenção, que assentaram na temática das IST's e VIH/SIDA e no Ambiente criado relativamente à sexualidade e afetos, diretamente relacionado com a Literacia em Saúde. Foram fixados os objetivos e selecionadas as estratégias a realizar. Esta seleção surgiu da revisão da literatura efetuada, articulação com os parceiros e realização de uma SES com o objetivo de “quebrar-gelo”.

Para a concretização do projeto de intervenção foram programadas e efetuadas SES, enquanto parte do processo de promoção da saúde que integra a prevenção primária. Foi ainda realizada uma avaliação dos resultados, tendo-se traduzido a intervenção como bastante eficaz, face aos objetivos propostos. Com a nova aplicação do QCS, foi evidenciado um aumento efetivo da Literacia sobre sexualidade na temática das “IST's e VIH/SIDA” em

ambos os Sistemas, tendo sido realizado um contributo importante para o reforço da linha de defesa flexível em ambos, contribuindo ainda para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, através do ambiente criado.

O presente documento foi finalizado com uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas, e todos os contributos para a aquisição de competências adquiridas, conferentes do grau académico de mestre, bem como de EEEC.

Dado ao fator tempo não foi possível abordar de forma mais elaborada as restantes temáticas avaliadas com a aplicação do QCS, embora tenham sido integradas nas SES. Também não foi possível integrar todos os dados colhidos com a caracterização da amostra. Sendo este estágio integrado nas regulares funções da enfermeira orientadora, estes ficam como sugestão de intervenção por parte da mesma, dando a equipa de saúde escolar continuidade ao projeto desenvolvido.

As atividades e o trabalho desenvolvidos neste estágio deixaram um contributo para a prática clínica, nomeadamente no que se refere à finalização e apresentação de uma Norma de Procedimentos no âmbito da saúde escolar, dando continuidade ao trabalho já iniciado no estágio anterior, a par com a realização do projeto de intervenção. Com a sua iminente aprovação pela Direção e extensão a todo o ACES, fica salientada a sua pertinência e efetividade.

A realização deste estágio revelou-se extremamente construtiva, quer a nível académico, profissional e pessoal. Tive a oportunidade de intervir numa área em tudo diferente daquela com que tenho lidado no decorrer do meu percurso profissional, que coincidentemente, era também uma área de interesse pessoal. Aliando a prática à afeição que já existia pela área da saúde escolar, a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências, especialmente ao nível da área de especialidade, fluiu sem a influência de *stressores*. As diferentes atividades realizadas, com tudo o que as envolveu, o contato com diferentes profissionais e realidades, a mobilização de recursos e estabelecimento de parcerias que se impuseram, fez-me obter uma nova perspetiva sobre a prática. Apesar de a nível *micro*, senti que fiz a diferença, mediante os resultados alcançados, e que contribuí para a aquisição de ganhos efetivos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albayrak, S., Yildiz, A., Erol, S. (2016). Assessing the effect of school bullying prevention programs on reducing bullying. *Children and Youth Services Review*. 63: 1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.02.005>
- Allgood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and their work*, 9ª edição. St. Louis, Missouri: ELSEVIER.
- Allmark, P. (2015). Health Promotion in Public Health: Philosophical Analysis. De: Schramme T., Edwards S. (2015). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2\\_53-1](https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_53-1)
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: Um guia com o SPSS*. 1ª edição. Loures: LUSODIDACTA.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*, 6ª edição. Washington: American Psychological Association.
- Anasi (2015). Towards Breaking the Conspiracy of Silence in Reproductive Health Information Access Among In-School Adolescent Girls: Impact on Policy and Practice. *Journal of Hospital Librarianship*. 15(4) 393-409. Disponível em: [10.1080/15323269.2015.1079691](https://doi.org/10.1080/15323269.2015.1079691)
- Arafat, M. Y., Majumder, A., Kabir, R., Papadopoulos, K., Uddin, S. (2018). Health Literacy in School. Em: *Optimizing Health Literacy for Improved Clinical Practices*. Capítulo 10, pág. 175 – 197. Hershey: Medical Information Science Reference.
- Aronowitz, T., Fawcett, J. (2015). Analysis of public policies for sexuality education in Germany and the Netherlands. *American Journal of Sexuality Education*. 10: 140-157. Disponível em: [10.1080/15546128.2015.1025935](https://doi.org/10.1080/15546128.2015.1025935).

- Azevedo, C. A. M., Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*, 9ª edição. Universidade Católica Portuguesa.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review* 54(2) 245-254. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x>
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F. Da, Ávila, P. (1996). *A literacia em portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bezerra M. M . da S. A. (2016). Concepção de Educação em Saúde que norteia a pratica educativa do cuidar do Enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE online* 11(1) 239–43. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11899>
- Betz, C., L., Krajicek, M. J., Craft-Rosenberg, M. (2018). *Guidelines for Nursing Excellence in the care of children, youth and families*, 2ª edição. Nova Iorque: Springer, 2018.
- BI-CSP (2019). Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/3112551/Pages/default.aspx>
- Brant, T. F., Moraes, Ma. S. (2017). Fontes de informação, comunicação e juventude: um estudo de revisão. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society*. 10(2) 168-177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14571/cets.v10.n2.168-177>
- Brito, A., Vicente, B., Reis, A, Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UIIPS* (Dezembro) 75–90. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/91>
- CNCVE (1999). *A sexualidade humana – Reflexão ética*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. 29/CNECV/99, 9 de Novembro
- Cardoso, L. M., Lopes, É. I. X., Marques, T. M., Targino, R. De M. (2018). Evidências de validade concorrente para uso do Pfister com crianças do Ceará. *Revista Psicologia: Teoria e prática*. 20(2) 120-133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p134-146>

- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C. Da, Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciências & Saúde Coletiva*. 19(3) 829-840. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>.
- Castro J. F. L., Araújo, R. C., Pitanguí, A. C. R. (2017). Sexual behavior and practices of adolescent students in the city of Recife, Brazil. *Journal Hum Growth* . 27(2): 219-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.112645>
- Costa e Silva, S. P., Barbosa, A. P. P., Araújo, C. S., Silva, T. I. M. da; Santana, R. N. (2016). Discutindo sexualidade/ist no contexto escolar: práticas de professores de escolas públicas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 10(5) 4295-303. Disponível em: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201617
- Chesnay, M., Anderson, B., (2016). *Caring for the Vulnerable: perspectives in nursing theory, practice and research*, 4ª edição. Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Dalton, J. (2019). *Great Big Agile*. Berkeley: Apress.
- Dantas, K.T. de B., Spíndola, T., Teixeira, S. V. B., Lemos, A. C. M., Ferreira, L. E. da M. (2015). Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis – contribuição para cuidar em enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 7(3). 3020-3036. Disponível em: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3020-3036.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almeida.
- DGS (2019). *Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2013). *Relatório de referência do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I. P., 1ª edição.
- Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Farra A., Zeenny R., Nasser S., Asmar N., Milane A., Bassil M., Haidar, M., H. M.; Zeeni, N.; Hoffart, N. (2018). Implementing an interprofessional education programme in Lebanon: overcoming challenges. *East Mediterr Health Journal* (9) 914-921. Disponível em: <https://doi.org/10.26719/2018.24.9.914>
- Fawcett, J., DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3ª edição. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Fortin, M.-F., Côte, J., Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, LUSODIDACTA.
- Franceschi, V., Gomes, A. M., Urio, Â., Zanettini, A., Finger, D., Santos, M. S. Dos, Souza, J. B. De, Haag, F. B. (2015). Educação em saúde no espaço escolar: uma experiência transformadora na assistência aos adolescentes e às crianças. Em: *V Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão, Anais do SEPE*. Vol. V.
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2017). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*, 65(1) 54–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12373>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*, 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Gerrish, K., Lathlean, J. (2015). *The Research Process in Nursing*, 7ª edição. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Gomes-Pedro, J.C., Pina, A.C., Correia, E.V., (1990). *Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial*. Ministério Da Educação e Ministério Da Saúde.
- Gonzaga, M., Sousa, S., Guimarães, C., Luís, M. (2011). *Caderno PRESSE 3º Ciclo*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Hicks, C. M. (2006). *Métodos de investigação para terapeutas clínicos: Concepção de projetos de aplicação e análise*, 3ª edição. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Hill, M. M., Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hughes, F. (2016). Health literacy: a key educational role for nurses and a vital tool for improving health. *International Nursing Review*. 63(3) 304-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12311>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente*, 9ª edição. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Idáñez, M. J. A. (2004). *Como animar um grupo: princípios básicos e técnicas*, 2ª edição. Petrópolis: VOZES.
- Kar, S. K., Choudhury, A., Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Science*. 8(2) 70. Disponível em: 10.4103/0974-1208.158594
- Khalajabadi-Farahani, F. (2015). Unmet Needs of Adolescent and Young People's Sexual and Reproductive Health in Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*. 16(3).
- ICN (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015.
- Imperatori, E., Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3ª edição Lisboa, Obras Avulsas, Ed.
- Lyttle, D., Montgomery, A. J., Davis, B. L., Burns, D., McGee, Z. T., Fogel, J. (2018). An exploration using the Neuman Systems Model of risky sexual behaviors among african american college students: a brief report. *Journal of Cultural Diversity*. 25(4) 142-147.
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33(1) 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Loureiro, I., Miranda, N., (2016). *Promover a Saúde: Dos fundamentos à ação*, 2ª edição. Coimbra: ALMEDINA.
- Machado, M. do C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- Manes, S. SEM AUTOR (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos – um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais*, 11ª Edição. Lisboa: PAULUS.
- Marôco, J. (2008). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 7ª edição. Pêro Pinheiro: Report Number

- Mauluddiyah, A., Annisa, D., Sari, D., Ratmaningsih, N., Nugraha E. (2018). Idea Generation on Social Media Based Brainstorming Session. *Advances in Intelligent Systems Research (AISR)*, 157.
- McCrae, N. (2012). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (1) 222–229. Disponível em: [10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x)
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde, Portugal*. Lisboa.
- Miriam, G., Sousa, S., Guimarães, C., Luís, M. da P. (2011). *PRESSE 3º ciclo*. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Departamento de Saúde Pública.
- Medeiros, T. (2015). *Adolescência: Desafios e riscos*, 2ª edição. Ponta Delgada: Letras Cavadas.
- Nandedkar, T., Anand, G. (2017). Cross-cultural Business Education and Student Dynamics. *PARIPEX - Indian Journal of Research*, 6(9). Disponível em: <https://wwwjournals.com/index.php/pijr/article/view/9957/9892>
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*, 5ª edição. EUA: PEARSON.
- Nothaft, S. C. dos S., Zanatta, E. A., Brumm, M. L. B., Galli, K. da S. B., Erdtmann, B. K., Buss, E., Silvan, P. R. R. da (2014). Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: possibilidades para práticas educativas. *Revista Mineira de Enfermagem*. 18(2) 284-289. Disponível em: [10.5935/1415-2762.20140022](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140022)
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*, 1ª edição. Lisboa: Chiado Editora
- Nutbeam, D. (2018). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal* 1(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
- Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., Rowlands, G. (2018). Health Literacy and Health Promotion in Context. *Global Health Promotion*. 25(12), 3-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975918814436>
- Parahoo, K- (2014) *Nursing research: Principles, Process and Issues*, 3ª edição. Reino Unido: PALGRAVE MACMILLAN

- Pedro, A. R., Amaral, O., Escoval, A. ( 2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(3) 259-275. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Olowokere, A. E., Okanlawon, F. A. (2015). Application of Neuman system model to psychosocial support of vulnerable school children. *West African Journal of Nursing*. 26(1): 14-25.
- OMS (1986). Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*.
- OMS (s.d.). *Global Standards for Health Promoting Schools*. OMS e UNESCO. Disponível em: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/adolescence/global-standards-for-health-promoting-schools.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/global-standards-for-health-promoting-schools.pdf).
- OMS (2013). *Health 2020: a european policy framework and strategy for the 21<sup>st</sup> century*. Copenhaga: Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1).
- OMS (2019). Maternal, newborn, child and adolescent health. Disponível em: [https://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](https://www.who.int/topics/adolescent_health/en/).
- OMS (2016). 9th Global Conference on Health Promotion – SHANGAI 2016. The mandate for health literacy. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>
- Pereira, A. (2006). *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*, 6ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2006
- Pereira, C., Carvalho, D., Moura, R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade : Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Educação* 30(2), 249–274. Disponível em: <https://doi.org/10.21814/rpe.9032>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*, 1ª edição. Brasília: LEIASS.
- Plano Local de Saúde  2013-2016, extensão a 2020.

- Price, J., McAlinden, O. (2018). *Essentials of Nursing Children and Young People*. Londres: SAGE
- PORDATA (2019). Base de dados de Portugal contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., Preto, O. Lobão, S., (2011a) Saúde escolar em construção: Que projetos?'. *Millenium*, 41 (Julho-Dezembro) 89-113.
- Rocha, A. C., Duarte, C. (2016). Impacto das Políticas Públicas na Promoção da Educação Sexual: o Caso Português. *Global Journal of Community Psychology Practice*. 7(1S), 1-22.
- Rocha, A. P., Marques, A. L. O., Figueiredo, C., Almeida, C. I. S, Batista, I. M. A.. Almeida, M. J. H. De (2011b). Evolução da saúde escolar em Portugal: revisão legislativa no âmbito da Educação. *Millenium*, 41 (Julho/Dezembro). 69-87.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Ed Trezona, Rowlands e Nutbeam, D. (2018). Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.15(7). Disponível em: 10.3390/ijerph15071554.
- Sorensen, K., Pleasant, A. (2017). Understanding the conceptual importance of the differences among Health Literacy definitions. Em: Logan, R. A., Siegel, E. R.. (2017). *Health literacy: new directions in research, theory and practice*, (p.3-14). Amsterdão: IOS Press.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1): 80. Disponível em: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População*, 7ª edição. Loures: LUSODIDACTA.

- Vidal, A. T. F., Fernández, A. G., Rumbaut, G. I. P., Hernández, L. N., Reinante, Y. V. (2018). Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo. *Medisur*. 16(2)
- Villalobos, M. M. D. De (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*. 2(2)
- Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., Pajnkihar, M. (2013). Theoretical Foundations of Nursing Practice in Poland. *Nursing Science Quarterly*, SAGE. 26 (I) 80-84. Disponível em: 10.1177/0894318412466736
- Zúñiga, S. G., Ugalde, A. M. Q. (2015). La persona adolescente y su experiencia durante la etapa intermedia. *Revista Enfermeria actual en Costa Rica*. 29 (Julho-Dezembro) 1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19572>

### Documentos não publicados

- Domingues, T. (2017). *Métodos de análise de dados - Métodos quantitativos - Notas teóricas*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Fonseca, I. M. M. N. (2017). *Plano de ação da UCC “[ ]” ACES I [ ] [ ] Triénio 2017-2018*. ARSLVT, I.P.. [ ]
- Fonseca, I. M. M. N. (2018). *Relatório de Atividades da UCC “[ ]” do ACES [ ]*, Ano 2017. [ ]: ACES [ ] d.
- Universidade Católica Portuguesa (2018). *Guia de estágio final e relatório: curso de mestrado em enfermagem (Lisboa)*, versão 7.3.2018. Lisboa.
- Universidade Católica Portuguesa (2012). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional*, versão 2017. Despacho NR/C/1072/2012.

## **Legislação**

Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro

Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Aprovado pelo Diário da República nº 38/2008, Série I, 1182-1189.

Decreto-lei n.º 107/2008 de 25 de junho. Processo de Bolonha. Aprovado em Diário da República nº 121/2008, Série I, 3835-3853.

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Aprovado em Diário da República nº 74/2009, Série II, 15438-15440.

Lei n.º 44/2018 de 9 de agosto. 46ª versão do Código Penal, aprovado pelo Decreto-lei nº 400/82 de 23 de setembro. Aprovada em Diário da República nº 153/2018, Série I, 3962-3963.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Diário da República nº 181/2015, Série I, 8059-8105.

Norma nº 015/2015 de 12 de agosto. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Aprovado em Diário da República nº 154, Série II, 22290.

Portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro. Aprovada em Diário da República nº 231/2012, 1º Suplemento, Série I, 6832-(5) a 6832-(11).

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pelo Diário da República nº 35/2011, Série II, 8648-8653.

Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária aprovado pelo Diário da República nº 135/2018, Série II, 19354-19359.

Regulamento nº 798/2018 de 30 de novembro. Proteção de dados pessoais e à livre circulação aprovado pelo Diário da República nº 231/2018, Série II, 32031-32032.

## **APÊNDICES**



**Apêndice I – Entrevista formal realizada à Coordenadora da UCC**



## **Entrevista formal realizada à Coordenadora da UCC**

### **Entrevista realizada à Coordenadora da UCC, Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Foram abordados os objetivos definidos pela escola para a realização do estágio, bem como os objetivos da aluna de Mestrado e da UCC, Coordenadora e Orientadora Clínica, a própria Coordenadora. Os objetivos da Mestranda foram referentes à aquisição de competências de Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Tendo em atenção a falta de experiência em Cuidados de Saúde Primários, também foi manifesta a vontade da aquisição de competências no mais variado leque possível, como exemplo, a nível da ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Foi ainda referido o interesse na área de Saúde Escolar e na realização de um projeto numa área que proporcionasse crescimento e fosse de valor para o desenvolvimento de projetos na UCC.

Em relação aos objetivos da UCC, Coordenadora e Orientadora Clínica, os mesmos relacionam-se com o desenvolvimento de um estágio de forma a proporcionar a maior variedade possível de experiências, incluindo, para além das referidas, participação nas parcerias e organismos com os quais se articula, nomeadamente a USP e o SNIPI, bem como atividades relacionadas com a formação interna. Se for possível, perceber a dinâmica e o funcionamento da USF, que se encontra na mesma unidade de saúde da UCC.

Foi abordada a UCC, a sua constituição e a carteira de serviços, apresentadas no Plano de Ação da mesma, e feita referência a algumas das atividades desempenhadas por parte da coordenação, articulação e parcerias, nomeadamente com a USP, as escolas e Técnicos de Avaliação Ambiental.

Quando inquirida acerca de quais as maiores necessidades em termos de intervenção na comunidade sentidas pela UCC, foi referido o cuidado ao doente idoso, relacionando-o com o envelhecimento populacional da área de abrangência, bem como a Saúde Escolar. Esta última necessidade relacionada com os escassos recursos humanos e a exigência de um investimento constante, associado à rotatividade da comunidade escolar (quer em termos dos alunos, quer do pessoal docente e não docente).

Ao nível da Saúde Escolar, são desenvolvidos pela UCC, em cooperação estreita com as comunidades escolares, projetos na área da capacitação direcionados para os 4 principais eixos definidos como prioritários no Plano Nacional de Saúde, nomeadamente “alimentação saudável”, “exercício físico”, “tabagismo” e “educação para os afetos e sexualidade”, bem como a “saúde mental”, sendo que também têm vindo a ser desenvolvidos projetos, direcionados para as dependências com e sem substância.

Uma das áreas onde estão identificadas lacunas na formação e com necessidade de maior investimento são, por parte da equipa de Saúde Escolar, as Necessidades de Saúde Especiais, referindo que muitas vezes são mal identificadas pela comunidade escolar, com uma referenciação tardia e falta de desenvolvimento de planos de saúde individuais estruturados.

**Apêndice II** – Temas que os “Embaixadores da Saúde” gostariam de ver desenvolvidos no ano letivo 2018/2019



**Temas que os “Embaixadores da Saúde” gostariam de ver desenvolvidos no ano letivo 2018/2019 e seu agrupamento por Eixo estratégico (PNSE, 2015)**

(dados fornecidos pela Equipa de Saúde Escolar da EPA)

<b>Temas</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
Sexualidade	15
Dependências	7
Saúde Mental	7
Dependência das tecnologias	6
Alimentação	6
Atividade física	5
Violência no namoro	4
Bullying	3
Gravidez na adolescência	3
Orientação sexual	2
Aborto	2
Trabalhar o autismo com os alunos da Unidade de Ensino Especial	2
Eutanásia	1

### Eixo Estratégico Capacitação

Áreas de Intervenção	Unidades de Contexto
Educação para os afetos e a sexualidade	22
Saúde mental e competências socioemocionais	15
Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância	13
Alimentação saudável e atividade física	11
Higiene corporal e saúde oral	0
Educação postural	0
Hábitos de sono e repouso	0

Não há uma área especificamente dirigida para a morte e o luto, pelo que os temas da eutanásia e do aborto foram incluídos na área de intervenção “Saúde mental e competências socioemocionais”, na medida em que são temas que se relacionam diretamente com questões do foro da tomada de decisão responsável e que trazem consigo uma grande componente psicológica e de consciência social.

### Eixo Estratégico Condições de Saúde

Áreas de Intervenção	Unidades de Contexto
Saúde de crianças e jovens	0
Necessidades de saúde especiais	2
Saúde de docentes e não docentes	0

Em relação ao eixo estratégico “Condições de Saúde”, as Necessidades de Saúde Especiais foram a área de intervenção referida, com o tema “Trabalhar o autismo com os alunos da Unidade de Ensino Especial”.

### **Apêndice III – Análise estatística descritiva**



## Estatísticas

SOMA

N	Válido	38
	Omisso	0

## SOMA

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	4	1	2,6	2,6	2,6
	6	1	2,6	2,6	5,3
	9	1	2,6	2,6	7,9
	11	2	5,3	5,3	13,2
	12	4	10,5	10,5	23,7
	14	4	10,5	10,5	34,2
	15	3	7,9	7,9	42,1
	16	5	13,2	13,2	55,3
	17	6	15,8	15,8	71,1
	18	7	18,4	18,4	89,5
	19	1	2,6	2,6	92,1
	20	2	5,3	5,3	97,4
	21	1	2,6	2,6	100,0
	Total		38	100,0	100,0

## Descritivos

		Estadística	Erro Erro	
Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Média	,0000000	,16222142	
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	-,3286918	
		Limite superior	,3286918	
	5% da média aparada	,0428052		
	Mediana	,0453231		
	Variância	1,000		
	Erro Desvio	1,00000000		
	Mínimo	-2,53810		
	Máximo	1,76760		
	Intervalo	4,30570		
	Amplitude interquartil	1,72228		
	Assimetria	-,658	,383	
	Curtose	,614	,750	

Zscore: Sexualidade e prazer sexual	Média		,0000000	,16222142
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	-,3286918	
		Limite superior	,3286918	
	5% da média aparada		,0977176	
	Mediana		,7915127	
	Variância		1,000	
	Erro Desvio		1,00000000	
	Mínimo		-2,55043	
	Máximo		,79151	
	Intervalo		3,34194	
	Amplitude interquartil		1,11398	
	Assimetria		-1,097	,383
	Curtose		,361	,750
	Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras	Média		,0000000
95% Intervalo de Confiança para Média		Limite inferior	-,3286918	
		Limite superior	,3286918	
5% da média aparada			,0000000	
Mediana			,0000000	
Variância			1,000	
Erro Desvio			1,00000000	
Mínimo			-1,75594	
Máximo			1,75594	
Intervalo			3,51188	
Amplitude interquartil			1,75594	
Assimetria			-,116	,383
Curtose			-,766	,750
Zscore: Prevenção da Gravidez		Média		,0000000
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	-,3286918	
		Limite superior	,3286918	
	5% da média aparada		-,0180246	
	Mediana		,1622214	
	Variância		1,000	
	Erro Desvio		1,00000000	
	Mínimo		-1,37888	
	Máximo		1,70332	
	Intervalo		3,08221	
	Amplitude interquartil		1,54110	
	Assimetria		,101	,383
	Curtose		-,504	,750
	Média		,0000000	,16222142

Zscore: Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	95% Intervalo de Confiança	Limite inferior	-,3286918	
	para Média	Limite superior	,3286918	
	5% da média aparada		,0345587	
	Mediana		-,0717758	
	Variância		1,000	
	Erro Desvio		1,00000000	
	Mínimo		-2,79926	
	Máximo		1,74654	
	Intervalo		4,54580	
	Amplitude interquartil		1,81832	
	Assimetria		-,678	,383
	Curtose		,505	,750
	Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	Média		,0000000
95% Intervalo de Confiança	Limite inferior	-,3286918		
para Média	Limite superior	,3286918		
5% da média aparada		,0000000		
Mediana		,0000000		
Variância		1,000		
Erro Desvio		1,00000000		
Mínimo		-1,62569		
Máximo		1,62569		
Intervalo		3,25137		
Amplitude interquartil		,00000		
Assimetria		,000		,383
Curtose		-,151		,750

## Testes de Normalidade

	Turma	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Turma A	,222	22	,006	,911	22	,050
	Turma B	,298	16	,000	,846	16	,012
Zscore: Sexualidade e prazer sexual	Turma A	,413	22	,000	,656	22	,000
	Turma B	,313	16	,000	,785	16	,002
Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras	Turma A	,189	22	,040	,913	22	,055
	Turma B	,223	16	,033	,883	16	,043
Zscore: Prevenção da Gravidez	Turma A	,369	22	,000	,733	22	,000
	Turma B	,220	16	,038	,819	16	,005
Zscore: Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Turma A	,211	22	,012	,916	22	,061
	Turma B	,222	16	,034	,883	16	,043
Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	Turma A	,349	22	,000	,754	22	,000
	Turma B	,355	16	,000	,746	16	,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

## Análise comparativa entre turmas com o teste Mann-Whitney

	Turma	N	Posto Médio	Soma de Classificações
Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Turma A	22	16,16	355,50
	Turma B	16	24,09	385,50
	Total	38		
Zscore: Sexualidade e prazer sexual	Turma A	22	21,59	475,00
	Turma B	16	16,63	266,00
	Total	38		
Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras	Turma A	22	19,20	422,50
	Turma B	16	19,91	318,50
	Total	38		
Zscore: Prevenção da Gravidez	Turma A	22	19,14	421,00
	Turma B	16	20,00	320,00
	Total	38		
Zscore: Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Turma A	22	18,20	400,50
	Turma B	16	21,28	340,50
	Total	38		
Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	Turma A	22	16,68	367,00
	Turma B	16	23,38	374,00
	Total	38		

### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

	Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Zscore: Sexualidade e prazer sexual	Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras	Zscore: Prevenção da Gravidez	Zscore: Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Zscore: Aconselhame nto e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)
U de Mann-Whitney	102,500	130,000	169,500	168,000	147,500	114,000
Wilcoxon W	355,500	266,000	422,500	421,000	400,500	367,000
Z	-2,262	-1,495	-,199	-,267	-,881	-2,137
Significância Sig. (bilateral)	,024	,135	,843	,789	,378	,033
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,029 <sup>b</sup>	,181 <sup>b</sup>	,849 <sup>b</sup>	,827 <sup>b</sup>	,404 <sup>b</sup>	,069 <sup>b</sup>

a. Variável de Agrupamento: Turma

b. Não corrigido para vínculos.

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,029 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de Zscore: Sexualidade e prazer sexual é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,181 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Zscore: Contraceção e práticas sexuais seguras é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,849 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de Zscore: Prevenção da Gravidez é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,827 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Zscore: Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,404 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR) é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,069 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Comparação entre Turma A e Turma B das áreas temáticas 1) e 6)

### Descritivos

	Turma	Estatística	Erro Erro			
Zscore: Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Tur	Média	-,3069612	,22420783		
	ma	95% Intervalo de Confiança para	Limite inferior	-,7732269		
	A	Média	Limite superior	,1593045		
		5% da média aparada		-,2939136		
		Mediana		,0453231		
		Variância		1,106		
		Erro Desvio		1,05162794		
		Mínimo		-2,53810		
		Máximo		1,76760		
		Intervalo		4,30570		
		Amplitude interquartil		,86114		
		Assimetria		-,491	,491	
		Curtose		,596	,953	
		Tur	Média	,4220716	,19205453	
		ma	95% Intervalo de Confiança para	Limite inferior	,0127171	
		B	Média	Limite superior	,8314262	
			5% da média aparada		,4160915	
			Mediana		,9064626	
			Variância		,590	
			Erro Desvio		,76821814	
		Mínimo		-,81582		
		Máximo		1,76760		
		Intervalo		2,58342		
		Amplitude interquartil		,86114		
		Assimetria		-,430	,564	
		Curtose		-,607	1,091	
Zscore: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	Tur	Média	-,2955794	,20396916		
	ma	95% Intervalo de Confiança para	Limite inferior	-,7197565		
	A	Média	Limite superior	,1285977		
		5% da média aparada		-,3284215		
		Mediana		,0000000		
		Variância		,915		
		Erro Desvio		,95670016		
		Mínimo		-1,62569		
		Máximo		1,62569		
		Intervalo		3,25137		

	Amplitude interquartil		1,62569	
	Assimetria		,025	,491
	Curtose		,011	,953
Tur	Média		,4064217	,23464766
ma	95% Intervalo de Confiança para	Limite inferior	-,0937180	
B	Média	Limite superior	,9065613	
	5% da média aparada		,4515796	
	Mediana		,0000000	
	Variância		,881	
	Erro Desvio		,93859064	
	Mínimo		-1,62569	
	Máximo		1,62569	
	Intervalo		3,25137	
	Amplitude interquartil		1,62569	
	Assimetria		,000	,564
	Curtose		-,066	1,091

SOMA + RELIGIÃO

### Testes de Normalidade

	Religião	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	Df	Sig.	Estatística	Df	Sig.
SOMA	Sim	,213	21	,014	,843	21	,003
	Não	,172	17	,196	,955	17	,536

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

Postos					SOMA	
	Religião	N	Posto Médio	Soma de Classificações	U de Mann-Whitney	
SOMA	Sim	21	20,36	427,50	Wilcoxon W	160,500
	Não	17	18,44	313,50	Z	313,500
	Total	38				-,532
					Significância Sig. (bilateral)	,594
					Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,601 <sup>b</sup>

a. Variável de Agrupamento: Religião

b. Não corrigido para vínculos.

## SOMA + GÉNERO

### Testes de Normalidade

	Gênero	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	Df	Sig.
SOMA	Feminino	,204	20	,029	,888	20	,025
	Masculino	,189	18	,087	,947	18	,374

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

	Gênero	N	Postos	
			Posto Médio	Soma de Classificações
SOMA	Feminino	20	19,30	386,00
	Masculino	18	19,72	355,00
	Total	38		

	SOMA
U de Mann-Whitney	176,000
Wilcoxon W	386,000
Z	-,118
Significância Sig. (bilateral)	,906
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,919 <sup>b</sup>

a. Variável de Agrupamento: Gênero

b. Não corrigido para vínculos.

**Apêndice IV** – Estabelecimento de prioridades segundo o Método de Hanlon



## Método de Hanlon (Tavares, 1990)

<p><b>A - Amplitude do Problema</b> (% correspondente à quantidade de pessoas que não responderam acertadamente a todos os itens da temática)</p> <p><u>Unidades de % de população</u>    <u>Peso</u></p> <p>81 a 100% _____ 10</p> <p>61 a 80% _____ 8</p> <p>41 a 60% _____ 6</p> <p>21 a 40% _____ 4</p> <p>1 a 20% _____ 2</p> <p>0% _____ 0</p>	<p><b>B – Gravidade do Problema</b> (morbilidade futura)</p> <p>Maior gravidade _____ 10</p> <p>Gravidade razoável _____ 5</p> <p>Menor gravidade _____ 0</p>
<p><b>C – Eficácia da Solução</b></p> <p>problema com solução fácil _____ 1,5</p> <p>problema com solução razoável _____ 1</p> <p>problema de difícil solução _____ 0,5</p>	<p><b>D – Exequibilidade do Projeto ou da Intervenção</b> (integra cinco componentes descritos pela sigla PEARL: P-pertinência; E-Exequibilidade Económica; A-Aceitabilidade; R-Disponibilidade de Recursos; L-Legalidade)</p> <p>SIM = 1 ponto</p> <p>NÃO = 0 pontos</p>

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>(A + B) C x D</b>
<b>a1)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	10	10	1,5	1	30
<b>a2)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Contraceção e práticas sexuais	10	10	1	1	20
<b>a3)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR)	10	10	1	1	20
<b>a4)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Primeira relação sexual e preocupações sexuais	10	10	1	1	20
<b>a5)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Prevenção da Gravidez	10	10	1	1	20
<b>a6)</b> – Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas na temática Sexualidade e prazer sexual	6	5	1,5	1	16,5
<b>b)</b> – Risco aumentado de comportamento sexual problemático, com o potencial surgimento de stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. desestabilizando o sistema cliente nas variáveis física, sociocultural, de desenvolvimento e psicológica	10	10	1	0	0
<b>c)</b> – Ambiente criado diminuído, relativo à Sexualidade e Afetos, contributivo para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> nos Sistemas	10	10	1,5	1	30



## **Apêndice V – Objetivos e Atividades**



## Objetivos e Atividades

**Objetivo geral:** Contribuir para o aumento da Literacia em Saúde dos adolescentes de duas turmas do 9º ano, através de um Projeto de Intervenção Comunitária sobre Sexualidade e Afetos, entre Novembro e Dezembro de 2018.

Objetivos	Atividades	Objetivos Operacionais/Metas
Aumentar o nível de conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e VIH/SIDA dos adolescentes que participaram no preenchimento do QCS para pelo menos 70% até Dezembro de 2018.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar três Sessões de Educação para a Saúde acerca desta temática, em cada turma;</li> <li>- Selecionar os métodos e estratégias, bem como materiais educativos, mais adequados, para cada turma;</li> <li>- Estabelecer uma relação empática e terapêutica encorajando os adolescentes a verbalizar as suas dúvidas.</li> </ul>	- Média por Sistema de adolescentes com SOMA superior ou igual a 6 nos itens referentes à temática das IST's e VIH/SIDA do QCS, na avaliação.
Promover a reflexão acerca da temática da "Sexualidade e Afetos" nos adolescentes que participaram nas sessões até Dezembro de 2018.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar nas Sessões de Educação para a Saúde, para além das IST's e VIH/SIDA, outros aspetos relacionados com esta temática;</li> <li>- Criar um ambiente aberto e propício à discussão da temática, baseado na aceitação e não-julgamento;</li> <li>- Fomentar a participação ativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% de adolescentes presentes em cada sessão, em cada turma (incluindo os que não participaram no preenchimento do QCS mas aceitaram participar nas Sessões);</li> <li>- que no mínimo 50% dos adolescentes participem nas atividades propostas.</li> </ul>
Reforçar a linha flexível de defesa do Sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação adequada acerca da temática abordada em cada Sessão de Educação para a Saúde;</li> <li>- Explorar consequências das ações e promover a responsabilidade individual e comunitária;</li> <li>- Integrar nas Sessões de Educação para a Saúde recomendações relativas à vivência de uma sexualidade saudável;</li> <li>- Estabelecer uma relação empática e terapêutica encorajando os adolescentes a verbalizar as suas dúvidas;</li> <li>- Mostrar disponibilidade para o atendimento individual dos alunos, caso solicitado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% de adolescentes presentes em cada sessão, em cada turma (incluindo os que não participaram no preenchimento do QCS mas aceitaram participar nas Sessões);</li> <li>- que pelo menos 3 adolescentes coloquem perguntas de forma individualizada.</li> </ul>



**Apêndice VI – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde**



## Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

A tua colaboração é muito importante para melhorar a abordagem desta temática, pelo que solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à tua resposta. Não precisas de assinar.

**1. O tema abordado foi importante.**

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

**2. Aprendi coisas novas com esta Sessão.**

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

**3. Gostei desta Sessão.**

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

**Sugestões?**

---

---

**Obrigada pela tua participação!**



**Apêndice VII**– Plano da Sessão introdutória – “Sexualidade e Afetos – O que é isso?”



## Plano da Sessão Introdutória – “Sexualidade e Afetos – O que é isso?”

**Temática da sessão:** Sexualidade e Afetos

**Data:** 12/11/2018

**Hora:** 9h15 (Sistema A) e 11h25 (Sistema B)

**Duração:** 45 minutos

**Local:** sala de aula, disciplina “En-Turmas”

**Destinatários:** adolescentes dos Sistemas A e B

### Objetivo geral:

- Adquirir conhecimentos sobre a dinâmica de cada turma para a definição de futuras estratégias de intervenção.

### Objetivos específicos:

- Introduzir os adolescentes à área temática da “Sexualidade e Afetos”;
- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre a puberdade e transformações resultantes da mesma;
- Capacitação para a tomada de decisão informada no que se refere às relações e afetos;
- Fomentar a confiança e conhecer a dinâmica de cada turma, individualmente.
- Orientação.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
Introdução	- Apresentação; - Descrever objetivos da sessão.	Expositivo	5´	Computador e retroprojektor.
Desenvolvimento	- <u>Sexualidade e Afetos:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puberdade;</li><li>• Transformações físicas, biológicas e fisiológicas;</li><li>• Impulsos, relações e afetos.</li></ul>	Expositivo e interativo com recurso ao <i>brainstorming</i> participação ativa	30´	Computador e retroprojektor, quadro e marcador
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas.	Interativo	10´	


  
**Sexualidade e Afetos**
  
 "O que é isso?"

Ana Margarida Coelho
   
 Mestranda Enfermagem Universidade Católica Portuguesa
   
 12 de Novembro 2018



Sexualidade – o que é isso?


Sexualidade – o que é isso?




Labels for male system: Vesícula seminal, Próstata, Ducto Deferentes, Epidídimo, Testículos, Uretra, Pênis.
   
 Labels for female system: trompa, ovário, útero, vagina.

Sexualidade – o que é isso?


Sexualidade – o que é isso?



Gonadotrofinas
   
 Androgénios
   
 Estrogénios
   
 Testosterona

Sexualidade e Afetos – o que é isso?


  
**ENERGIA**


  
 Amor
   
 Contato
   
 Ternura
   
 Sensualidade



*Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, a saúde física e mental*

## Sexualidade e Afetos – o que é isso?

**YES!**

Uma relação amorosa **NÃO** é uma passagem para a relação sexual, é uma **DEICOBERTA** a dois, em que é necessário saber dizer...



## Sexualidade e Afetos - o que é isso?

Sem **pressa**, sem **receio**.

Quem ama **respeita** e **apoia**, não pressiona!



Com **tempo**, **confiança**, **descontração**, **amor** e **desejo**.

## Sexualidade, o que é isso??



Não te sintas diferente por os teus amigos e amigas já terem iniciado a sua vida sexual e tu não. A idade e o momento certos é tu quem decide, com responsabilidade!



Não tenhas pressa, **saboreia a vida!**

## Dúvidas???



## Sexualidade e Afetos

"O que é isso?"



**Apêndice VIII**– Cronograma de Atividades de Estágio – Ano 2018/2019



### Cronograma de Atividades de Estágio – Ano 2018/2019

Atividades/Semana	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Diagnóstico de Situação</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
- Pedidos de Autorização	■	■	■	■	■	■	■	■																
- Aplicação do QCS								■																
<b>Determinação de prioridades</b>									■	■	■													
<b>Fixação de Objetivos</b>										■	■	■												
<b>Seleção de Estratégias</b>										■	■	■												
- Sessão Introdutória (Sistemas A e B)										■														
<b>Preparação Operacional – programação</b>												■	■	■	■									
- SES 1 (Sistemas A e B)												■												
- SES 2 (Sistemas A e B)													■											
- SES 3 (Sistemas A e B)														■										
- SES 4 (Sistema A)															■									
<b>Avaliação</b>												■	■	■	■									
<b>Redação do Relatório</b>																	■	■	■	■	■	■	■	■
SES “Dia Mundial da Contraceção”				■																				
Atividade com a Comunidade Escolar												■												



**Apêndice IX – Plano da SES 1 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde”**



## SES 1 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde”

**Temática da sessão:** Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)

**Data:** 26/11/2018

**Hora:** 9h15 (Sistema A) e 11h25 (Sistema B)

**Duração:** 45 minutos

**Local:** sala de aula, disciplina “En-Turmas”

**Destinatários:** adolescentes dos Sistemas A e B

### Objetivo geral:

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre IST's.

### Objetivos específicos:

- Reflexão sobre o conceito e etiologia das IST's e reconhecimento da sua sintomatologia;
- Capacitação para a tomada de decisão informada no que se refere à transmissão e contágio das IST's.

**Avaliação:** Índice de atenção e participação percebidos; média de resposta de cada estudante às questões da Escala tipo Likert elaborada; análise dos conteúdos da resposta aberta.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
Introdução	- Apresentação diagnóstico de situação resultante da análise do QCS; - Descrever objetivos da sessão.	Expositivo	5´	Computador e retroprojektor.
Desenvolvimento	- <u>Infecções Sexualmente Transmissíveis:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conceito;</li><li>• IST's mais frequentes;</li><li>• Agentes etiológicos;</li><li>• Sinais e sintomas;</li><li>• Transmissão e contágio.</li></ul>	Expositivo, prático e interativo com incentivo à participação ativa	30´	Computador e retroprojektor; caneta ou lápis e um papel com as instruções do “Jogo do Contágio” para cada participante (Gonzaga et. al., 2011).
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.	Interativo e prático	10´	Questionário de avaliação da 1ª SES; caneta ou lápis.

“Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável”

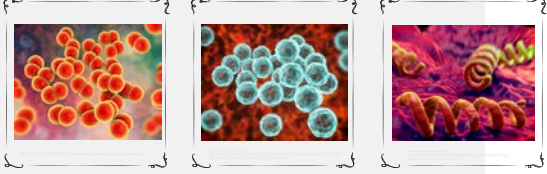
CC  
Saúde a seu Lado

**Informa-te Sobre a Tua Saúde**

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora académica: Elisa Garcia

26 de Novembro de 2018

**QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE SEXUALIDADE**



**Infeções Sexualmente Transmissíveis e VIH/SIDA**

**INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST'S)**


- Infeções **CONTAGIOSAS** cuja forma mais frequente de **TRANSMISSÃO** é através das **RELAÇÕES SEXUAIS**.




**IST'S**

As mais frequentes são:

- VIH/sida
- Clamídia
- Gonorreia ou blenorragia
- Herpes genital
- Hepatite B/C
- Vírus do Papiloma Humano-HPV
- Sífilis
- Infeções por tricomonas
- Candida Albicans



**IST'S – O QUE AS PROVOCA?**




**IST'S – SINAIS E SINTOMAS**

Alguns sinais podem traduzir-se na existência de uma IST:

- corrimento vaginal anormal, frequentemente com mau cheiro ou corrimento uretral;
- vermelhidão, manchas brancas, bolhas, verrugas ou vesículas nos órgãos genitais ou à sua volta, no ânus, ou na boca;
- alteração de textura e/ou de cor nas unhas e/ou na pele ao seu redor;
- dor ou sensação de queimadura ao urinar;
- dores difusas no baixo ventre;
- sensação de dor ou queimadura aquando das relações sexuais;
- febre.

Certas infeções provocam sintomas apenas no homem outras somente na mulher e, por vezes, pode existir infeção sem qualquer tipo de sintoma.



## IST'S – COMO SE TRANSMITEM?

- Relações sexuais **vaginais, anais, orais**;
- Partilha de brinquedos sexuais;



- Contacto com bolhas, feridas ou verrugas genitais na pele da outra pessoa;
- Mãe para filho;
- Partilha de material injetável;
- Partilha da escova de dentes, toalhas e lençóis.



“Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável”

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

UCC Saúde e bem-estar

# Informa-te Sobre a Tua Saúde

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora académica: Elisa Garcia

26 de Novembro de 2018



**Apêndice X** – Plano da SES 2 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde –  
VIH/SIDA”



## SES 2 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde – VIH/SIDA”

**Temática da sessão:** VIH/SIDA

**Data:** 03/12/2018

**Hora:** 9h15 (Sistema A) e 11h25 (Sistema B)

**Duração:** 45 minutos

**Local:** sala de aula, disciplina “En-Turmas”

**Destinatários:** adolescentes dos Sistemas A e B

### Objetivo geral:

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre o VIH/SIDA.

### Objetivos específicos:

- Reflexão e diferenciação sobre os conceitos de VIH e SIDA;

- Sensibilização para os dados epidemiológicos mais recentes;

- Reconhecimento dos meios de transmissão;

- Capacitação para a tomada de decisão informada no que se refere à transmissão e contágio do VIH, diagnóstico, rastreio e profilaxia.

**Avaliação:** Índice de atenção e participação percebidos; média de resposta de cada estudante às questões da Escala tipo Likert elaborada; análise dos conteúdos da resposta aberta.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
Introdução	- Resumo breve dos conteúdos abordados na sessão anterior; - Descrever objetivos da sessão.	Expositivo	5´	Computador e retroprojetor.
Desenvolvimento	- Quebra-gelo: “Carta de um (ini)migo” - <u>Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diferenciação de conceitos;</li><li>• Evolução da doença;</li><li>• Epidemiologia do VIH em Portugal;</li><li>• Transmissão e portas de entrada;</li><li>• Diagnóstico: rastreio e período janela;</li><li>• Profilaxia (prevenção, pós-exposição e pré-exposição).</li></ul>	Expositivo, prático e interativo recorrendo ao “Jogo das Frases” para reflexão sobre alguns conceitos.	30´	Folha com o texto da “Carta de um (ini)migo”; computador e retroprojetor; Caixa com as frases do “Jogo das Frases”.
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.	Interativo e prático	10´	Questionário de avaliação da 2ª SES; caneta ou lápis.

## **Carta de um (ini)migo**

Sou um gajo fixe que gosta de se dar com a malta. Sou muito popular e gosto de fazer novos amigos. Quanto mais tiver, mais feliz eu sou!

Também sou extremamente versátil: apesar de já ter alguma idade, não sou esquisito com quem ando! Sou amigo de novos e velhos, e gosto de todos, independentemente da nacionalidade ou crenças religiosas. Nos últimos tempos até tenho vindo a arranjar maneira de me manter ocupado, transformando-me para encaixar melhor em todo o lado!

Mas, embora não pareça, vou trazer problemas muito grandes aos meus amigos... eles é que ainda não sabem...! A verdade é que a falta de conhecimento é o meu grande aliado... Às vezes a pessoa não sabe que já nos conhecemos e que eu conheço os seus mais íntimos segredos... que me tenho feito amigo dos seus amigos... e que só espero uma oportunidade para revelar quem sou!

"Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável"

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

UICC  
Saúde em Lisboa

# Informa-te Sobre a Tua Saúde

## "VIH/SIDA"

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora científica: Elisa Garcia

3 de Dezembro de 2018

### VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH)

Doença provocada por **VÍRUS** que progressivamente **DESTROEM O SISTEMA IMUNITÁRIO** (linfócitos) do **SER HUMANO**, potenciando o aparecimento de outras infeções oportunistas ou doenças.

### VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH)

seropositivo

Evolução silenciosa, de duração muito variável (em média de 8 a 10 anos)

### SIDA

Na **fase mais avançada**, o sistema imunológico torna-se incapaz de regenerar, enfraquecendo cada vez mais e chegando ao estadió de **SIDA** (Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida).

### VIH EM PORTUGAL

Cerca de **12,2 novos diagnósticos** por **100.000 habitantes** (mais do dobro da média da UE)

**50,4%** com residência na **área metropolitana de Lisboa**

Idade à data do diagnóstico entre os **15 e 29 anos** para **23,5%** dos casos

**60,6%** transmissão por contacto **heterossexual**

DGS, 2017

### VIH – TRANSMISSÃO

1. Sangue
2. Fluidos do pénis
3. Fluidos da vagina
4. Fluidos retais
5. Leite materno

## VIH – DIAGNÓSTICO

### RASTREIO:

- Pesquisa de anticorpos numa pequena amostra de sangue – um resultado positivo indica que houve contacto com o vírus.



Análise sanguínea

**ATENÇÃO!** Nas primeiras semanas após a infeção esses testes podem ser ainda negativos – **Período Janela**

95% - 8 semanas

99,9% - 3 meses

## VIH RASTREIO – ONDE?

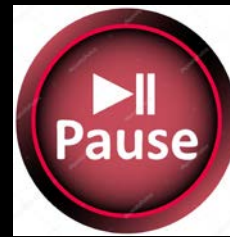
- Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD);
- Unidade Móvel da UCC da Pontinha;
- Associações: “Abraço”; “Liga Portuguesa Contra a SIDA”; “Ser +”; “Associação Positivo”; “Médicos do Mundo”; etc.



## IST'S – TRATAMENTO?

- **Prevenção** – terapêutica antirretroviral para reduzir a carga viral e o risco de transmissão.
- **Pós-exposição** – deve ser iniciada profilaxia o mais rapidamente possível, preferencialmente nas primeiras 4 horas (máx. 48h após exposição).
- **Pré-exposição**

Não existe cura!!!



Vamos fazer um jogo...

TO BE CONTINUE...

Informa-te Sobre a Tua Saúde

Mestranda: Ana Margarida Coelho

Orientadora clínica: Isabel Nunes

Orientadora académica: Elisa Garcia

26 de Novembro de 2018

**Apêndice XI** – Plano da SES 3 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde – Prevenir é o Melhor Remédio”



### SES 3 – “Informa-te Sobre a Tua Saúde – Prevenir é o Melhor Remédio”

**Temática da sessão:** Prevenção das IST's

**Data:** 10/12/2018

**Hora:** 9h15 (Sistema A) e 11h25 (Sistema B)

**Duração:** 45 minutos

**Local:** sala de aula, disciplina “En-Turmas”

**Destinatários:** adolescentes dos Sistemas A e B

**Objetivo geral:**

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre as IST's.

**Objetivos específicos:**

- Reflexão acerca dos conteúdos abordados nas sessões anteriores;
- Sensibilização acerca dos fatores de risco e prevenção das IST's;
- Aconselhamento e sensibilização para a importância do planeamento familiar;
- Capacitação para a utilização correta dos preservativos feminino e masculino;
- Capacitação para a procura de informação fidedigna na internet;
- Reavaliação dos conhecimentos adquiridos através de nova aplicação do QCS.

**Avaliação:** Índice de atenção e participação percebidos; média de resposta de cada estudante às questões da Escala tipo Likert elaborada; análise dos conteúdos da resposta aberta.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
Introdução	- Descrever objetivos da sessão; - Resumo breve dos conteúdos abordados nas sessões anteriores.	Expositivo e interativo recorrendo ao <i>brainstorming</i>	10´	Computador e retroprojektor.
Desenvolvimento	- <u>Infeções Sexualmente Transmissíveis:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fatores de risco;</li><li>• Prevenção;</li><li>• Aconselhamento;</li><li>• Métodos contraceptivos que previnem as IST's: preservativo feminino e masculino – modo de colocação, retirada e descarte.</li></ul>	Expositivo, prático e interativo recorrendo a exemplos de preservativos e à pesquisa em tempo real de informação na internet.	20´	Computador com acesso à internet para pesquisa no google e retroprojektor; exemplares de preservativos (masculino e feminino).
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde; - Nova aplicação do QCS – questões selecionadas.	Interativo e prático	15´	Questionário de avaliação da 3ª SES; QCS; caneta ou lápis.

"Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável"

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UCC *União de Cuidados*

# Informa-te Sobre a Tua Saúde

**"Prevenir é o melhor remédio"**

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora científica: Elisa Garcia


10 de Dezembro de 2018

## INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST'S)


- Infecções **CONTAGIOSAS** cuja forma mais frequente de **TRANSMISSÃO** é através das **RELAÇÕES SEXUAIS...**

... mas também podem ser transmitidas por contacto; de mãe para filho; partilha de material injetável; partilha de objetos de higiene íntima, toalhas e lençóis!


**VÍRUS**




**BACTÉRIAS**



**PARASITAS**



**FUNGOS**



## VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH)


- Doença provocada por **VÍRUS** que progressivamente **DESTROEM O SISTEMA IMUNITÁRIO** do **SER HUMANO**, potenciando o aparecimento de outras infeções oportunistas ou doenças.



Na **fase mais avançada**, o sistema imunológico torna-se incapaz de regenerar, enfraquecendo cada vez mais e chegando ao estadió de **SIDA** (Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida)

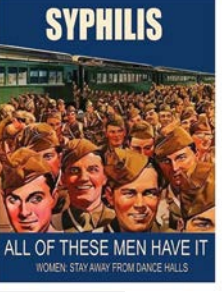
## IST'S – O QUE AUMENTA O RISCO?

- Contactos sexuais não protegidos;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Prostituição;
- Pouco acesso a cuidados de saúde;
- Consumo de drogas injetáveis;
- IST's múltiplas (já ter uma IST causada por outro agente);
- Partilha de brinquedos sexuais.



## PARA RECORDAR...


- A maior parte das IST's são **silenciosas**, podendo não apresentar sintomas numa fase inicial;
- Muitas pessoas **infetadas** não são tratadas e continuam a **disseminar** a doença;
- Quando **não tratadas**, as IST's, podem conduzir a **problemas graves** de saúde e/ou à morte.



## IST'S – COMO PREVENIR?

- Alterar** os comportamentos sexuais de risco;
- Estar atento** aos sinais e sintomas;
- Exames** periódicos;
- Informar** os parceiros se for diagnosticada uma IST.

O **PRESERVATIVO** é o **ÚNICO** método contraceptivo que **PREVINE** contra as IST's.



Sempre que se inicia uma nova relação sexual é importante falar com o(a) parceiro(a) sobre as relações anteriores, de modo a prevenir os riscos de contrair uma IST.



7

*É essencial para a saúde que as pessoas conversem com os seus parceiros sobre se têm ardores, dores ou incómodos na zona genital e que consultem um médico ou um centro de aconselhamento em planeamento familiar com a maior brevidade possível.*

Em caso de dúvida deves procurar ajuda junto de um médico ou enfermeiro!



8



Estamos a terminar...

9

DÚVIDAS??

10

Obrigada pela vossa colaboração!



11

Feliz Natal!!!



12



**Apêndice XII – Plano da SES 4 – “Eu aposto na Prevenção!!”**



## SES 4 – “Eu aposto na Prevenção!!”

**Temática da sessão:** Métodos Contracetivos

**Data:** 17/12/2018

**Hora:** 9h15

**Duração:** 45 minutos

**Local:** sala de aula, disciplina “En-Turmas”

**Destinatários:** adolescentes do Sistema A

### Objetivo geral:

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre Métodos Contracetivos.

### Objetivos específicos:

- Responder aos diversos pedidos para abordar estas temática;
- Reflexão e conhecimento acerca dos diferentes métodos contracetivos disponíveis e aplicação/indicações de cada um;
- Aconselhamento e sensibilização para a importância do planeamento familiar.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
Introdução	- Descrever objetivos da sessão.	Expositivo	5´	Computador e retroprojektor.
Desenvolvimento	- <u>Métodos Contracetivos</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dados epidemiológicos;</li><li>• Quais os métodos disponíveis: como e quando utilizar;</li><li>• Prevenção de comportamentos de risco;</li><li>• Tomada de conhecimento e manuseamento dos diferentes métodos contracetivos disponíveis.</li></ul>	Expositivo, prático e interativo recorrendo a exemplos de métodos contracetivos.	30´	Computador com acesso à internet para visualização de vídeo no youtube e retroprojektor; exemplares de métodos contracetivos.
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas.	Interativo.	5´	

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE PESQUISA  
1964-2018

"Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável!"

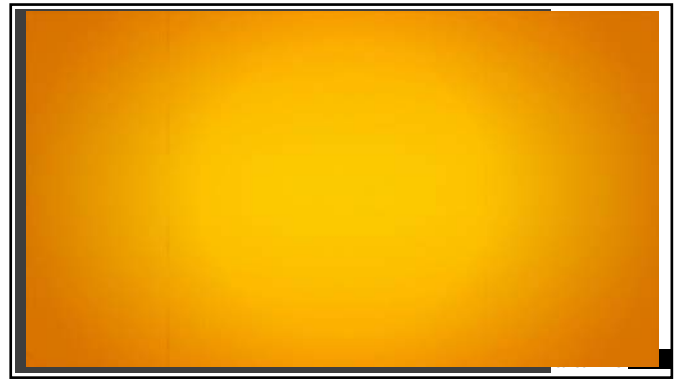
ICC  
Saúde a seu Lado

# Informa-te Sobre a Tua Saúde

**"Eu aposto na Prevenção!!"**

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora científica: Elisa Garcia

17 de Dezembro de 2018



**Vamos experimentar??**

2

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE PESQUISA  
1964-2018

"Adolescer com Saber – Viver uma Sexualidade Saudável!"

ICC  
Saúde a seu Lado

# Informa-te Sobre a Tua Saúde

Mestranda: Ana Margarida Coelho  
Orientadora clínica: Isabel Nunes  
Orientadora académica: Elisa Garcia

26 de Novembro de 2018

**Apêndice XIII – Análise estatística descritiva (avaliação)**



## Estatísticas de teste<sup>a</sup>

SOMAavaliação	
U de Mann-Whitney	84,500
Wilcoxon W	337,500
Z	-3,038
Significância Sig. (bilateral)	,002
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,006 <sup>b</sup>

a. Variável de Agrupamento: Turma

b. Não corrigido para vínculos.

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de SOMAavaliação é a mesma entre as categorias de Turma.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,006 <sup>1</sup>	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.

## Estatísticas de grupo

	Turma	N	Média	Erro Desvio	Erro padrão da média
SOMAavaliação	Turma A	22	6,18	,664	,142
	Turma B	16	6,81	,403	,101



**Apêndice XIV – Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção  
do ACES**



Pedido de divulgação de dados - Mestrado Enfermagem Comunitária da  
Universidade Católica Portuguesa > Caixa de entrada x



Ana Margarida Rato [redacted]  
para [redacted]

quarta, 5/09/2018, 12:22 ☆ ↶ ⋮

Exma. Srª Diretora Executiva D [redacted]

No âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que se encontra a decorrer na UCC de [redacted] sob a orientação da Srª Enfermeira [redacted]; venho por este meio solicitar autorização para a divulgação do nome da orientadora e da instituição no relatório final, que será tornado público, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Com os melhores cumprimentos,  
Ana Margarida Coelho

Pedido de autorizações > Caixa de entrada x



Ana Margarida Rato [redacted]  
para [redacted]

terça, 25/09/2018, 09:25 ☆ ↶ ⋮

Exma. Srª Diretora Executiva D [redacted]

No âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que se encontra a decorrer na UCC de [redacted] sob a orientação da Srª Enfermeira [redacted] e uma vez que não obtive resposta ao email enviado no dia 5 de Setembro de 2018, solicito autorização, no âmbito do regular funcionamento da Enfermeira Orientadora, para realizar o Projeto de Intervenção de "Literacia em Saúde sobre Sexualidade e Afetos na Adolescência", na Escola Secundária Pedro Alexandrino, tendo já autorização da Direção do Agrupamento de escolas referido.

Solicito novamente autorização para a divulgação do nome da orientadora e da instituição no relatório final que será tornado público.

Agradeço uma resposta o mais breve possível, tendo em atenção o tempo disponível para a realização do estágio.

Atentamente,  
Ana Margarida Coelho

ACES [redacted] <[redacted]@hin-saude.pt>  
para Ileine, eu ▾

quarta, 26/09/2018, 11:19 ☆ ↶ ⋮

Exmª Senhora  
Enfa. Ana Margarida Coelho

Encarrega-me a Senhora Diretora Executiva deste ACES, Dra. [redacted], de informar que o pedido formulado no email infra, deverá ser remetido à Comissão de Ética da ARSLVT,IP.

Com os melhores cumprimentos

[redacted]  
Secretariado Direção  
ACES [redacted]

Pedido autorizações Caixa de entrada x



Elisa Maria Bernardo Garcia [redacted]  
para eu, [redacted]

quarta, 26/09/2018, 20:03 ☆ ↶ ⋮

Caras estudantes, Margarida Coelho e [redacted]

Venho informar que decorrente da solicitação da Srª Diretora Executiva, para prévia apreciação dos vossos projectos pela Comissão de Ética da Saúde, o Prof. Sérgio Deodato ( que faz parte da citada comissão) e restante equipa pedagógica, entendem que os mesmos, se enquadram no protocolo assinado entre a UCP /ARS e num procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por alunos em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista de enfermagem comunitária, no regular funcionamento das vossas enfermeiras orientadoras, Enf. [redacted]; Enf. [redacted]

Mais informo, que já foi enviado ao Presidente da Comissão de Ética, Dr. Faria Vaz, um pedido de esclarecimento sobre o entendimento desta matéria, nomeadamente pelos vários ACES.

Peço-vos para, em conjunto com as vossas orientadoras, darem os esclarecimentos necessários, à Srª Directora Executiva, sobre o porquê e o que pretendem com a vossa intervenção, para que fique claro que a mesma não se enquadra na lógica de um trabalho de investigação a carecer da apreciação prévia da Comissão de Ética.

Peço para reencaminharem esta informação às vossas Enfermeiras Orientadoras e a quem de direito

Fico disponível

Com os meus cumprimentos,

Elisa Garcia

---

[redacted] UCC [redacted]@min-saude.pt> quinta, 27/09/2018, 16:39 ☆ ↶ ⋮  
para [redacted]

Cara Dr. [redacted]

conforme falado pessoalmente, venho solicitar resposta ao pedido realizado pela estudante de mestrado Ana Margarida Rato (email de 5/9 e de 25/9), em detrimento de ser enviado pedido de parecer à Comissão de Ética da ARSLVT, sustentado no facto de ser do entendimento da equipa pedagógica da UCP que se enquadra no protocolo assinado entre a UCP/ARS, num procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por alunos em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista de enfermagem comunitária, no regular funcionamento das enfermeiras orientadoras.

Integro a informação enviada pela professora Elisa Garcia orientadora do estágio da Universidade Católica Portuguesa (email abaixo). Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e ajuda.

Com os melhores cumprimentos pessoais.

[redacted]

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

Coordenadora da UCC [redacted]

---

ACES [redacted]@min-saude.pt> segunda, 1/10/2018, 12:41 ☆ ↶ ⋮  
para [redacted]

Bom dia

Encarrega-me a Senhora Diretora Executiva deste ACES [redacted] pes, de informar que nada tem a opor, de acordo com a informação prestada pela Sra. Prof. Elisa Garcia.

Cumprimentos

[redacted]

Secretariado Direcção

ACES [redacted]

**Apêndice XV** – Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção  
do Agrupamento de Escolas



Ana Margarida Rato <[redacted]>

terça, 11/09/2018, 18:49 ☆ ↩ ⋮

para [redacted]

Exma. Srª Diretora do Agrupamento de Escolas [redacted]

Srª Professora [redacted].

Eu, Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), encontrando-me a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de [redacted] do ACES [redacted], orientada academicamente pela Srª Professora Doutora Elisa Garcia, e no contexto pela Srª Enfermeira [redacted], venho por este meio solicitar autorização para a concretização de um Projeto na Escola Secundária [redacted], no âmbito da Educação Sexual.

A realização deste Projeto está integrado na área da Educação para a Saúde, tendo já decorrido uma reunião formal com a Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde do Agrupamento, a Srª Professora [redacted], onde foi apresentado o mesmo. O seu desenvolvimento compreende duas etapas essenciais, nomeadamente o Diagnóstico da Situação (a realizar no período compreendido entre Setembro e Outubro de 2018) e posterior Intervenção de Enfermagem (a realizar no período compreendido entre Outubro e Dezembro de 2018), correspondentes ao Ano Letivo de 2018/2019.

A sua implementação implica a realização de um questionário validado e a sua aplicação, autorizada pelos autores, aos adolescentes do 9º ano de escolaridade, possibilitando um levantamento das necessidades de saúde no âmbito da Educação Sexual e posterior intervenção nas turmas selecionadas. A avaliação da intervenção será efetuada *à posteriori* através da aplicação do mesmo questionário às turmas alvo da intervenção.

A participação dos estudantes neste projeto será voluntária e após consentimento livre e esclarecido dos Encarregados de Educação, por escrito. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e assegurados os Princípios Éticos inerentes a este trabalho, ao longo de todo o processo.

Atentamente  
Ana Margarida Coelho

[redacted], 11 de setembro de 2018

---

Agrupamento de Escolas [redacted]

quarta, 12/09/2018, 14:59 ☆ ↩ ⋮

para eu ▾

Exma. Sra.  
Dra. Margarida.

Envio a autorização solicitada.  
Grata pela sua colaboração

A diretora

[redacted]



**Apêndice XVI** – Síntese do Projeto de Intervenção enviado para o Conselho Pedagógico do Agrupamento de Escolas



## **Projeto de Intervenção Comunitária:**

### **“Os adolescentes e a Literacia em Saúde: promovendo uma sexualidade saudável”**

#### **Autores:**

- Enfermeira **Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho**, a exercer funções na Medicina III B do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente, Mestranda na Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de [ ] do ACES [ ], orientada no contexto pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária [ ], Coordenadora da UCC de [ ] entificamente pela Sr<sup>a</sup> Professora Doutora Elisa Garcia.

#### **Objetivo geral do projeto**

- contribuir para o aumento a Literacia em Saúde sobre sexualidade e afetos nos adolescentes de duas turmas do 9º ano (turmas 9º [ ] e 9º [ ]).

#### **Considerações éticas**

Para a realização deste projeto, no âmbito das regulares funções da enfermeira orientadora, Enf<sup>a</sup> [ ], foi requerida autorização à Direção do ACES. Da mesma forma foi também formalizado esse pedido à Direção do Agrupamento de Escolas [ ]

Serão tomadas as mesmas diligências para com os estudantes, através de um pedido de autorização aos pais/Encarregados de Educação para a aplicação de um questionário (tendo sido já cedido e autorizada a sua aplicação pelos autores). O mesmo informa acerca do âmbito do projeto e seu objetivo, sendo disponibilizado contato para esclarecimento de eventuais questões

Solicita-se que o processo de entrega e recolha dos pedidos de autorização seja efetuado pelos respetivos Diretores de Turma, enviados através das respetivas “Caderneta do Aluno”. O instrumento será apenas aplicado aos estudantes que entregarem a autorização dos pais/Encarregados de Educação, dando o seu consentimento.

Será assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados ao longo de todo o processo.

## **Metodologia:**

O projeto é direcionado para os estudantes adolescentes do 9º  e 9º . Para a concretização do Diagnóstico de Saúde final, com vista à identificação dos principais *déficits* de conhecimento na área da Sexualidade e Afetos, e para a identificação das prioridades de intervenção, será utilizado um instrumento de colheita de dados que engloba numa primeira parte algumas questões de caracterização da amostra e numa segunda parte o “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade”, constituído por 25 itens, distribuídos em 6 temáticas: (1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais; (2) Sexualidade e prazer sexual; (3) Contraceção e práticas sexuais seguras; (4) Prevenção da gravidez; (5) Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA; e (6) Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva. De referir que foi elaborado e validado tendo como alvo adolescentes portugueses.

Como critérios de inclusão para a aplicação do instrumento de recolha de dados foram identificados os seguintes:

- Estudantes que frequentam o 9º ano de escolaridade da Escola Secundária

- Estudantes que entregarem o consentimento informado assinado e autorizado pelos Encarregados de Educação;

- Estudantes com capacidade de leitura, compreensão e escrita.

Assumem-se como critérios de exclusão:

- Estudantes que entreguem o consentimento informado recusado pelos Encarregados de Educação;

- Estudantes que não entreguem o consentimento informado assinado e autorizado pelos Encarregados de Educação;

- Estudantes que não tenham capacidade de leitura, compreensão e escrita.

A aplicação do instrumento e as sessões que se lhe seguirem serão realizadas presencialmente, em contexto de sala de aula, e em horário previamente definido inserido na aula extra (En-Turmas). Prevê-se que as sessões tenham a duração de aproximadamente 30/40 min.

## **Recursos, Orçamento, protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos:**

Serão necessários uma sala de aula, equipada com mesas, cadeiras e retroprojektor com tela.

## **Avaliação:**

A avaliação do Projeto será efetuada na última sessão, através de novo preenchimento do “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” e comparação com o inicial.

**Apêndice XVII – Pedido de autorização para aplicação do QCS**



## Pedido autorização para aplicação do QCS

Caixa de entrada x



Ana Margarida Rato <[redacted]>  
para cristianapc, [redacted]

quarta, 10/10/2018, 12:10 ☆ ↶ ⋮

Exma. Srª Doutora Cristiana Pereira de Carvalho,

Eu, Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho, Enfermeira, Mestranda na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), encontro-me a realizar o estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade de Odiveelas e a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da saúde escolar, integrado na área da sexualidade e afetos na adolescência. Este, pretende aumentar a Literacia em Saúde, acerca desta temática, nos estudantes de duas turmas do 9º ano onde vai ser realizado. Para tal, pretende-se avaliar os conhecimentos que os mesmos detêm sobre essa temática, no sentido de realizar uma intervenção dirigida ao défice de conhecimentos que for identificado.

Para uma adequada realização desse diagnóstico, bem como da caracterização da amostra, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação do "Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade" (QCS) o qual redigiu e validou conforme descrito no artigo "Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar" (2017). Solicito ainda que seja cedido na sua totalidade, incluindo as questões referentes à caracterização que não estão disponíveis no artigo.

Comprometo-me ainda a enviar os meus resultados para vossa apreciação, contribuindo para a continuidade da validação do QCS.

Grata pela atenção que possa dar a este meu pedido,

Atentamente,

Ana Margarida Coelho

([redacted]@gmail.com; contacto telefónico: [redacted])

---

cristiana carvalho <[redacted].com>  
para eu ▾

📧 15/10/2018, 00:32 ☆ ↶ ⋮

Prezada Dra Ana Margarida,

Agradeço o seu contacto e interesse manifestado pelo QCS.

Parabenizo-a também pelo trabalho que está a desenvolver. Envio-lhe em anexo o instrumento para que o possa utilizar.

Este email serve também para confirmar a autorização, por parte dos autores do QCS, de utilização no seu trabalho.

Relativamente à sua solicitação, o que precisa exatamente?

Faço votos de bom trabalho.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e auxílio.

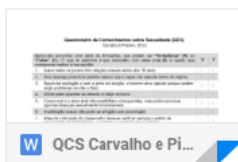
Com os meus melhores cumprimentos,

--

Cristiana Carvalho

PhD in Educational Sciences

FPCEUC | CINEICC | Universidade de Coimbra



Ana Margarida Rato <[redacted]>  
para Cristiana ▾

15/10/2018, 01:13 ☆ ↶ ⋮

Exma. Srª Doutora Cristiana Pereira de Carvalho,

Agradeço a resposta positiva, a todos os autores, e em especial a si pela atenção e disponibilidade.

No artigo em questão apresentamos a análise de resultados relativos à caracterização da amostra com a qual realizamos a validação, nomeadamente género, idade, nível de escolaridade, religião, nacionalidade e área de residência. A minha solicitação prendia-se com essa primeira parte, ou seja, com as perguntas que colocamos que vos permitiram, e me permitirão, a recolha dessa informação para caracterização da população que compõe a amostra.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Margarida Coelho

cristiana carvalho <[redacted].com>  
para eu ▾

📎 18/10/2018, 18:34 ☆ ↶ ⋮

Prezada Dra Ana Margarida,

Envio-lhe em anexo as questões referentes à caracterização sociodemográfica que utilizei no meu protocolo de investigação. No entanto, penso que no seu caso poderá fazer sentido outras questões em função do trabalho que irá desenvolver. É uma questão de avaliar e definir o que fará mais sentido para o seu projeto. De qualquer forma, espero que estas possam ser úteis.

Faço votos de um excelente trabalho.

Ao dispor para qualquer informação.

Atenciosamente,

--

Cristiana Carvalho

PhD in Educational Sciences

FPCEUC | CINEICC | Universidade de Coimbra



Ana Margarida Rato <[redacted]>  
para Cristiana ▾

18/10/2018, 19:01 ☆ ↶ ⋮

Exma. Srª Doutora Cristiana Pereira de Carvalho,

Mais uma vez agradeço a atenção dada ao meu pedido e a disponibilidade demonstrada, bem como o aval positivo para a aplicação do questionário e questões de caracterização.

Mantenho o compromisso de enviar os meus resultados para vossa apreciação, contribuindo assim para a continuidade da validação do QCS, tendo em atenção a anonimização dos dados.

Com desejos de continuação do bom trabalho,

Com os melhores cumprimentos,

Ana Margarida Coelho

**Apêndice XVIII – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação**



Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação,

Eu, Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de [ ] do ACES [ ]s, sendo orientada no contexto pela Enfermeira [ ] e cientificamente pela Professora Doutora Elisa Garcia.

Estou a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da saúde escolar, integrado na área da “Sexualidade e Afetos na Adolescência” tendo como base o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), e em atenção a Lei nº 60/2009 de 6 de agosto, que estabelece o regime da aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e ensino secundário, sendo que a escola desempenha um importante papel na formação dos jovens para a procura de estilos de vida e comportamentos saudáveis relacionados com a sua saúde sexual.

Este projeto tem como objetivo geral contribuir para o aumento da Literacia em Saúde acerca desta temática nos adolescentes do 9º ano. Pretende-se avaliar os conhecimentos que os estudantes detêm sobre a mesma, no sentido de realizar uma intervenção dirigida ao *déficit* de conhecimentos que for identificado.

Para tal venho solicitar a sua colaboração e autorização para aplicação de um questionário ao vosso educando(a) que é composto por uma primeira parte de caracterização e uma segunda por um “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade”, possibilitando um levantamento de necessidades destes jovens e onde intervir para promover o aumento do seu conhecimento, para posterior intervenção, no período compreendido entre Novembro e Dezembro de 2018.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos e estes apenas poderão ser utilizados para a concretização deste projeto.

Desde já manifesto a minha disponibilidade para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente, agradeço a sua colaboração

Ana Margarida Coelho (email: [ ]com; contato telefónico: 93 [ ])

.....(recortar pelo picotado).....

**Por favor preencha o documento abaixo.**

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado(a) de Educação do aluno(a) \_\_\_\_\_, do ano/turma \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do Projeto e fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes. Fui informado sobre a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.


Assim, declaro que autorizo/não autorizo o meu educando a participar neste projeto. (riscar o que não interessa).

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



**Apêndice XIX – “Norma de Referenciação de Crianças/Jovens com  
Necessidades de Saúde Especiais”**



	Unidade de Cuidados na Comunidade	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR	1	0	28.11.2018
	Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais	Páginas	1/11	

### 1. OBJETIVO

Uma Norma de Orientação Clínica é um conjunto de recomendações, desenvolvidas de forma sistematizada, constituindo um instrumento que se destina a apoiar o prestador de cuidados e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos específicos [1].

Esta norma de orientação clínica é relativa à "Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais", tendo como principal objetivo promover a acessibilidade de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais aos cuidados de saúde no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Para uma melhor contextualização foram explicitados conceitos e realizado um enquadramento ético/legal e teórico aplicáveis à temática em desenvolvimento.

### 2. ÂMBITO

Esta norma aplica-se aos profissionais das Equipas de Saúde Escolar do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas.

### 3. CONCEITOS


**CRIANÇA OU JOVEM** – a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos (alínea a) do artigo 5º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro [2]).

**DEFICIÊNCIA** – uma perda ou anomalia de estrutura ou função [3].

**DETERMINANTES DA SAÚDE** – os fatores que influenciam, isto é, que afetam ou determinam, a saúde dos cidadãos e das comunidades [4].

**DOENÇA CRÓNICA** – doenças de início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam um curso clínico variável ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização. Podem gerar incapacidades [5].

Elaboração: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra Enft Coordenadora da UCC de	Verificação: <input type="text"/>	Aprovação: <input type="text"/>
Date:	Date:	Date:

	Unidade de Cuidados na Comunidade	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR	1	0	28.11.2018
	Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais	Páginas	2/11	

**INCAPACIDADE** – uma redução de longa duração na capacidade da criança se envolver nas atividades do quotidiano (como por exemplo: brincar, frequentar a escola) devido a uma doença crónica [3].

**NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS (NSE)** – aquelas que resultam dos problemas de saúde física e mental, de crianças ou jovens, que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência da escola e possam comprometer o processo de aprendizagem [6][7][8].

**PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO** – pode ser global, associado a um atraso de aquisição de habilidades em todas as áreas, nomeadamente motricidade fina e grosseira, visão, audição e fala/linguagem, socialização/emoção e comportamento; ou específico, associado a um atraso do desenvolvimento ou habilidade de uma determinada área, quer seja de desenvolvimento mais lento ou desenvolvido de forma desordenada. Os atrasos gerais do desenvolvimento geralmente estão presentes nos primeiros dois anos de vida da criança [9].

**PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL (PSI)** – plano concebido pela Equipa de Saúde Escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, para cada criança ou jovem com NSE, que integra os resultados da avaliação das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar, visando melhorar o processo de aprendizagem [6][8].

**PROMOÇÃO DA SAÚDE** – é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida [10].

**SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI)** – abrange crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, portadoras de condições de deficiência estabelecida, crianças com risco grave de atraso de neurodesenvolvimento e respetivas famílias. A sua missão é garantir a intervenção precoce na infância, entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e de reabilitação, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Funciona como um sistema de interação entre as famílias e as instituições, de forma a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível. Subsequentemente, devem ser acionados os mecanismos necessários

Elaboração: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra Enft Coordenadora da UCC de	Verificação: <input type="text"/>	Aprovação: <input type="text"/>
Date:	Date:	Date:

	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR		1	0	28.11.2018
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas		3/11	

para a definição de um Plano Individual (PI), atendendo às necessidades das crianças e suas famílias, elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representem todos os serviços em que há necessidade de intervenção. Em conformidade, é necessário que este PI, oriente as famílias que o aceitem e estabeleça um diagnóstico adequado. Este deve ter em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, bem como das alterações que deverão ser introduzidas no ambiente para que tal potencial se possa afirmar. [11]

**4. DOCUMENTAÇÃO DE REFERÊNCIA**

- DGS, "Programa Nacional de Saúde Escolar". Lisboa, 2015 [8]
- DGS, "Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional". 2013 [12]
- Decreto-lei n.º 210/2001 de 28 de julho [13]
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro [14]
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro [11]
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho [6]
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril [15]
- Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, com as alterações impostas pela Lei nº 31/2003 de 22 de Agosto [2]
- Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura, "Declaração de Salamanca," 1994 [16]
- Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro - Convenção sobre os Direitos das Crianças[17]
- UNESCO, "Declaração de Incheon," *Educação 2030 rumo a uma Educação de Qualidade inclusiva e equitativa e à Educação ao longo da vida para todos*, 2015 [18]
- [WHO] World Health Organization, "Declaração de Alma-Ata," *Conferência Internacional de Cuidados Primários Saúde*, 1978 [19]

Ediçãoção: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eryl Coordenadora da UCC de	Verificação:  Data:	Aprovação:  Data:
--	---------------------------	-------------------------

	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR		1	0	28.11.2018
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas		4/11	

- [WHO] World Health Organization, "Carta de Ottawa," *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, 1986 [10]

- 8th Inclusive and Supportive Education Congress - ISEC2015 Lisbon, "Declaração de Lisboa sobre Equidade Educativa." [20]

**5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS**

Desde a Declaração de Alma-Ata, [19] resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, dirigida a todos os governos, que se tem vindo a dar ênfase aos cuidados de saúde primários e realçada a importância da promoção da saúde extensiva a todos. Esta última assume-se como uma das prioridades sócio-económicas de dimensão internacional.

Outras convenções internacionais, de que é exemplo a Carta de Otawa [10], corroboram a importância de (re)conhecer a saúde e os ambientes de saúde enquanto direitos, sendo que se impõe a necessidade de diminuir as desigualdades, em termos de condições sociais sem distinções de raça, origem geográfica, sexo, idade ou condição de saúde (incapacidade).

Também a Declaração de Salamanca [16], sobre princípios, política e práticas na área das Necessidade Educativas Especiais, e a Declaração de Lisboa sobre Equidade Educativa [20], em que foi afirmado o apoio à Declaração de Incheon, resultante do Fórum Mundial de Educação, com o lema "Educação 2030: rumo a uma educação de qualidade inclusiva e equitativa e à educação ao longo da vida para todos" [18], são um marco importante para a igualdade e equidade no ensino para todos em Portugal. Do mesmo modo, a recente alteração à lei com a aprovação do novo regime jurídico da Educação Inclusiva [6], que substitui a lei da Educação Especial, procura dar cumprimento aos objetivos do desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU, procurando assim abrange todos os alunos e não apenas os que têm necessidades permanentes.

A contribuição para uma identificação e resposta adequadas às NSE, é assim um movimento em prol dos Direitos das Crianças, da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal [17].

Ediçãoção: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eryl Coordenadora da UCC de	Verificação:  Data:	Aprovação:  Data:
--	---------------------------	-------------------------

	Unidade de Cuidados na Comunidade	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR	1	0	28.11.2018
	Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais	Páginas	5/11	

Em Portugal, a Saúde Escolar, nascida em 1901, tem vindo a ser sujeita a diversas reformas, no sentido de adequar a mesma às necessidades e preocupações de saúde em constante mutação [21]. Até 1971 era o Ministério da Educação o responsável pela intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas, embora limitados aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra. Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas. Só em 1993 foram extintos os Centros de Medicina Pedagógica, tendo os seus profissionais sido integrados, em 2002, nos quadros das Administrações Regionais de Saúde [22]. Desde 2002, a tutela da Saúde Escolar passou para o Ministério da Saúde, ao qual compete a sua implementação, no território nacional, aos Centros de Saúde [13]. A orientação técnico-normativa tem sido o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), cuja versão mais recente data de 2015.

As Equipas de Saúde Escolar foram reorganizadas com a criação dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), e estabelecimento do seu regime de organização e funcionamento, em 2008, dos quais consta de entre as unidades funcionais a implementar, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), às quais compete prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, quer às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção [14]. Em 2009, com o artigo 9º do nº4 do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril [15] são especificadas as actividades da carteira de serviços da UCC, que devem incidir, prioritariamente, em determinadas áreas, uma das quais a intervenção em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar. Concomitantemente, a Portaria nº 965/2009 de 25 de agosto veio estabelecer a articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social.

Mais recentemente, foi aprovada, com o Decreto-lei nº 54/2018 de 6 de julho [6], tal como já era referido no Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015 [8] a existência de uma Equipa de Saúde Escolar, como recurso da comunidade para as escolas, correspondente à equipa de profissionais de saúde dos agrupamentos de centros de saúde ou das unidades locais de saúde (ACES/ULS), que, perante a referenciação de crianças ou jovens com NSE, articula com as equipas de medicina geral e familiar e outros serviços de saúde, a família e a escola, e com as quais elabora um PSI, apoiando a sua implementação, monitorização e eventual revisão. [6]

Elaboração:	Verificação:	Aprovação:
Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sª Expª Coordenadora da UCC de		
Date:	Date:	Date:

	Unidade de Cuidados na Comunidade	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR	1	0	28.11.2018
	Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais	Páginas	6/11	

Desde 2006 que tem vindo a ser feita referência às Equipas de Saúde Escolar, que deveriam ser compostas por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos(as) [22]. Em 2015 foi aumentado essa referência para 30 horas/semana, por cada grupo de 2500 alunos(as). [8]

## 6. ENQUADRAMENTO

O desenvolvimento crescente do conhecimento na área da saúde da criança e do jovem, aliado ao avanço tecnológico que tem vindo a ocorrer nas últimas décadas, têm contribuído em muito para o aumento da esperança média de vida de crianças cuja sobrevivência seria pouco provável num passado recente. Por outro lado, este facto conduziu a um aumento da taxa de morbilidade infantil que alterou profundamente os determinantes da saúde das crianças e dos jovens, tendo conduzido a uma nova perspectiva de necessidades especiais, nomeadamente ao nível da saúde e da educação [7]. Deste modo, passou a dar-se ênfase à prevenção e deteção precoces, à reabilitação e inserção das crianças e jovens com incapacidade e/ou doença crónica na sociedade e à aposta por parte dos prestadores de cuidados e nas suas qualificações, bem como o investimento em modelos de cuidados integrados [7][23].

A incapacidade e/ou doença crónica são já, só por si, impactivos de inúmeras alterações na vida do quotidiano da criança, na medida em que muitas vezes implicam internamentos recorrentes e impedem ou limitam as experiências de vida normativas, desejadas e facilitadoras do desenvolvimento [7]. É assim muito importante a promoção de fatores de proteção e de resiliência, mais especificamente no contexto familiar, escolar e comunitário, bem como recursos pessoais como é o caso das competências pessoais e sociais. Tais fatores devem ser promovidos não só diretamente junto das crianças mas também junto dos elementos significativos que contactam com eles nos principais contextos de vida [24]. Neste sentido, um fator crucial para o desenvolvimento das crianças com NSE e sua socialização, bem como o adquirir de respeito e aceitação pelos pares, é a frequência da escola [3]. Tendo isto em consideração, o Estado Português assumiu um compromisso com a Educação Inclusiva, assente na educabilidade universal, equidade, inclusão, personalização, flexibilidade, autodeterminação, envolvimento parental e interferência mínima, de forma a promover o desenvolvimento pessoal e educativo e no respeito pela vida privada e familiar.[6]

Tendo maior risco de desenvolvimento de uma condicionante física, de perturbações no desenvolvimento, comportamentais, emocionais ou doença crónica, as crianças com NSE geralmente exigem um tipo e uma quantidade

Elaboração:	Verificação:	Aprovação:
Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sª Expª Coordenadora da UCC de		
Date:	Date:	Date:

	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS		1	0	28.11.2018
SAÚDE ESCOLAR		Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas	7/11

de serviços de saúde que vão além das exigências de outras crianças. Essas necessidades de saúde exigem também cuidados que implicam conhecimento, pois quando realizados de forma inadequada podem interferir diretamente na sua sobrevivência. [25] Torna-se assim emergente uma (re)organização dos serviços de apoio existentes, de forma a proporcionar-lhes uma assistência adequada, qualificada e integradora, minimizando as dificuldades existentes. [23]

A enfermagem tem assim um papel fundamental, na medida em que é o elo de ligação entre famílias, comunidade, prestadores de cuidados de saúde, funcionários da escola e alunos, de forma a promover os cuidados de saúde das crianças e jovens com estas especificidades, num ambiente saudável e seguro [26]. Os enfermeiros têm ainda o dever de identificar e acompanhar as fontes de apoio e suporte disponíveis na comunidade, promovendo uma assistência articulada e integral, adequada às necessidades de cada criança e jovem [23]. A sua inserção e a participação em espaços que dêem atenção aos portadores de necessidades especiais são imprescindíveis para a promoção da saúde e, consequentemente, melhoria da qualidade de vida desses indivíduos e seus familiares, pois o enfermeiro deverá ter um olhar plural que visualize no seu cuidado corpo, mente, espírito e história [27].

É também o maior responsável pela coordenação e avaliações de saúde, bem como planeamento e implementação de Planos de Saúde individualizados para que os cuidados às crianças com NSE sejam concretizados da forma mais correta e eficaz [6]. Isso possibilita uma facilidade no acesso ou encaminhamento para os cuidados de saúde [26].

Apesar de termos vindo a assistir a um número crescente de crianças/jovens identificadas com NSE e consequentemente de intervenções dirigidas pelas Equipas de Saúde Escolar (ESE) [28], é no entanto impossível determinar atualmente o número total de crianças ou jovens com essas especificidades em Portugal nas escolas, devido aos dados existentes serem pouco fiáveis e encontrarem-se dispersos em vários documentos. Torna-se assim determinante, para o planeamento das intervenções, indo de encontro às necessidades e auxiliar na inclusão, o registo das crianças/jovens com NSE, que só se efetiva com a sua codificação.

Elaboração:	Verificação:	Aprovação:
Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eng.ª Coordenadora da UCC de		
Date:	Date:	Date:

	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS		1	0	28.11.2018
SAÚDE ESCOLAR		Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas	8/11

## 7. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS


Deverão ser referenciadas todas as crianças e jovens identificados com NSE, e realizada a sua codificação no Scímico (rubricas ICPC Z07 e/ou ICPC P24). Este ato pode ser realizado pelos Serviços das Instituições de Saúde, através do Médico de Família ou Médico Assistente. A codificação, atualmente, só poderá ser efetuada pelo Médico de Família. A Equipa de Saúde Escolar (ESE), o Enfermeiro de Saúde Infantil, Enfermeiro de Família ou qualquer outro profissional de saúde devem proceder ao encaminhamento para o Médico de Família. A escola e os pais/encarregados de educação, caso identifiquem qualquer necessidade de saúde, podem solicitar o encaminhamento para os serviços de saúde, através da ESE das crianças. A ESE poderá, igualmente, detetar estas situações, ficando como elemento de articulação com o Médico de Família ou Equipa de Saúde Familiar, na referenciação e acompanhamento das crianças e jovens com NSE identificadas, estabelecendo um PSI, se necessário. [8] [29] [12] (Fluxograma 1)

### Condições necessárias para a referenciação de crianças/jovens com NSE:

#### ➤ pelo Médico de Família (todos os utentes em que sejam verdadeiras A e B e C e [D ou E ou F]) [29]:

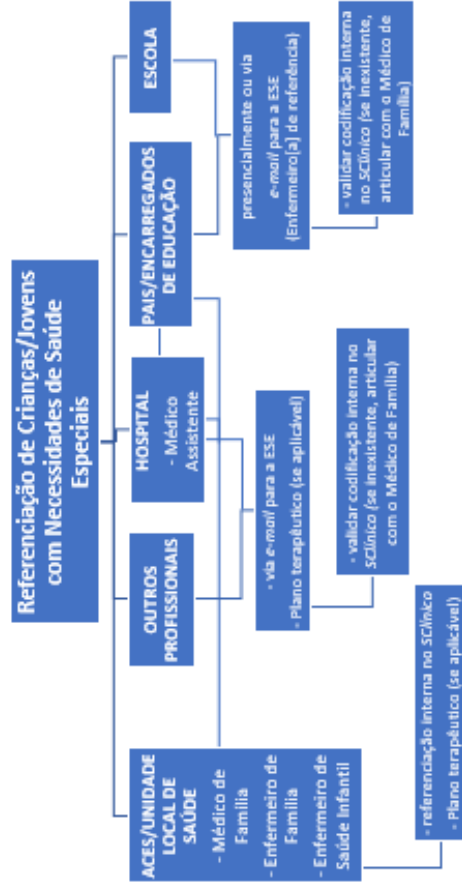
- Idade compreendida no intervalo [4;18];
- Com inscrição ativa numa unidade de saúde do ACES pertencente à UCC (se não, articular com a UCC referente);
- Com residência numa das Freguesias de abrangência da UCC (caso a Freguesia seja exclusivamente abrangida pela mesma) ou inscrito num dos códigos RNU (Registo Nacional de Utentes) de Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) associado à UCC (caso a Freguesia de residência do utente não seja exclusivamente abrangida pela UCC);
- Diagnóstico de "Problema com a Educação" (rubrica ICPC Z07) na lista de problemas com o estado de "ativo" à data de referenciação;
- Diagnóstico de "Dificuldade Específica de Aprendizagem" (rubrica ICPC P24) na lista de problemas com o estado de "ativo" à data de referenciação;
- Com referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi), ativa à data de referenciação.

Elaboração:	Verificação:	Aprovação:
Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eng.ª Coordenadora da UCC de		
Date:	Date:	Date:


	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR		1	0	28.11.2018
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas		9/11	

➤ **pele Enfermeiro:**

- A. Idade compreendida no intervalo [4;18];
- B. Verificar se tem inscrição ativa numa unidade de saúde do ACES pertencente à UCC;
  - a) Caso esteja inscrito: perceber se há diagnóstico ativo de "Problema com a Educação" ou "Dificuldade Específica de Aprendizagem". Se não, articular com o Médico de Família ou Equipa de Saúde Familiar para correta referenciação no SC/Início;
  - b) Caso não esteja inscrito: articular com UCC referente ou família para inscrição na USF ou UCSP da área e seguir os passos da alínea a).



**Fluxograma 1** – Diagrama de Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais.

	Unidade de Cuidados na Comunidade		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR		1	0	28.11.2018
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais		Páginas		10/11	


**8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Por ordem de citação no texto:

- [1] "Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program., Washington. DC. Natl. Acad. Press, 1990.
- [2] "Lei n.º 147/99 de 1 de setembro," com as alterações impostas pela Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto.
- [3] M. J. Hockenberry and D. Wilson, *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição. Loures, 2014.
- [4] F. George, "Sobre Determinantes da Saúde," *Histórias de Saúde Pública*, pp. 1–3, 2004.
- [5] M. E. de A. Silva, A. P. da S. Reichert, S. A. F. de Souza, E. A. G. Pimenta, and N. Collet, "Doença Crónica Na Infância E Adolescência: Vínculos Da Família Na Rede De Atenção À Saúde Tt - Chronic Disease in Childhood And adolescence: Family Bonds in the Healthcare Network Tt - Enfermedad Crónica En La Infancia Y Adolescencia: Vínculos De La Famil.", *Texto & Context. - Enferm.*, vol. 27, no. 2, pp. 1–11, 2018.
- [6] "Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho."
- [7] L. Barros, *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*, 2ª Edição. 2014.
- [8] DGS, *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, 2015.
- [9] T. Lissauer and G. Clayden, *Manual Ilustrado de Pediatria*, 3ª edição. Rio de Janeiro, 2009.
- [10] [WHO] World Health Organization, "Carta de Ottawa," *Prim. CONFERÊNCIA Int. SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE*, 1986.
- [11] "Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro," pp. 7298–7301, 2009.
- [12] Direção-Geral da Saúde, "Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional," 2013.
- [13] "Decreto-lei n.º 210/2001 de 28 de julho, Publicado no Diário da República n.º 174 – I.ª Série A."
- [14] "Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro."
- [15] "Decreto n.º 10143/2009 de 16 de abril."
- [16] Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura, "Declaração de Salamanca," 1994.

Estabelecimento: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eng.ª Coordenadora da UCC de [ ] Data: [ ]	Verificação: [ ] Data: [ ]	Aprovação: [ ] Data: [ ]
--	----------------------------------	--------------------------------

Estabelecimento: Ana Margarida Coelho, Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – ICS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eng.ª Coordenadora da UCC de [ ] Data: [ ]	Verificação: [ ] Data: [ ]	Aprovação: [ ] Data: [ ]
--	----------------------------------	--------------------------------

	Unidade de Cuidados na Comunidade			EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	NORMAS E PROCEDIMENTOS			1	0	28.11.2018
	SAÚDE ESCOLAR			Páginas		11/11
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais						

[17] "Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro - Convenção sobre os Direitos das Crianças."

[18] UNESCO, "Declaração de Incheon," *Educ. 2030 rumo a uma Educ. Qual. inclusiva e equitativa e à Educ. ao longo da vida para todos*, 2015.

[19] [WHO] World Health Organization, "Declaração de Alma-Ata," *Conf. Int. Cuid. Primários Saúde*, 1978.

[20] 8th Inclusive and Supportive Education Congress - ISEC2015 Lisbon, "Declaração de Lisboa sobre Equidade Educativa."

[21] S. J. M. Gomes-Pedro JC; Pina AC; Correia EV, "Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial," (*Ministério da Educação e Ministério da Saúde*), Lisboa, 1990.

[22] Ministério da Saúde / DGS, "Programa Nacional de Saúde Escolar - Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho," vol. 2006, 2006.

[23] M. P. Astolpfo, A. C. C. Okido, and R. A. G. Lima, "Caring network for children with special health needs," *Rev. Bras. Enferm.*, vol. 67, no. 2, pp. 213–219, 2014.

[24] C. Simões, M. G. de Matos, M. Ferreira, and G. Tomé, "Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência," *Psicol. Saúde e Doenças*, vol. 11 (1), pp. 101–119, 2010.

[25] J. R. M. de Moraes and I. E. Cabral, "The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care," *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, vol. 20, no. 2, pp. 282–288, 2012.

[26] Z. C. Leroy, R. Wallin, and S. Lee, "The Role of School Health Services in Addressing the Needs of Students With Chronic Health Conditions: A Systematic Review," *J Sch Nurs*, vol. 33(1), pp. 64–72, 2017.

[27] L. Ferraz, F. M. de Almeida, F. Girardi, and S. C. Soares, "Assistência da Enfermagem na Promoção do Autocuidado aos Portadores de Necessidades Especiais," *Rev. Enferm. (Lisboa)*, vol. Outubro/Dez, pp. 597–600, 2007.

[28] "Matriz Indicadores CSP." [Online]. Available: [https://bisp.min-saude.pt/pt/investigacao/Paginas/Matrizindicadorescsp\\_publico.aspx?isdg=1](https://bisp.min-saude.pt/pt/investigacao/Paginas/Matrizindicadorescsp_publico.aspx?isdg=1). [Accessed: 28-Nov-2018].

[29] República Portuguesa – Saúde, "Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização," 2018.

Estabelecimento: Área de Investigação em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – IS (Lisboa), sob orientação da Sra. Eng.ª Coordenadora da UCC de	Verificação: Apreciação:	Data:
--	-----------------------------	-------

**Apêndice XX** – Atividades desenvolvidas durante o estágio final



**Intervenções de Enfermagem promotoras de Literacia em Saúde  
em Populações Imigrantes: a scoping review**

Coelho, Margarida<sup>1</sup> (Enf<sup>a</sup> Mestranda); Fonseca, Isabel<sup>2</sup>(Enf<sup>a</sup> Mestre e Especialista);  
Garcia, Elisa<sup>1</sup>(Prof<sup>a</sup>. Doutora)

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa – ICS Lisboa

<sup>2</sup> Unidade de Cuidados na Comunidade de Odivelas

Apesar de vivemos numa era de globalização, pautada pela mobilidade, existem ainda desigualdades consideráveis, particularmente em populações vulneráveis, como o são os imigrantes. Sendo os enfermeiros dos profissionais que lidam com maior proximidade com a comunidade, faz sentido que sejam estudadas e identificadas as suas intervenções promotoras da Literacia em Saúde, esta última como um importante determinante da saúde e da qualidade de vida. A estratégia de pesquisa foi composta por três etapas: identificação dos descritores (*Health Literacy, Immigrants e Nursing Interventions*); pesquisa na PubMed, EBSCO Host e Google Scholar; e análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos. Foi limitada a *free full text*, inglês e entre [2013-2018]. A amostra final foi composta por 2 artigos, dos quais foram identificadas 4 áreas primárias de intervenção: Idioma, Diagnóstico da Situação, Envolvimento da População e Procedimentos. Os resultados encontrados vão ao encontro do que é referido na bibliografia, que acrescenta ainda o *empowerment*, nomeadamente no que se refere ao acesso à informação credível e disponível da área da saúde. Este é um tema bastante atual face à realidade portuguesa, surgindo como um desafio para o desenvolvimento de competências associadas a intervenções de Literacia em Saúde em populações vulneráveis, como o são os imigrantes, muitas vezes esquecidas. Mais estudos são necessários devido à escassez de informação sobre o tema.

# Intervenções de Enfermagem Promotoras da Literacia em Saúde em Populações Imigrantes: a scoping review

Ana Margarida Coelho; Isabel Nunes; Elisa Garcia

Drª<sup>a</sup> CHULH, Pós-Graduada em História da Enfermagem Comunitária, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS/USP; Drª<sup>a</sup> Helder e Especialista em Enfermagem Comunitária, UCC Odivelas; Profª Doutora, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS/USP

## INTRODUÇÃO

Vivemos numa era de globalização, causada pela mobilidade, em que anualmente cerca de mil milhões de pessoas viajam ou deslocam-se para fora dos seus países (1). Esta tendência tem vindo a assumir uma importância cada vez maior na sociedade, pela existência ainda de desigualdades consideráveis, mais evidentes nas populações imigrantes, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis, relacionando-se as mesmas a aspectos políticos, socio-económicos, comunitários, organizacionais e pessoais (2).

Nesta corrente, a Literacia em Saúde – a capacidade para a tomada de decisões informadas sobre a saúde, no quotidiano, que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado – é um importante determinante da saúde e da qualidade de vida. (3) Sendo o enfermeiro dos profissionais que ficam com maior proximidade com a comunidade, faz todo o sentido que sejam estudadas e identificadas as intervenções que exigem o cuidado a esta tipo de populações e promovam a literacia em saúde (4).

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**População** – imigrantes, de qualquer idade, nacionalidade, cultura ou etnia.

**Conceito** – Intervenções de Enfermagem  
**Contexto** – saúde

**OBJETIVO:** Viajear as intervenções de Enfermagem promotoras de Literacia em Saúde em populações imigrantes  
**QUESTÃO:** Quais as intervenções de Enfermagem promotoras de Literacia em Saúde em populações imigrantes?

## METODOLOGIA

Segundo a metodologia de The Joanna Briggs Institute, utilizou-se uma estratégia de pesquisa de informação "aberta" de três etapas: identificação dos descritores: "health literacy", "imigrantes" AND "nursing interventions" (termos livres); pesquisa na PubMed, EBSCO Host e Google Scholar; e análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos. Limitada a free full-text, Inglês e temporariamente entre 2010-2016.

Identificados 211 artigos, Excluídos 20 por serem duplicados, 160 pelo título, 15 pelo resumo e 8 pela leitura integral do texto.  
Última final de 3 artigos, incluídos na revisão.

## RESULTADOS

### INSTRUMENTO

- uso da língua nativa
- competências linguísticas dos profissionais

### DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

- revisão da literatura científica
- identificação das necessidades, opiniões e crenças

### ENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO

- participação no desenvolvimento das estratégias
- participação de pessoas com a mesma cultura ou vivência e das mesmas situações no passado
- Incorporação de material preparado pelos próprios imigrantes

### PROCEDIMENTOS

- disponibilidade
- atitudes dos profissionais
- proficiências
- de-identificação
- consenso (profissional vs pessoa/comunidade)
- reuniões e sessões individuais de revisão dos principais conceitos

## DISCUSSÃO

A maioria da população imigrante frequentemente tem grande dificuldade em aceder e usar os serviços de saúde disponíveis (7)(8), sendo que muitas vezes não estão suficientemente informados para os utilizar, o que pode colocar em causa o desenvolvimento de cuidados de saúde culturalmente sensíveis (9). O acesso à informação credível e disponível da área da saúde é também essencial (8)(10).

A responsabilidade da promoção da Literacia em Saúde é coletiva, no entanto, são as intervenções dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, que têm o papel mais relevante (4). Salienta-se ainda a importância do saber biográfico resultante das experiências de vida dos indivíduos, imigrantes, no sentido de uma intervenção dirigida (10). Da mesma forma, intervenções de apoio como aulas de idiomas e criação de serviços de intérprete para reduzir as barreiras linguísticas nos cuidados de saúde são essenciais para evitar choques culturais (11).

A Literacia em Saúde é ainda reconhecida como um "bem pessoal" que é encurado em indivíduos, mas que pode ser verificado em grupos de pessoas (famílias, grupos de educação de doentes, grupos comunitários e grupos de apoio) (12).

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta é um tema bastante atual face à realidade portuguesa, surgindo como um desafio para o desenvolvimento de competências associadas a intervenções de Literacia em Saúde em populações vulneráveis, como o são os imigrantes, muitas vezes esquecidas.

Com esta revisão foi possível resgatar as intervenções de Enfermagem promotoras de Literacia em Saúde em populações imigrantes, nomeadamente no que se refere às barreiras linguísticas por exemplo com o uso do idioma nativo; a realização de um diagnóstico da situação com identificação dos aspetos relevantes associados à pessoa; envolvimento da população na prática, de forma direta e dos procedimentos que o enfermeiro deve adotar; tal como disponibilidade e estabelecimento de uma relação de confiança e partilha.

Óptimo a importância ação da Enfermagem no cuidado, promoção e educação para a saúde e prevenção da doença, foi evidente o acesso de informação nesta área, pelo que se assume como necessário mais estudos sobre a temática.

## Resumo do e-poster apresentado no “1º Encontro de Saúde Escolar do ACES Loures Odivelas” – vencedor do 1º prémio

**Título:** Intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas Escolas: a scoping review

**Autores:** Margarida Coelho – amrato@gmail.com – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente – Serviço de Medicina III B. Mestranda do Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP; Elisa Garcia – elisagarcia@ics.lisboa.ucp.pt – Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP.

**Enquadramento:** O aumento da esperança média de vida de crianças, cuja sobrevivência seria pouco provável num passado recente, conduziu a um aumento da taxa de morbilidade infantil o que alterou profundamente os determinantes da saúde das crianças e dos jovens, tendo levado a uma nova perspectiva de necessidades especiais, nomeadamente ao nível da saúde e da educação (1). Torna-se assim emergente uma (re)organização dos serviços de apoio existentes, de forma a proporcionar-lhes uma assistência adequada, qualificada e integradora, minimizando as dificuldades existentes (2).

**Objetivo:** Identificar e mapear quais as intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas.

**Metodologia:** Realizada uma Scoping review, segundo a metodologia de *The Joanna Briggs Institute*. Partindo da questão “Quais as intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas?” foi realizada pesquisa na PubMed, EBSCO Host e *Google Scholar*, com os descritores “child” OR “adolescent” AND “schools” AND “special health needs” AND “nursing interventions”. Definiram-se como critérios de inclusão artigos referentes a crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais, menores, e em contexto escolar. A pesquisa foi delimitada a *free full text*, inglês e temporalmente entre [2013-2018], obtendo-se um total de 307 resultados, com inclusão de 3 artigos.

**Resultados:** Foram obtidos 307 resultados: após aplicação dos critérios de inclusão foram alvo da revisão 3 artigos. Como principais resultados destacam-se as intervenções de Enfermagem associadas a “Formação e informação acerca da doença e aspetos relacionados com a mesma”; “Partilha da informação”; “Prática de um modelo colaborativo entre a saúde e a educação”; “Melhoria do sistema de referência”; “Empowerment dos pais”; “Empowerment das crianças/jovens para o auto-cuidado”; “Realização de um Plano Individual de Saúde”.

**Conclusões:** A Enfermagem tem um papel fundamental na intervenção em contexto escolar perante crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais, na medida em que é o elo de ligação entre a saúde e a comunidade e suas estruturas. Recomendam-se intervenções como a capacitação na forma de formação ou autocuidado e a melhoria dos processos de comunicação, quer através da partilha de informações de saúde,

quer de modelos colaborativos e referência, bem como com a realização de Planos Individuais de Saúde, de forma a promover os cuidados a crianças com estas necessidades num ambiente saudável e seguro.

**Referências Bibliográficas:**

1. Barros L. Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista. 2ª Edição. Climepsi Editores, editor. 2014.
2. Astolpho MP, Okido ACC, Lima RAG. Caring network for children with special health needs. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014;67(2):213-9. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140028>

# Intervenções de Enfermagem em Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas Escolas: a scoping review

Margarida Coelho; Elisa Garcia

D<sup>o</sup>ra DHEM – HPV e Mestranda Enfermagem Comunitária Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP; Prof<sup>a</sup> Doutora, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP

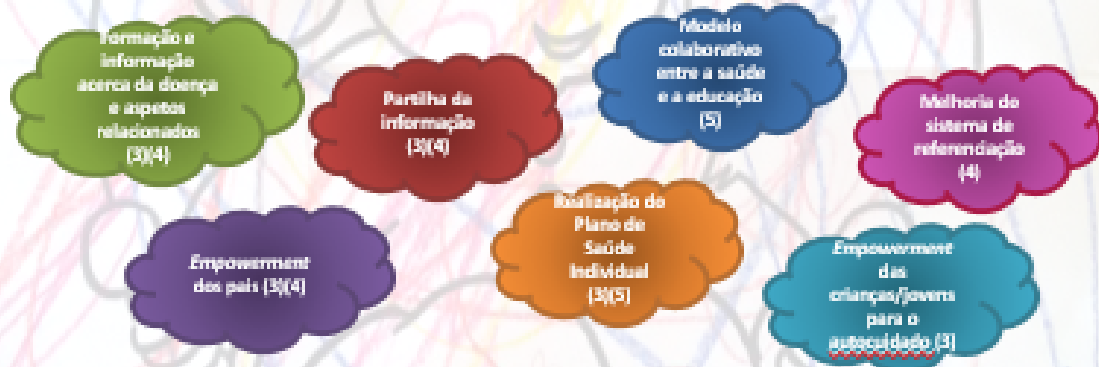
**ENQUADRAMENTO:** O aumento da esperança média de vida de crianças, cuja sobrevivência seria pouco provável num passado recente, conduziu a um aumento da taxa de morbilidade infantil o que alterou profundamente os determinantes da saúde das crianças e dos jovens, tendo levado a uma nova perspectiva de necessidades especiais, nomeadamente ao nível da saúde e da educação. (1) Torna-se assim emergente uma (re)organização dos serviços de apoio existentes, de forma a proporcionar-lhes uma assistência adequada, qualificada e integradora, minimizando as dificuldades existentes. (2)

**OBJETIVO:** Identificar e mapear quais as intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas.

**METODOLOGIA:** Scoping review segundo a metodologia de *The Joanna Briggs Institute*, partindo da questão: “Quais as intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas?” com os descritores, “child” OR “adolescent” AND “schools” AND “special health needs” AND “nursing interventions”. Pesquisa na PubMed, EBSCO Host e *Google Scholar*, limitada a *free full text*, inglês e entre [2013-2018].

Amostra final de 3 artigos, incluídos na revisão.

## RESULTADOS



**CONCLUSÕES:** A Enfermagem tem um papel fundamental na intervenção em contexto escolar perante crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais, na medida em que é o elo de ligação entre a saúde e a comunidade e suas estruturas. Recomendam-se intervenções como a capacitação na forma de formação ou autocuidado, quer dos pais quer das crianças/jovens e a melhoria dos processos de comunicação, quer através da partilha de informações de saúde, quer da utilização de modelos colaborativos e do sistema de referência, assim como com a realização de Planos de Saúde Individuais, de forma a promover os cuidados a crianças com estas necessidades num ambiente saudável e seguro.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Barros L. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ª Edição. Climepsi Editores, editor. 2016
- 2 - Astolano MP, Odeio ACC, Lima RAC. Caring network for children with special health needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(2):211-6.
- 3 - Escobar, D.; Noyes, J.; Jones, L.; Spencer, L. H.; Gregory, J. W.; An Ongoing struggle: a mixed-method systematic review of interventions, barriers and facilitators to achieving optimal self-care by children and young people with Type 1 Diabetes in educational settings. *BioMedCentral Pediatrics*. 2014; 14:208.
- 4 - Bekina Y.; Taylor D. C.; Cardenas L. D.; Harvey-Gintoff, B.; Whyte S. A.; Gupta R. S.; Identifying barriers to chronic disease management in Chicago Public Schools: a mixed-methods approach. *BioMedCentral Public Health*. 2014; 14:1250.
- 5 - Vardola, F. G.; Minnaert, C. G.; Mouton, G. A.; Mellins, A.; Montserrat Monteiro Special Education Centre. Towards the integrated care for students with severe health conditions and complex care needs. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 10(3):A264, pp 1-6.

## **Resumo Comunicação Oral apresentada no “1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)”**

**Título:** Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais em Saúde Escolar – Um contributo normativo

**Autores:** Margarida Coelho – amrato@gmail.com – Enf<sup>a</sup> Centro Hospitalar Lisboa Norte, Pólo Hospital Pulido Valente – Serviço de Medicina III B. Mestranda em Enfermagem Comunitária, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP; Isabel Nunes – isabel.m.fonseca@arslvt.min-saude.pt – Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, UCC de Odivelas; Elisa Garcia – elisagarcia@ics.lisboa.ucp.pt – Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Lisboa, ICS|UCP.

**Introdução:** O aumento da esperança média de vida de crianças, cuja sobrevivência seria pouco provável num passado recente, conduziu a um aumento da taxa de morbilidade infantil que alterou profundamente os determinantes da saúde das crianças e dos jovens, tendo levado a uma nova perspectiva de necessidades especiais, nomeadamente ao nível da saúde e da educação (Barros, 2014). Apresentam maior risco de desenvolvimento de uma condicionante física, de perturbações no desenvolvimento, comportamentais, emocionais ou doença crónica. As crianças com Necessidades de Saúde Especiais geralmente exigem um tipo e uma quantidade de serviços de saúde que vão além das exigências de outras crianças. Essas necessidades de saúde exigem também cuidados que implicam conhecimento, pois quando realizados de forma inadequada podem interferir diretamente na sua sobrevivência (Moraes & Cabral, 2012). Torna-se assim emergente uma (re)organização dos serviços de apoio, existentes, de forma a proporcionar-lhes uma assistência adequada, qualificada e integradora, minimizando as dificuldades existentes (Astolpho, Okido, & Lima, 2014).

**Materiais e Métodos:** Utilizando a metodologia do planeamento em saúde, foi realizado um Diagnóstico da Situação, após o qual foram identificadas as necessidades e as prioridades de intervenção. Posteriormente foi realizada uma *scoping review* que, partindo da questão “Quais as intervenções de Enfermagem em crianças/jovens com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas?” sustentou procedimentos a ter em conta na prática clínica. Foram fixados objetivos e selecionadas as estratégias que levaram à elaboração do projeto, sua implementação e execução. A etapa da avaliação encontra-se ainda em desenvolvimento.

**Objetivos:** Promover a acessibilidade de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais, aos cuidados de saúde, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.

**Resultados:** Através do Diagnóstico de Situação, nomeadamente através de uma entrevista formal à Coordenadora da UCC e de uma reunião da Saúde Escolar do ACES em questão, bem como de pesquisa bibliográfica relevante, identificou-se as Necessidade de Saúde Especiais das crianças como sendo uma área onde era necessária intervenção. Como prioridade, foi identificada a “melhoria do sistema de referência das Crianças/Jovens”, sustentada pela *scoping review* elaborada *à posteriori*, cujos resultados evidenciaram essa intervenção, entre outras. Foi assim elaborada a “Norma de Referência de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais”, de acordo com as orientações em utilização no ACES, direcionada para a equipa da Saúde Escolar e perspetivando a sua expansão para a totalidade das equipas do ACES, que inclui

entre outros, a clarificação de conceitos, considerações éticas e legais, e a operacionalização das práticas com um “Diagrama de Referenciação” e os critérios de referenciação, quer pelo médico de família, quer pelo enfermeiro.

**Conclusão:** A área das Necessidades de Saúde Especiais está ainda pouco desenvolvida e numa fase embrionária de aplicação à prática clínica. A elaboração de uma Norma de Referenciação das Crianças/Jovens com este tipo de Necessidades assume-se assim como um aspeto relevante e primordial, no sentido de um despertar para as mesmas, e como um incentivo para o aprofundamento e desenvolvimento do conhecimento nesta área de intervenção. Surge ainda como uma mais valia para a prática clínica, permitindo uma adequada identificação e planeamento das intervenções, indo ao encontro das suas reais necessidades e auxiliando na sua inclusão.

### **Referências Bibliográficas:**

- Astolpho, M. P., Okido, A. C. C., & Lima, R. A. G. (2014). Caring network for children with special health needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 213–219. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140028>
- Barros, L. (2014). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. (Climepsi Editores, Ed.) (2ª Edição).
- Bento, C. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, 19354–19359.
- Decreto-lei n.º 210/2001 de 28 de julho, Publicado no Diário da Republica n.º 174 – I.ª Série A.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril*. (n.d.).
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.
- Fonseca, I. M. N. (2018). *Relatório de Atividades da UCC “Saúde a Seu Lado” do ACES Loures-Odivelas, Ano 2017*. (ACES Loures-Odivelas, Ed.). Odivelas.
- Gomes-Pedro JC; Pina AC; Correia EV, S. J. M. M. (1990). Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial. (*Ministério Da Educação e Ministério Da Saúde*).
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (Obras Avulsas, Ed.). Lisboa.
- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020.
- Moraes, J. R. M. M. de, & Cabral, I. E. (2012). The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 282–288. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200010>

- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (M. Connor, Ed.) (5ª edição). EUA: PEARSON.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. (C. Figueiredo, Ed.) (1ª). Lisboa: Chiado Editora.
- Pereira, C., Carvalho, D., & Moura, R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade : Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar, *30*(2), 249–274.  
<https://doi.org/10.21814/rpe.9032>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (1ª edição). Brasília: LEIASS.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.).


**1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)**  
 30 de Novembro de 2018

## Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais em Saúde Escolar: Um contributo Normativo

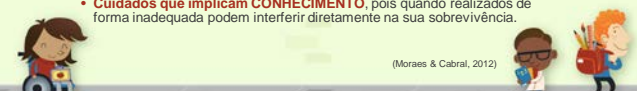
Mestranda: Ana Margarida Coelho  
 Orientadora clínica: Mestre e Especialista Enfermagem Comunitária Isabel Nunes  
 Orientadora científica: Profª Dra Elisa Garcia



## Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais

- Maior risco** de desenvolvimento de uma **CONDICIONANTE FÍSICA**, de **PERTURBAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO, COMPORTAMENTAL, EMOCIONAL** ou **DOENÇA CRÓNICA**.
- Geralmente exigem um tipo e uma quantidade de serviços de saúde que vão **além das exigências de outras crianças**.
- Cuidados que implicam CONHECIMENTO**, pois quando realizados de forma inadequada podem interferir diretamente na sua sobrevivência.


(Moraes & Cabral, 2012)



## Necessidades de Saúde Especiais (NSE)

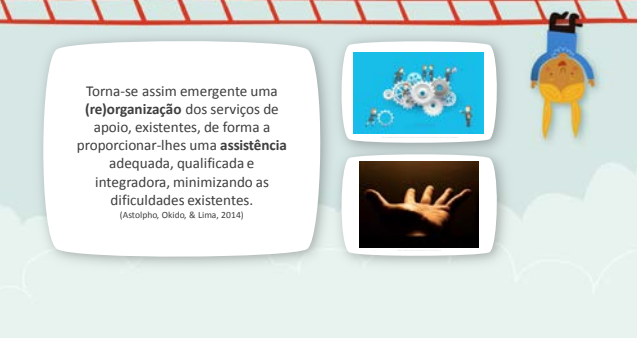
Aquelas que resultam dos problemas de saúde física e mental, de crianças ou jovens, que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência da escola e possam comprometer o processo de aprendizagem.

(Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho; PNSE, 2015; Barros, 2014)



Torna-se assim emergente uma **(re)organização** dos serviços de apoio, existentes, de forma a proporcionar-lhes uma **assistência** adequada, qualificada e integradora, minimizando as dificuldades existentes.

(Astolpho, Okido, & Lima, 2014)

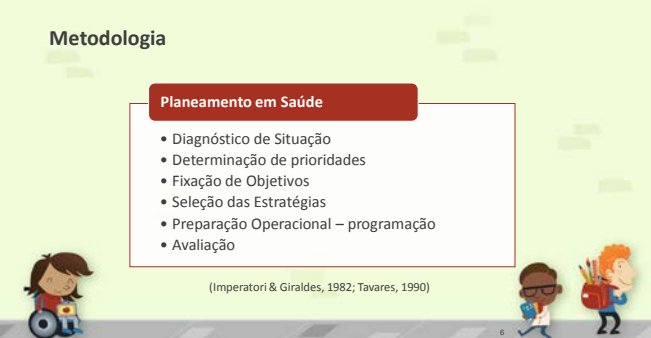


## Metodologia

### Planeamento em Saúde

- Diagnóstico de Situação
- Determinação de prioridades
- Fixação de Objetivos
- Seleção das Estratégias
- Preparação Operacional – programação
- Avaliação

(Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990)



## Diagnóstico de Situação



**Prioridade: Melhoria do sistema de Referência**

**Objetivo:** Promover a acessibilidade de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais, aos cuidados de saúde, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Unidade de Cuidados na Comunidade	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
NORMAS E PROCEDIMENTOS SAÚDE ESCOLAR	1	0	28.11.2018
Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais	Páginas		1/12

☐ Decreto-Lei.n.º 54/2018 de 6 de julho

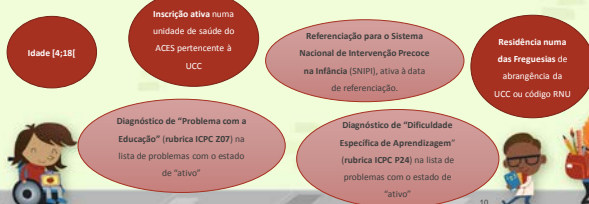
1. Objetivo
2. Âmbito
3. Conceitos
4. Documentação de Referência
5. Considerações Éticas e Legais
6. Enquadramento
7. Operacionalização das Práticas
8. Referências Bibliográficas



**Norma de Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais**

**Quem referenciar? Como?**

Deverão ser referenciadas **TODAS** as crianças e jovens **IDENTIFICADOS COM NSE**, e realizada a sua **codificação no Clínico**.



**Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais**



Diagrama 1 – Referenciação de Crianças/jovens com NSE

**Avaliação**

**Norma de Referenciação de Crianças/Jovens com Necessidades de Saúde Especiais**

- Revisão por peritos
- Aprovação na Direção do ACES
- Extensão a todo o ACES

... uma mais valia para a prática clínica, permitindo uma adequada identificação e planeamento das intervenções, indo ao encontro das reais necessidades das Crianças/Jovens com NSE e auxiliando na sua inclusão.

**Referências Bibliográficas**

- WHO. Inclusive and Supportive Learning Environments. 2009. Geneva: WHO.
- Andrade, M. P., Diniz, A. C. C., & Lima, R. A. S. (2010). Using evidence for decision with special needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 224-229. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200008>
- Berlin, L. (2002). *Práticas Pedagógicas em Contextos Diversificados*. (2ª edição). São Paulo: FAPESP.
- Decreto-lei n.º 54/2018 de 6 de julho.
- Decreto-lei n.º 163/2008 de 6 de julho.
- DSB. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.
- Ferreira, L., Almeida, F., de Sá, S., & Soares, C. C. (2017). *Atividade de intervenção em saúde escolar em Unidades Locais de Saúde: Experiência de intervenção*. *Revista de Enfermagem, Curitiba*, 10(44).
- George, J. (2008). *Sistema Nacional de Saúde: Modelo de Saúde Pública*. São Paulo: Editora Atlas.
- Hickson, M. J., & Wilson, G. (2005). *Modelos de Intervenção em Saúde Escolar*. *Quadrante*, 44(129-144), 144-149.
- Instituto, A., & Soares, M. de A. (2002). *Metodologia de Planeamento de Saúde: Metodologia para o planeamento, regulação e avaliação*. (2ª edição). Lisboa: CITE.
- Instituto de Saúde Escolar. (2018). *Referenciação de Crianças/Jovens com NSE*. Lisboa: Instituto de Saúde Escolar.
- ICPC. (2018). *ICPC - 10 - 2018*. Lisboa: Instituto de Saúde Escolar.
- Leite, C. C., & Lima, R. A. S. (2015). *The Role of Health Services in Addressing the Needs of Children with Chronic Health Conditions: A Systematic Review*. *Acta Medica*, 10(2), 44-50. <https://doi.org/10.1515/acta-2015-0004>
- Leite, C. C., & Lima, R. A. S. (2015). *Metodologia de Planeamento de Saúde: Metodologia para o planeamento, regulação e avaliação*. (2ª edição). Lisboa: CITE.
- Leite, C. C., & Lima, R. A. S. (2015). *Metodologia de Planeamento de Saúde: Metodologia para o planeamento, regulação e avaliação*. (2ª edição). Lisboa: CITE.



## Cartaz alusivo aos malefícios do tabaco afixado na EPA



**O tabaco é o único produto que mata metade dos seus consumidores**

Organização Mundial de Saúde (2018)

Cartaz “convite” realizado para a sessão de esclarecimento sobre os “Mitos e Verdades sobre o VIH/SIDA”



Para assinalar o

**Dia Mundial de Luta Contra a SIDA**

**Mitos e Verdades**

**sobre o VIH/SIDA**

Preleção de Sérgio Fonseca da Associação ABRAÇO

Auditório

da Escola Secundária Pedro Nunes

28 de Novembro de 2018 às 11h25

**Inscribe-te já!**



# SES sobre Contraceção realizada a uma turma do 8º ano no âmbito do Dia Mundial da Contraceção

26 de Setembro de 2018

## DIA MUNDIAL DA CONTRACEÇÃO

"EU APOSTO NA PREVENÇÃO!"

### SEXUALIDADE – O QUE É ISSO?

Existe desde o nascimento

### SEXUALIDADE – O QUE É ISSO?

Labels for male system: Uretra, Pênis, Testículos, Epidídimo, Ductos, Próstata, Vesícula seminal.

Labels for female system: trompa, ovário, útero, vagina.

### SEXUALIDADE – O QUE É ISSO?

### SEXUALIDADE – O QUE É ISSO?

É uma energia\* que nos motiva\* a procurar\* amor,\* contato,\* ternura\* e sensualidade.

Influencia\* pensamentos,\* sentimentos,\* ações\* e\* interações,\* influenciando\* assim\* também\* a\* nossa\* saúde\* física\* e\* mental.

Uma\* relação\* amorosa\* não\* é\* uma\* passagem\* para\* a\* relação\* sexual,\* é\* uma\* descoberta\* do\* outro,\* é\* o\* que\* é\* necessário\* saber\* fazer\*...

YES!

STOP

### SEXUALIDADE, O QUE É ISSO??

Ninguém se deve sentir pressionado(a) para iniciar uma relação sexual se não estiver preparado(a) ou não estiver preparado(a) para assumir a responsabilidade! Não se pressiona!

A primeira relação sexual é um momento especial, como a primeira cisalhada de cabelo. Não se pressiona, sem se sentir confortável, sem se apoiar, sem se apoiar!

Não se intimida com o que os amigos fazem. Não se intimida com o que os outros fazem. Não se intimida com o que os outros fazem. Não se intimida com o que os outros fazem. Não se intimida com o que os outros fazem.

PSSST...!

PSSST...!

## CONTRACEÇÃO

**COMPORTAMENTO SE CUIDADOS PARA...**



Regularizar os períodos menstruais



Planejar a gravidez



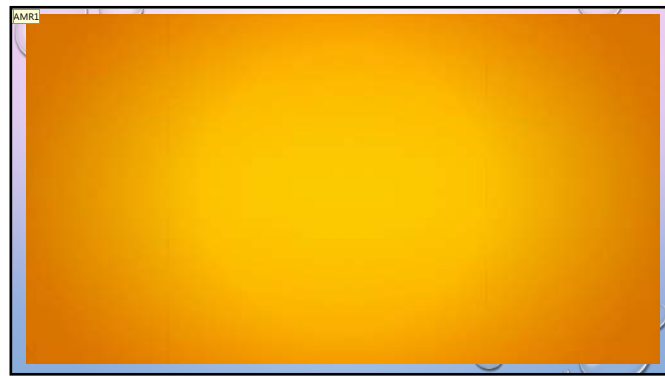
Proteger de algumas formas de cancro



Prevenir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)



Prevenir a gravidez indesejada



## O QUE APRENDEMOS?

- Existem vários tipos de métodos contraceptivos:
  - **No momento:** preservativo (masculino e feminino);
  - **Diário:** pílula contraceptiva;
  - **Semanalmente:** adesivo contraceptivo;
  - **Mensalmente:** anel vaginal;
  - **Longa duração:** implante (3 anos); Dispositivo Intrauterino e Sistema Intrauterino;
  - **Definitivo:** laqueação de trompas e vasectomia;
  - **Contraceção de Emergência:** Pílula do dia seguinte.

O preservativo é o único método contraceptivo que previne contra as IST's!

A responsabilidade é tanto das raparigas como dos rapazes!

## OUTRAS FORMAS DE EVITAR A GRAVIDEZ



**Diáfagma**



**Espermicidas**



**Abstinência**




**Contraceção Hormonal Injetável**




**Métodos Naturais**


## SABIAS QUE...




- O registo médico mais antigo de um tipo de contraceção feminina data de 1850 a. C.: era uma receita escrita num papiro que recomendava aplicar na vagina uma mistura de mel e bicarbonato
- No egipto, entre 51 e 30 a. C., a rainha cleópatra usava esponjas embebidas em vinagre e algumas egípcias usavam também uma pasta de fezes de crocodilo e mel para impedir a fecundação.
- O primeiro preservativo foi produzido em 1500 por um italiano chamado Gabrielle Fallopius que inventou um "saco de linho" para proteger os seus doentes das IST's.
- Atualmente existem uma quantidade de opções de contraceptivos, mas a pessoa indicada para orientar para o método mais adequado é o médico.



## ONDE ME POSSO DIRIGIR SE PRECISAR??



**Associação para o Planeamento da Família**  
(gratuito – telefonicamente, consultas e gabinetes de apoio na Bela Vista)



**Centro de Atendimento a Adolescentes Amigável** (gratuito em Sete Rios)

**\*Atendimento à Juventude\***  
(gratuito – Loures, Sacavém, Santo António dos Cavaleiros, São João da Talha, Frielas e Moscavide)

**Centro de Saúde ou Gabinete do PEJ**

DÚVIDAS???



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



## **ANEXOS**



**Anexo I – “Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade”**



# Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS)

(Carvalho & Pinheiro, 2012)

Este questionário insere-se num Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da saúde escolar, integrado na área da “Sexualidade e Afetos na Adolescência”.

A tua colaboração é essencial, pelo que solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à tua resposta. As questões que estiverem cortadas com uma cruz não são necessárias para a realização do Projeto, pelo que não necessitam de ser respondidas.

Os dados são rigorosamente confidenciais e anónimos, pelo que pedimos que não assines.

**H1. Qual é o teu género?**

- Masculino  
 Feminino

**H2. Qual é a tua idade?** \_\_\_\_\_

~~**H3. Qual é o teu ano de escolaridade?**~~

- ~~7ºano       10ºano  
 8ºano       11ºano  
 9ºano       12ºano~~

**H4. Qual é a tua nacionalidade?**

- Portuguesa  
 Outra. Qual \_\_\_\_\_

**H5. Consideras-te religioso(a)?**  Sim      Não

**H5.1 Se respondeste “Sim”, qual a tua religião?**

\_\_\_\_\_

~~**H6. Vives numa:**~~

- ~~Comunidade Rural  
 Vila  
 Cidade~~

**H7. Com quem vives ao longo da semana?**

- Com o pai e a mãe       Com outros jovens  
 Com a mãe       Sozinho  
 Com o pai  
 Com a semana dividida entre o pai e a mãe  
 Com alguém que não é pai ou mãe (ex.: parente, amigo)  
 Numa Instituição  
 Outra situação: \_\_\_\_\_

**H8. Qual é a escolaridade do teu pai?**

- Não sabe ler nem escrever

- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**H11. Qual é a escolaridade da tua mãe?**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**H14. Quem é o teu encarregado de educação?**

- Pai
- Mãe
- Avó/Avô
- Tio/Tia
- Irmão/irmã
- Outro: \_\_\_\_\_

**H9. Qual é a profissão do teu pai?**

---

**H10. Atualmente o teu pai está:**

- Empregado
- Desempregado

**H12. Qual é a profissão da tua mãe?**

---

**H13. Atualmente a tua mãe está:**

- Empregada
- Desempregada

**H15. Caso o teu encarregado de educação seja "Avó/Avô, Tio/Tia, Irmão/Irmã ou Outro", indica a sua escolaridade.**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

<p>Agora vais encontrar uma série de afirmações, que podem ser <b>"Verdadeiras" (V)</b> ou <b>"Falsas" (F)</b>. O que te pedimos é que assinales com <b>uma cruz (X)</b> a opção que corresponde melhor à tua opinião.</p>	V	F
1. Quase todos os jovens têm relações sexuais antes dos 18 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Uma rapariga pode ficar grávida mesmo que o rapaz não ejacule dentro da vagina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Depois da excitação e com o pénis em ereção, o homem deve ejacular porque podem surgir problemas se não o fizer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A Sida pode apanhar-se através do beijo na boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O sexo oral e o sexo anal não possibilitam uma gravidez, mas podem provocar algumas doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A satisfação sexual não pode ser atingida sem penetração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Antes da colocação do preservativo deve-se verificar sempre o estado de conservação da embalagem, a validade e o controlo de qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A pílula do dia seguinte só deverá ser utilizada como método de exceção e nunca regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Não existe risco de gravidez quando se utiliza o método "coito interrompido".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Uma pessoa que tem um teste VIH positivo, tem sida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. O consumo de álcool diminui a perceção dos riscos nos comportamentos sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Uma mulher pode apanhar o VIH se tiver sexo anal com um homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Uma rapariga não engravida se tiver tido relações sexuais durante a menstruação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ter sexo mantém uma relação amorosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A sexualidade restringe-se às relações sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Uma rapariga pode ficar grávida na primeira vez que tem relações sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. O vírus do HIV pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A pílula previne contra as infeções sexualmente transmissíveis (IST's).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Um adolescente não precisa de autorização dos pais para pedir o preservativo ou a pílula num Centro de Saúde ou noutras consultas de atendimento a jovens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Não há uma idade própria para se iniciar a vida sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. O sexo é uma forma de prazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ter sexo com mais de um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Qualquer aconselhamento na área da sexualidade que aconteça na escola deve ser dado a conhecer aos encarregados de educação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. A única forma de evitar a transmissão do HIV numa relação sexual é o uso do preservativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Obrigada pela tua colaboração!**



**Anexo II – “Questionário de Conhecimentos Sobre Sexualidade”: Avaliação**



# Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS)

(Carvalho & Pinheiro, 2012)

Este questionário insere-se num Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da saúde escolar, integrado na área da “Sexualidade e Afetos na Adolescência”, para o qual a tua colaboração foi essencial.

Para determinar o resultado da abordagem relacionada com a temática das “Infeções Sexualmente Transmissíveis e VIH/SIDA”, solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à tua resposta. As questões que estiverem cortadas com um traço não são necessárias para a avaliação do Projeto, pelo que não necessitam de ser respondidas.

Os dados são rigorosamente confidenciais e anónimos, pelo que pedimos que não assines.

~~H1. Qual é o teu género?~~

- ~~Masculino  
 Feminino~~

~~H2. Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_~~

~~H3. Qual é o teu ano de escolaridade?~~

- ~~7ºano       10ºano  
 8ºano       11ºano  
 9ºano       12ºano~~

~~H4. Qual é a tua nacionalidade?~~

- ~~Portuguesa  
 Outra. Qual \_\_\_\_\_~~

~~H5. Consideras-te religioso(a)?  Sim      Não~~

~~H5.1 Se respondeste “Sim”, qual a tua religião?~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~H6. Vives numa:~~

- ~~Comunidade Rural  
 Vila  
 Cidade~~

~~H7. Com quem vives ao longo da semana?~~

- ~~Com o pai e a mãe       Com outros jovens  
 Com a mãe       Sozinho  
 Com o pai  
 Com a semana dividida entre o pai e a mãe  
 Com alguém que não é pai ou mãe (ex.: parente, amigo)  
 Numa Instituição  
 Outra situação: \_\_\_\_\_~~

**H8. Qual é a escolaridade do teu pai?**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**H11. Qual é a escolaridade da tua mãe?**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**H14. Quem é o teu encarregado de educação?**

- Pai
- Mãe
- Avó/Avô
- Tio/Tia
- Irmão/irmã
- Outro: \_\_\_\_\_

**H9. Qual é a profissão do teu pai?**

---

**H10. Atualmente o teu pai está:**

- Empregado
- Desempregado

**H12. Qual é a profissão da tua mãe?**

---

**H13. Atualmente a tua mãe está:**

- Empregada
- Desempregada

**H15. Caso o teu encarregado de educação seja "Avó/Avô, Tio/Tia, Irmão/Irmã ou Outro", indica a sua escolaridade.**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4.º ano) concluído
- 2º Ciclo (6.º ano) concluído
- 3º Ciclo (9.º ano) concluído
- Secundário (12.º ano) concluído
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Agora vais encontrar uma série de afirmações, que podem ser "Verdadeiras" (V) ou "Falsas" (F). O que te pedimos é que assinales com uma cruz (X) a opção que corresponde melhor à tua opinião.		V	F
1.	[REDACTED]		
2.	[REDACTED]		
3.	[REDACTED]		
4.	A Sida pode apanhar-se através do beijo na boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	O sexo oral e o sexo anal não possibilitam uma gravidez, mas podem provocar algumas doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	[REDACTED]		
7.	[REDACTED]		
8.	[REDACTED]		
9.	[REDACTED]		
10.	Uma pessoa que tem um teste VIH positivo, tem sida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	[REDACTED]		
12.	Uma mulher pode apanhar o VIH se tiver sexo anal com um homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	[REDACTED]		
14.	[REDACTED]		
15.	[REDACTED]		
16.	Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	[REDACTED]		
18.	O vírus do HIV pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	[REDACTED]		
20.	[REDACTED]		
21.	[REDACTED]		
22.	[REDACTED]		
23.	Ter sexo com mais de um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	[REDACTED]		
25.	[REDACTED]		

Obrigada pela tua colaboração!