



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Joana Rita Pimenta Nobre

Fevereiro
2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Grau de Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Joana Rita Pimenta Nobre

Fevereiro
2012

Some men see things as they are and say why?

I dream things that never were and say why not?

Kennedy

Agradecimentos

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste relatório, pela sua plena disponibilidade, apoio e incentivo mesmo nos momentos de menor rentabilidade e entusiasmo na progressão deste relatório.

À Direção da ESSP por ter permitido a realização das atividades da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP nas suas instalações e pela colaboração.

À Direção da ESMS e da ESSL por ter pedido a colaboração na área da Sexualidade na Adolescência e terem permitido a realização das Sessões de Educação para a Saúde nas suas instalações.

À Direção das escolas ESMS, ESSL, EB Cristóvão Falcão e EB José Régio por terem autorizado a participação dos adolescentes do 9.º e 12.º ano nas atividades de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP.

A todos os adolescentes que participaram nas atividades de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP bem como aos que participaram nas Sessões de Educação para a Saúde no âmbito da Sexualidade na Adolescência, pela disponibilidade e por tudo o que me ensinaram também.

A todos os professores da ESSP que lecionaram na 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos saberes transmitidos e por me possibilitarem vislumbrar novos e diferentes horizontes.

A todos os colegas da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem da ESSP, pelo apoio, convívio e partilha de saberes.

À minha amiga Ana Garção, pela enorme amizade e pelas palavras de encorajamento no momento certo.

Aos meus pais, por serem quem são, por tudo o que fazem por mim e pelo inestimável orgulho.

Ao Francisco, pelo carinho, compreensão, inesgotável paciência e apoio incondicional...

Não existem palavras que consigam exprimir o meu profundo agradecimento, ainda assim aqui vos deixo a mais simples e sincera de todas que conheço: Obrigada!

Resumo

Numa época em que o progresso científico e o desenvolvimento tecnológico têm proporcionado importantes avanços a todos os níveis, paralelamente têm emergido novas ameaças à saúde de todos nós. O cenário atual em que vivemos não é fácil, os recursos são cada vez mais escassos e as disparidades sócio-económicas começam a acentuar-se. É um cenário onde os adolescentes são um grupo de intervenção prioritário, pois neste grupo etário tem-se verificado um aumento da adoção de comportamentos prejudiciais à saúde. Desta forma, a educação para a saúde assume um papel muito importante como o processo através do qual os indivíduos/grupos/comunidades procuram melhorar o controlo dos seus determinantes pessoais e ambientais da saúde.

Tendo em conta estas premissas, o nosso estágio decorreu no período de 14/02/2011 a 30/06/2011, na ESSP, na ESMS e na ESSL.

Foi dividido em duas intervenções: uma na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP e outra intervenção na área da sexualidade na adolescência.

A primeira intervenção teve como população alvo os adolescentes do 9.º ano e do 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias das escolas do concelho de Portalegre, a segunda intervenção destinou-se aos adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS e às turmas o 10.ºE e 10.ºF da ESSL.

Na realização de ambas as intervenções foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde e as sessões de educação para a saúde suportaram-se na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

Foram abrangidos um total de 317 adolescentes na intervenção da promoção dos estilos de vida saudáveis e 276 adolescentes na intervenção na área da sexualidade na adolescência. Em ambas as intervenções todas as reuniões e sessões programadas foram realizadas, sendo que mais de 99% dos adolescentes se mostraram *Satisfeitos* ou mais com as sessões realizadas no âmbito da primeira intervenção e mais de 98% também se apresentaram *Satisfeitos* ou mais relativamente às sessões efetuadas na segunda intervenção.

Este estágio de intervenção comunitária permitiu-nos adquirir a maioria das competências gerais do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Planeamento em Saúde, Estilos de Vida Saudáveis, Sexualidade na Adolescência, Teoria da Aprendizagem Social.

Abstract

In a time that the scientific progress and the technological development provides important advances at many levels, alongside have emerged new threats to the health of us all. The atual scenario in which we live is not easy, the resources are increasingly scarce, and social and economic disparities become more pronounced. It is a scenario where adolescents are a group of priority intervention, because in this age group there has been an increased adoption of unhealthy behaviours.

This way, healthy education assumes a very important role, as the process by which individuals/groups/communities seek to improve control of their personal and environmental determinants of health.

Given these assumptions, our stage took place in the period since 14/02/2011 to 30/06/2011, at ESSP, at ESMS and at ESSL.

It has been divided in two interventions: one in the area of promoting healthy lifestyles among adolescents in the municipality of Portalegre integrated in promoting the image of the ESSP and other intervention in the area of sexuality in adolescence. The first intervention had as target population adolescents of 9th and 12th grades of Sciences and Technologies from the schools of Portalegre, the second intervention intended to adolescents of 8th, 9th and 10th grades and CEF, from ESMS and to classes of 10thE and 10thF from ESSL.

In both interventions was used the methodology of health planning and the educations sessions for health were supported on the Social Learning Theory of Bandura.

A total of 317 adolescents were covered in the intervention of the promotion of healthy lifestyles and 276 adolescents in the intervention in the area of sexuality in adolescence. In both interventions all scheduled meetings and sessions were accomplished, in which more than 99% of adolescents were *Satisfied* or more with the meetings within the first intervention and more than 98% also showed *Satisfied* or more with the sessions of the second intervention.

This stage of community intervention allowed us to acquire most of the general competences of the Specialist Nurse, as well as the specific competences of the Specialist Nurse in Community Nursing and Public Health defined by Order of Nurses.

Key-words – Community Nursing, Health Planning; Healthy Lifestyles, Sexuality in Adolescence, Social Learning Theory.

Abreviaturas e símbolos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CEF – Curso de Educação e Formação
CD – Disco Compacto (Compact Disc)
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DC – Doença Coronária
DGS – Direção-Geral da Saúde
DIC – Doença Isquémica do Coração
EB – Escola Básica
ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira
ESSL – Escola Secundária São Lourenço
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
HBSC – Health Behaviour in School-aged Children
IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPP – Instituto Politécnico de Portalegre
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LSD – Ácido Lisérgico Dietilamida (Lysergäurediethylamid)
ME – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
SBV – Suporte Básico de Vida
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
TA – Tensão Arterial
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UE – União Europeia
WHO – World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	20
1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
2.1 – ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	32
2.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	34
2.2.1 – Conceito de Sexualidade Humana	34
2.2.2 – A Adolescência	36
2.2.3 – A Educação Sexual na Adolescência	38
3 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA	44
CAPÍTULO II – OS LOCAIS DA PRÁTICA	47
1 – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE	47
1.1 – MISSÃO E OBJETIVOS	47
2 – ESCOLAS SECUNDÁRIAS: MOUZINHO DA SILVEIRA E SÃO LOURENÇO	49
2.1 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	49
2.1.1 – Princípios e Valores	49
2.2 – ESCOLA SECUNDÁRIA SÃO LOURENÇO	50
2.2.1 – Princípios e Valores	50
CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	52
1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES DO CONCELHO DE PORTALEGRE INTEGRADA NA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP	52
1.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	52
1.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	55
1.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	55
1.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	57
1.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS	58
1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	58
1.7 – EXECUÇÃO	61

1.8 – AVALIAÇÃO	63
2 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	68
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	68
2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	69
2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	69
2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	70
2.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS	71
2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	72
2.7 – EXECUÇÃO	75
2.8 – AVALIAÇÃO	77
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA	81
CONCLUSÃO	86
BIBLIOGRAFIA CITADA	91
APÊNDICES	96
Apêndice I – Projeto de Estágio – Grupo	97
Apêndice II – Projeto de Estágio – Individual	124
Apêndice III – Cronograma da Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos Adolescentes do Concelho de Portalegre integrada na Promoção da Imagem da ESSP	155
Apêndice IV – Mapa da divisão dos adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	158
Apêndice V – Mapa da divisão dos mestrados – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	160
Apêndice VI – Programa das Atividades da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP	162
Apêndice VII – Questionário de Satisfação dos Adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	165
Apêndice VIII – Apresentação em power point do SBV para leigos	167
Apêndice IX – Filme: Estilos de Vida Saudáveis (formato CD)	173
Apêndice X – Cronograma da Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência	175
Apêndice XI – Mapa da divisão dos adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência	178
Apêndice XII – Mapa da divisão dos mestrados – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência	180

Apêndice XIII – Plano de sessão – 8.º/9.ºano/CEF da ESMS	182
Apêndice XIV – Plano de sessão – 10.º ano da ESMS e ESSL	184
Apêndice XV – Questionário de Satisfação dos Adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência	186
Apêndice XVI – Apresentação em power point das sessões no âmbito da Sexualidade na Adolescência – 8.º/9.º ano/CEF	188
Apêndice XVII – Apresentação em power point das sessões no âmbito da Sexualidade na Adolescência – 10.º ano	197
ANEXOS	212
Anexo I – Reportagens da Local TV e da RTP1 da intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis dos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP (formato CD)	213
Anexo II – Filme: Papéis de género (formato CD)	215

Índice de Figuras

	f
Figura 1 – Principais etapas do planeamento em saúde	22

Índice de Tabelas

	f
Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género	64
Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade e o género	64
Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e o género	64
Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género	66
Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes segundo a intenção de concorrer à ESSP e o género	67
Tabela 6 – Distribuição dos adolescentes segundo a intenção de concorrer à ESSP e o ano de escolaridade	67
Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes segundo a recomendação da ESSP aos amigos e o género	67
Tabela 8 – Distribuição dos adolescentes segundo a recomendação da ESSP aos amigos e o ano de escolaridade	67
Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género	77
Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade e o género	78
Tabela 11 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e o género	78
Tabela 12 – Distribuição dos adolescentes segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género	80

INTRODUÇÃO

Enquadramento

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, do 2.º ano/1.º semestre, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, e decorreu no período de 14/02/2011 a 30/06/2011 (correspondendo a um total de 840h), na Escola Superior de Saúde de Portalegre, na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço, ambas em Portalegre.

Foi orientado pela Professora Doutora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Mestre em Saúde Pública e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, e pelo Professor Doutor Mário Martins, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre e também Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

A escolha dos locais de estágio surgiu devido a três condições: um pedido formal efetuado pela Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, no sentido da ESSP colaborar na realização de sessões de educação para a saúde no âmbito da Sexualidade na Adolescência aos adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e de um curso de CEF; um contacto informal de um Professor da Escola Secundária de São Lourenço que solicitou a intervenção da ESSP em algumas áreas da Sexualidade na Adolescência a duas turmas do 10.º ano (10.ºE e 10.ºF); e de uma proposta à turma do 1.º Curso de Mestrado efetuada pelos professores da ESSP responsáveis pelo Estágio no sentido de esta efetuar algumas sessões de educação para a saúde no âmbito da promoção estilos de vida saudáveis e, simultaneamente, de promover a imagem da ESSP junto dos alunos dos 9.º e 12.º anos da área de Ciências e Tecnologia das escolas do concelho de Portalegre, facilitando em simultâneo as suas escolhas profissionais.

Após estarem definidos os locais de estágio, procedemos à elaboração Projeto de Estágio de Grupo (apêndice I), bem como do Projeto de Estágio Individual (apêndice II), uma vez que, apesar de os objetivos e atividades a desenvolver serem comuns a todos os elementos do grupo, cada mestrando, como ser único que é, teve a oportunidade de definir aspetos pessoais/específicos que considerasse importante desenvolver durante o estágio

para a construção do seu perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O relato da experiência que decorreu desse estágio, bem como a necessária pesquisa bibliográfica, constituem o presente relatório.

Contexto e motivação

À medida que a humanidade evolui, as eras e as sociedades vão sofrendo alterações a todos os níveis, devido ao desenvolvimento e “progresso” científico, tecnológico e médico, uma vez que nos encontramos “(...) in a context of demographic and epidemiological change, widening socioeconomic disparities, limited resources, technological development and rising expectation” (World Health Organization [WHO], 2008: 1). A área da saúde não é exceção, e, como tal, ao longo dos anos, têm emergido novas ameaças à saúde da população mundial, nomeadamente o envelhecimento, o urbanismo, o aumento do desemprego, o aumento da prevalência das doenças crónicas e do sedentarismo, o aumento da toxicodependência e da violência, o aparecimento de novas doenças infecciosas e problemas mentais, a globalização económica e comercial e a degradação ambiental.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010),

“Entre os jovens verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, particularmente importante entre as raparigas, de condutas violentas, particularmente importante entre os rapazes, da morbilidade e mortalidade por acidentes, da maternidade e paternidade precoces, em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos, e de comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas” (PORTUGAL, 2004: 30).

O mesmo PNS delineou orientações estratégicas de modo a tentar colmatar estes problemas identificados, nomeadamente:

- “Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das IST (...);
- Há que persistir, também, no reforço das actividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas e com o apoio dos serviços de saúde (...);
- Nesta fase do ciclo de vida, serão priorizadas intervenções a incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura” (PORTUGAL, 2004: 31).

E como *settings* prioritários, o PNS (2004-2010) definiu:

- “Como grande parte da vida do jovem se concretiza no espaço escolar e universitário, deve-se privilegiar o trabalho com as instituições do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e do Ensino Superior” (PORTUGAL, 2004: 31).

Em termos legislativos, o Estado Português tem vindo a adotar, desde 1984, diversos objetivos e a promover medidas concretas na efetivação dos direitos dos cidadãos em

matérias que dizem respeito à educação sexual, ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva “reforçando a protecção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncepcionais e desenvolvendo medidas de protecção contra doenças transmitidas por via sexual” (Ministério da Educação [ME], 2000: 5784).

A Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, consagrou “medidas no âmbito da educação sexual, do reforço de acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis” (artigo 1.º, Assembleia da República, 1999: 5232).

O Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro, “incorpora matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevância para a intervenção dos serviços especializados de apoio educativo nas escolas, à organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, ao envolvimento dos alunos e dos encarregados de educação e das respectivas associações e à formação de professores” (ME, 2000: 5784).

A Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto (regulamentada pela Portaria n.º 196A/2010, de 9 de abril) estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, consagrando

“as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano lectivo e, por último, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa” (Ministério da Saúde e da Educação, 2010: 1170-(2)).

Não obstante a legislação emanada pelo Estado Português acerca da educação sexual nas escolas, verifica-se que tanto os pais como os professores se continuam a demitir da sua tarefa educativa neste âmbito (Costa, 2006).

“Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação” (Oliveira *et al*, 2008, citados pelo Conselho de Enfermagem, 2009: 4).

Assim, e no que se refere à Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência, em relação à Escola Secundária Mouzinho da Silveira, colocámos em prática a metodologia do planeamento em saúde e, como tal, começámos pela primeira etapa que é o **diagnóstico da situação**, o qual apresentou as seguintes conclusões:

- os adolescentes inquiridos revelaram predominantemente atitudes liberais perante a sexualidade;

- verificaram-se atitudes conservadoras que diferiram consoante o género, em que no que se refere à distribuição de materiais pornográficos as raparigas se mostraram mais conservadoras, e em relação à homossexualidade os rapazes mostraram-se muito conservadores;

- mais de metade dos adolescentes inquiridos já decidiu iniciar relações sexuais, sendo a percentagem maior nos rapazes;

- o método contraceptivo escolhido é, na sua maioria, o preservativo, sendo de salientar que uma percentagem significativa de jovens respondeu que não decidiu relativamente ao método contraceptivo a utilizar;

- as fontes de informação sobre sexualidade mais privilegiadas pelos adolescentes inquiridos são, em primeiro lugar, os amigos, a seguir a mãe, o pai, a escola, a televisão e a internet, sendo a igreja completamente desvalorizada.

Após a análise das conclusões do diagnóstico de situação, passámos às etapas seguintes do planeamento em saúde, a **determinação de prioridades**, a **fixação de objetivos**, a **seleção de estratégias**, a **elaboração de programas e projetos**, a **preparação da execução**, a **execução** e a **avaliação**, as quais explicitaremos no capítulo III deste relatório.

No que se refere à Escola Secundária de São Lourenço, a nossa intervenção foi solicitada através de um contacto informal por um Professor dessa escola à Coordenadora do Mestrado em Enfermagem da ESSP, sendo que o levantamento de necessidades foi efetuado pelo referido professor da ESSL do qual surgiram dois temas a abordar: os métodos contraceptivos e as IST, a duas turmas do 10.º ano (10.ºE e 10.ºF).

“A Enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667). Como tal, é a área da Enfermagem que se apresenta mais competente para atuar junto da comunidade, e no nosso caso particular, junto dos adolescentes e jovens, de modo a contribuir para que estes possuam um futuro potencialmente saudável.

Como enfermeiros e alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, encontramos-nos a desenvolver competências nesta área, assim a nossa qualificação é extremamente importante dado ser nesta fase de desenvolvimento que se constrói o que pode ser definido como identidade profissional, ou seja, parte fulcral das aptidões teórico-práticas que nos permitirão desempenhar as funções de enfermeiros especialistas.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011,

“(…) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de

saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667).

Ou seja, deverá desenvolver competências que lhe permitam

“(…) participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667).

Daqui decorrem as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros (artigo 4.º, Regulamento n.º 128/2011):

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros: 8667).

Morais (2004: 23) diz-nos que o desenvolvimento de uma competência surge “do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão”. Portanto, sendo o conceito de competência mais abrangente do que a mera aptidão ou faculdade, mas também o poder e a capacidade que uma pessoa possui para resolver um assunto/problema/situação num determinado contexto, podemos afirmar que o desenvolvimento de uma competência será, no fundo, validar uma capacidade através da profissionalização, que implica um processo de formação, de procura e de ação ao longo da vida.

“A formação deve ser encarada como um fenómeno social, que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objectivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, técnicas ou relacionais” (Morais, 2004: 24).

A formação em contexto clínico “justifica-se pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, resultem numa mais-valia para o profissional de saúde e para o utente” (Miranda, 2010).

O ensino clínico “permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, 2004: 104). É neste espaço e tempo de excelência que o aluno é ‘convidado’ a desenvolver habilidades/capacidades de modo a aplicar os conhecimentos apreendidos (a enfermagem ideal), adequando-os à prática (a enfermagem real), permitindo, assim, o desenvolvimento das competências específicas acima mencionadas. Mas, para tal,

é necessária a realização de uma reflexão, uma vez que esta assume “particular interesse no campo da enfermagem, dada a necessidade de integrar a teoria e a prática” (Ferreira, 2004: 128) constituindo-se, assim, como “um momento privilegiado de integração de competências” (Ferreira, 2004: 128). Até porque, como nos diz Rebelo (1996: 16), “a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega”.

Assim sendo, e de forma a refletir sobre as aprendizagens efetuadas, realizámos o presente relatório de estágio.

O relatório de estágio

“ (...) é o documento que visa a descrever o local onde foi realizado o estágio, a informar o período de duração do mesmo, a relatar as actividades desenvolvidas pelo estagiário, assim como a apresentar análises, observações e sugestões referentes ao curso realizado” (Gonçalves & Biava, 2007: 11).

Neste âmbito, procuraremos desenvolver este relatório com recurso a uma atitude crítico-reflexiva sobre as situações vivenciadas e as actividades de enfermagem desenvolvidas durante o estágio e a forma como tais aprendizagens contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

Objetivos

O presente relatório tem como **objetivo principal**:

- Descrever todo o processo de aprendizagem realizado no contexto da prática do estágio, com base nos objetivos pessoais traçados nos projetos de estágio de grupo e individual.

E como **objetivos específicos**:

- Descrever as actividades realizadas durante o estágio e o suporte teórico em que nos baseámos para a realização do mesmo;
- Analisar as actividades realizadas durante o estágio e a forma como promoveram a construção do nosso perfil de enfermeiro especialista;
- Desenvolver a capacidade de reflexão sobre a aprendizagem desenvolvida, bem como as competências adquiridas e os progressos obtidos durante a prática.

Metodologia

Para a produção deste documento, adotámos três estratégias complementares. Por um lado, a pesquisa bibliográfica que permitiu abrir horizontes e fundamentar as actividades desenvolvidas durante o estágio. Por outro lado, a aplicação da metodologia do planeamento em saúde em todas as suas fases. E, por último, a análise quantitativa das perguntas fechadas do questionário de satisfação através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows, tendo-se recorrido à estatística descritiva com a análise de frequências

absolutas e percentagens. É de salientar que, no que se refere à pergunta aberta do questionário de satisfação, não recorreremos à sua análise através da análise de conteúdo, uma vez que não obtivemos dados para analisar.

Estrutura

Relativamente à estrutura e organização deste relatório, optámos por dividi-lo em quatro capítulos. O primeiro é dedicado ao referencial teórico, no qual se irá efetuar uma apresentação sobre a temática do planeamento em saúde, da promoção da saúde, nomeadamente no que se refere aos estilos de vida saudáveis e à sexualidade na adolescência, e, também, do modelo de promoção da saúde inerente às nossas intervenções. O segundo capítulo prende-se com a caracterização dos locais de estágio, onde se efetuará uma breve apresentação dos mesmos. O terceiro capítulo diz respeito à descrição das atividades desenvolvidas nas intervenções comunitárias efetuadas pela ordem cronológica em que estas decorreram, bem como à descrição dos resultados obtidos. E no quarto capítulo constará a discussão e análise dos resultados. Por fim será apresentada a conclusão, na qual optámos por colocar as competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros por nós adquiridas.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO

1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Atualmente a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais evidente, apesar de nas organizações de saúde ainda prevalecer a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de congregar esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

A palavra-chave, para tal, é o planeamento. De acordo com Silva (1983: 3),

“O planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica. Supõe que a realidade não é imutável nem tão-pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por factores incontroláveis. Reconhece que é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas e politicamente assumidas, se não num quadro de certeza, num campo de probabilidades”.

Ou seja, o planeamento nasce de uma ideia preliminar de projeto, de forma a encontrar uma resposta adequada à situação em causa, quando surge um técnico capaz de colocar em prática essa ideia, adequando-a ao contexto institucional da situação.

Imperatori & Giraldes (1993: 23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”.

De acordo com Mintzberg (Imperatori & Giraldes, 1993) planear é pensar no futuro, é decidir, é um plano integrado de decisões. É, portanto, um procedimento formalizado, que tem como finalidade um resultado integrado, sob a forma de um sistema integrado de decisões, necessitando, para tal, de três condições-chave: a racionalidade, a decomposição e a articulação.

Na área da saúde, o planeamento

“procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de

comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos” (Tavares, 1990: 37).

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores internos (os biológicos) e os fatores externos (o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados). Para além destes, devem-se ainda considerar as inter-relações estabelecidas com o meio externo.

Assim, o planeamento em saúde pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

O planeamento no setor da saúde torna-se evidentemente necessário devido às seguintes razões:

- à escassez dos recursos, como tal é necessário começar a utilizá-los eficaz e eficientemente;
- à necessidade de intervir nas causas dos problemas de saúde;
- à necessidade de definir prioridades, visto não ser possível resolver todos os problemas de saúde das pessoas ao mesmo tempo;
- à necessidade de se evitarem intervenções isoladas, pois as mesmas comportam custos elevados e, por vezes, irreparáveis, sendo importante implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- à necessidade de se utilizarem eficientemente as infraestruturas já existentes, uma vez que elas são caras, como tal, podem (e devem) apoiar simultaneamente vários equipamentos;
- à necessidade de existirem equipamentos que podem ter utilizações polivalentes;
- à competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de planos;
- à rapidez dos progressos da medicina e da tecnologia, o que requer uma adaptação constante às modificações;
- à necessidade de uma melhor utilização das aptidões e competências dos profissionais de saúde, num meio em que existe uma complexidade cada vez maior quer das técnicas, quer em termos da especialização profissional, quer também do trabalho em equipas multidisciplinares (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com a natureza dos objetivos a atingir e das decisões a tomar bem como os prazos, assim teremos os diferentes tipos de planeamento:

- planeamento estratégico – corresponde à tomada de decisões básicas, analisa as condições externas da organização bem como as condições internas da mesma; determina

finalidades; decide as prioridades da ação; do ponto de vista do horizonte temporal insere-se no longo prazo; é uma atividade característica da direção da organização;

- planeamento tácito – ocupa-se das técnicas de atribuição e distribuição de recursos e de coordenação; determina os objetivos gerais e específicos; preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões; do ponto de vista do horizonte temporal insere-se no médio prazo;

- planeamento operacional – ocupa-se da gestão de operações; está voltado para a gestão de recursos, para a eficiência e para a otimização dos resultados; do ponto de vista do horizonte temporal insere-se no curto prazo (Tavares, 1990).

O desenho do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, tal como se pode ver na figura seguinte (Figura 1).

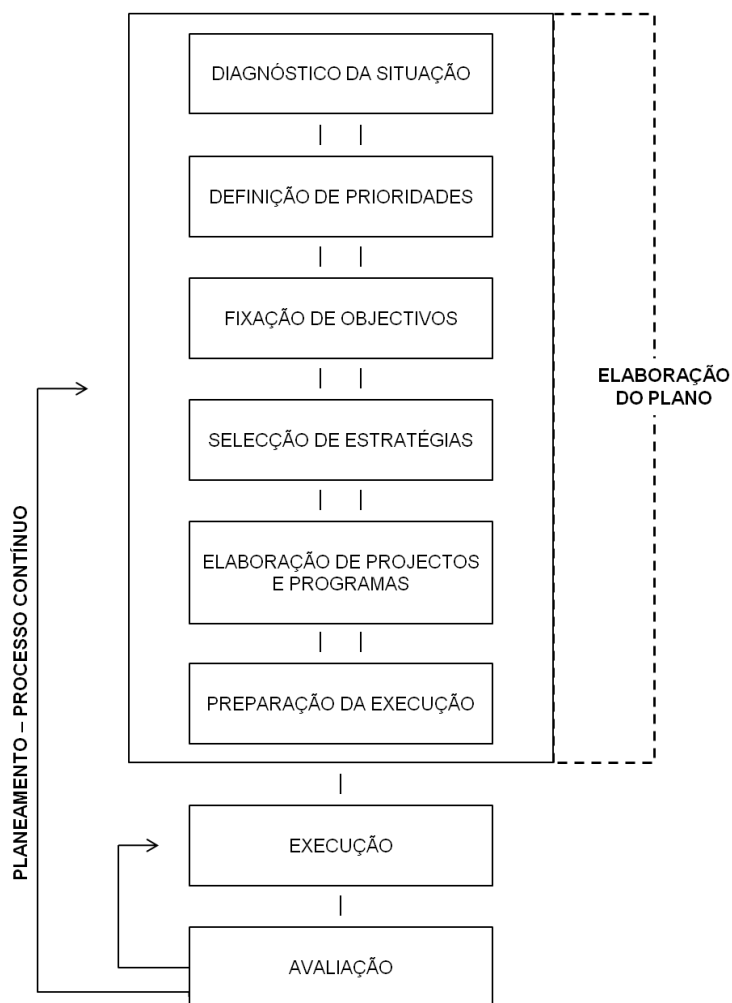


Figura 1 – Principais etapas do planeamento em saúde (Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 29).

Este é um processo que se pretende contínuo em todas as suas vertentes, pois a mudança não para e, como tal, “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

O **diagnóstico da situação** constitui a 1.^a etapa do planeamento em saúde, devendo corresponder às necessidades de saúde da população em estudo e “funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

Portanto, o diagnóstico pretende caracterizar tanto o nível como o estado de saúde de uma população, “(...) obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1993: 47).

Para tal, deve ser “suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais”, permitindo a identificação dos principais problemas de saúde, deve também ser “suficientemente aprofundado” de modo a proporcionar a explicação das causas dos problemas identificados, e, para além disso, deve ainda ser “sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

Da mesma forma que o próprio processo do planeamento em saúde é contínuo e cíclico, também o diagnóstico deve ser dinâmico e encarado como uma atividade que nunca termina, visto a realidade estar em constante modificação.

Após se terem identificado os problemas no diagnóstico, é necessário hierarquizá-los, pelo que passamos, então, à 2.^a etapa do planeamento em saúde: a **definição de prioridades**.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 64),

“A existência desta etapa está directamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).”

Os mesmos autores dizem-nos que a definição de prioridades possui duas dimensões: a dimensão temporal, visto as necessidades serem recorrentes, há que satisfazer as atuais

tendo sempre presente que as do futuro também terão que ser satisfeitas; e a dimensão ligada aos recursos, tendo em consideração que é impossível satisfazer as necessidades de todas as pessoas, há que ponderar quem são as mais carenciadas e mobilizar os recursos necessários (e disponíveis) para a sua satisfação.

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para que seja possível proceder à hierarquização dos problemas detetados, devem-se utilizar critérios que permitirão ordenar os problemas em prioridades.

Em 1965, a OMS definiu três critérios clássicos:

- magnitude – também denominada por importância ou tamanho, “trata de caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65);

- transcendência – também conhecida por importância segundo grupos etários, caracteriza o problema ponderando por grupos etários “de maneira a valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65);

- vulnerabilidade – também conhecida como possibilidade de prevenção, consiste na “possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia actual disponível na área” (Imperatori & Giraldes, 1993: 66).

Atualmente, além destes três critérios clássicos existem outros:

- evolução – que “consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente” (Imperatori & Giraldes, 1993: 6);

- irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiência;

- conformidade legal – que consiste na resolução de problemas para os quais já existe legislação favorável;

- atitude da população – aquando da hierarquização, poder-se-á optar por ter em consideração a “receptividade, insatisfação, comprometimento ou grau de controle da população sobre um problema” (Imperatori & Giraldes, 1993: 66);

- fatores económicos – que consistem em ponderar a existência de problemas que impliquem elevados custos ou efeitos negativos na produtividade ou, até mesmo, o aumento do nível de emprego.

Tavares (1990) propõe, ainda, outros critérios, tais como “o conhecimento da relação entre o problema e os factores de risco (elemento ligado à vulnerabilidade), a gravidade do problema e a exequibilidade tecnológica, deontológica ou económica” (Imperatori & Giraldes, 1993: 66).

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à 3.^a etapa do planeamento em saúde: a **fixação de objetivos**.

Nesta etapa, Imperatori & Giraldes (1993: 77) afirmam ser de extrema importância considerarem-se quatro aspetos: “a selecção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação dos objectivos a atingir a médio prazo; a tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas”.

Em relação aos indicadores, estes são “uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”, e podem ser divididos em dois tipos:

- indicadores de resultado ou de impacto – têm como finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual do problema” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77);
- indicadores de atividade ou de execução – têm como finalidade “medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78).

No que respeita à determinação da tendência dos problemas, esta consiste em determinar qual a situação do problema no futuro tendo em conta a sua evolução natural.

Após a determinação da tendência dos problemas, pode-se então proceder à fixação do objetivo. Sendo o objetivo definido como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993: 79), tal implicará uma fixação de objetivos positiva no que se refere à tendência de evolução natural do problema.

Por sua vez, o objetivo operacional (ou meta) é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80).

Enquanto um objetivo (que se traduz em indicadores de resultado) só é passível de ser avaliado a médio prazo (5 a 6 anos), um objetivo operacional ou meta pode ser avaliado a curto prazo (anualmente).

Na 4.^a etapa do planeamento em saúde, procede-se à **selecção de estratégias**, que consiste em conceber um processo baseado num conjunto de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um objetivo pré-fixado, reduzindo os problemas de saúde prioritários.

Para que se elaborem corretamente as estratégias é necessário

“estabelecer os critérios de concepção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever as estratégias e os objectivos (se necessário)” (Imperatori & Giraldes, 1993: 87).

A etapa do planeamento em saúde que se segue é a **elaboração de projetos**. Importa, antes de mais, distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 129). Por sua vez, um projeto é “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993: 129). Portanto, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo.

A elaboração de programas implica o conhecimento das suas principais componentes, que são a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do mesmo e o seu financiamento.

É de salientar que esta etapa é a primeira do planeamento operacional e “consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma estratégia, que visa atingir um ou vários objectivos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

A **preparação para a execução** é a etapa do planeamento em saúde que se segue. Ela pretende facilitar a realização das actividades, através da apresentação das inter-relações das actividades (evitando sobreposições e a acumulação de tarefas em excesso em determinadas alturas), da visualização dos obstáculos à execução e da previsão dos recursos necessários.

Nesta etapa, dever-se-á “especificar quando, onde e como as actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori & Giraldes, 1993: 149).

E, seguidamente, passamos à última etapa do planeamento em saúde: a **avaliação**.

Uma avaliação implica comparar algo com um padrão e, conseqüentemente, corrigir ou melhorar uma actividade em curso ou planear mais eficazmente, para tal há que utilizar a experiência de forma sistemática.

“A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993: 174).

Várias são as classificações propostas para a avaliação, desde Palmer (1989) que a dividia em retrospectiva, concorrente ou concomitante e prospetiva; por sua vez, Wollast (1981) classificava-a em avaliação interna ou avaliação externa; porém, a mais conhecida é a que foi realizada por Danobedian (1980) em avaliação de estrutura (equipamentos e instalações; organização e pessoal; fatores geográficos condicionantes), em avaliação do processo (cobertura da deteção de casos; diagnóstico; tratamento; transferência de casos; coordenação e continuidade dos cuidados) e em avaliação dos resultados (satisfação do utente; consequências para a saúde) (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

É importante que se consiga perceber a distinção entre avaliação a curto prazo e avaliação a médio prazo. A primeira “só é possível através dos indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas”, por sua vez a avaliação a médio prazo faz-se “em relação aos objectivos fixados em termos de indicadores de impacte ou resultado” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30). Portanto, conclui-se, assim, que a avaliação anual consiste na avaliação das atividades dos serviços e a avaliação a médio prazo consiste na avaliação dos resultados obtidos nos principais problemas de saúde.

2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde tem sido muito valorizada e procurada ao longo da história da humanidade. Não é recente a preocupação com os problemas de saúde das populações, sendo que esta preocupação se encontra relacionada com a evolução do conceito de saúde ao longo dos tempos.

Historicamente o conceito de saúde evoluiu, deixando de colocar a tónica na doença e focando-a na saúde. Se inicialmente a saúde era um conceito negativo, visto ser definida pela OMS como uma mera “ausência de doença ou enfermidade” (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978: 1), atualmente, é um conceito positivo “que implica a potenciação das capacidades do indivíduo para se desenvolver e influenciar positivamente o meio em que se insere” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465).

A Segunda Revolução da Saúde veio introduzir inovadores e marcantes conceitos teóricos nos países desenvolvidos, uma vez que “conceptualizava o “comportamento” como a grande epidemiologia do século XX” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 463). Esses conceitos foram o de Promoção da Saúde e o de Estilos de Vida.

O movimento de promoção da saúde tem a sua génese com Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, em 1974, aquando da divulgação do seu estudo intitulado “A New Perspective of the Health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde ou Relatório Lalonde. Este estudo parece ter tido uma motivação sobretudo “política, técnica e económica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que apoiava-se no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crónicas, pelos resultados pouco significativos que aquela apresentava” (Buss, 2000: 167).

Lalonde construiu um modelo, conhecido por “Determinantes da Saúde” (um clássico em Saúde Pública), que defendia que o nível de saúde de uma comunidade era determinado pela interação de quatro variáveis: “1 – a biologia humana (genética, envelhecimento), 2 – o meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural), 3 – o estilo de vida (comportamentos ligados à saúde), 4 – o sistema de saúde (cobertura e acessibilidade)” (Carvalho & Carvalho, 2006: 10). Portanto, de acordo com Lalonde o comportamento individual, bem como a forma como as pessoas interagem com o meio ambiente, influenciam o aparecimento de doenças e da morte no mundo moderno, preconizando, assim, que a promoção da saúde deveria combinar as mudanças dos fatores

ambientais com as mudanças dos estilos de vida, enfatizando, desta forma, a “relevância da promoção da saúde no aumento da esperança de vida sem incapacidade ou doença” (Justo, 2000: 117).

Este movimento por uma “nova saúde pública” conduziu, em 1978, à realização da Conferência de Alma Ata, a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, organizada pela OMS, que marca o início de uma renovada compreensão do conceito de saúde, que passa a abranger os determinantes socioeconômicos e sócio-culturais, reafirmando-o como um direito humano fundamental; para além disso, ressalta a responsabilização dos governos pela saúde dos cidadãos e o direito da participação da população nas decisões no campo da saúde. Esta conferência estabeleceu a meta “saúde para todos no ano 2000” e sublinha a importância dos Cuidados de Saúde Primários na consecução dessa mesma meta (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978).

As conclusões e recomendações de Alma Ata constituíram uma motivação em termos da promoção da saúde, o que originou a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, cujo produto final foi a Carta de Ottawa, a qual se tornou “desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo” (Buss, 2000: 170).

Na Carta de Ottawa, o conceito promoção da saúde é definido como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986: 1) e de atingirem um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, mas, para tal, os indivíduos/comunidade devem ter competências para “identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986: 1).

A saúde é considerada “como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986: 1), ou seja, como uma dimensão imprescindível para promover o desenvolvimento social, económico, pessoal e, também, a qualidade de vida dos indivíduos.

O documento aponta como determinantes da saúde “paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986: 1); e como estratégias fundamentais da promoção da saúde a defesa da saúde, a capacitação e a mediação.

Para além disso, a Carta de Ottawa ainda estabelece cinco campos de ação fundamentais da promoção da saúde: construção de políticas saudáveis, criação de

ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais (*empowerment*) e reorientação dos serviços de saúde.

As proposições então firmadas na Carta de Ottawa continuam, quase 25 anos depois, a ser uma base de orientação e foram reforçadas e complementadas nas conferências internacionais sobre promoção da saúde que se seguiram – Conferência de Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Banguécoque, 2006; e Nairobi, 2009.

Várias foram as estratégias discutidas nas sete conferências internacionais realizadas pela Organização Mundial de Saúde, com a finalidade de garantir um mundo mais saudável, com ampla participação e uma advocacia sustentável, com base nos direitos humanos e na solidariedade. Os princípios definidos na Carta de Ottawa têm sido reforçados e difundidos em torno do compromisso de saúde para todos, e continuam a orientar as políticas e as ações dos profissionais envolvidos na área da promoção da saúde.

De uma maneira geral, os diversos países têm procurado nortear as suas políticas governamentais de acordo com os valores, princípios e compromissos decorrentes destas conferências. Teoricamente, tem-se procurado concretizar as recomendações emanadas pelas diversas conferências internacionais realizadas, porém, na prática, isso traduz-se em atividades pontuais que mais se relacionam com a prevenção das doenças do que com a promoção da saúde.

Importa, por isso, diferenciar o conceito de prevenção e o de promoção, que muitas vezes são utilizados indiscriminadamente e erradamente como sinónimos.

A importância atribuída à promoção da saúde, em Portugal, encontra-se expressa na alínea a), do n.º 1, da Base II, da Lei de Bases da Saúde, quando é afirmado que “A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado” (Assembleia da República, 1990: 3452). No mesmo diploma, é salientado que a promoção da saúde envolve todos os profissionais de saúde a todos os níveis da prestação de cuidados, bem como todos os setores da sociedade.

Segundo Dias, Duque, Silva & Durá (2004: 465),

“enquanto que a prevenção é um conceito relacionado com a doença, a promoção é um conceito relacionado com a saúde e mais amplo que o da prevenção, na medida em que implica não só a protecção e a manutenção da saúde mas também a promoção do óptimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e da comunidade”.

Portanto, o comportamento de promoção da saúde é dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem-estar, por sua vez, a prevenção da doença é um comportamento dirigido à redução da ameaça da doença ou complicações (Stanhope & Lancaster, 1999).

A promoção da saúde não se dirige apenas aos indivíduos doentes, mas sim a todos os indivíduos quer na ausência quer na presença de doença. Procura estabelecer a capacidade pessoal para que cada indivíduo promova a sua saúde, tentando criar um contexto favorável

à saúde. Ou seja, enquanto a promoção da saúde consiste em medidas gerais positivas, nomeadamente a educação para uma vida saudável e a promoção de ambientes favoráveis; a prevenção, por sua vez, abarca medidas para reduzir a ameaça das doenças.

Confusões entre os termos promoção da saúde e educação para a saúde também têm sido frequentes. Como tal, é importante eliminarem-se estas distorções conceituais, de modo a conferir mais qualidade às discussões sobre estas temáticas.

A promoção da saúde “é um processo amplo por meio do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465), é um conceito amplo que comporta várias estratégias de atuação e que pretende provocar mudanças ao nível do *comportamento organizacional* (Candeias, 1997).

Por sua vez, a educação para a saúde “constitui-se como um instrumento, para alcançar os objectivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465), é um instrumento ou uma estratégia básica da promoção da saúde que visa desencadear mudanças ao nível do *comportamento individual* (Candeias, 1997). Sendo que estas estratégias de educação para a saúde podem ser desenvolvidas ao nível individual, grupal ou comunitário e poderão incluir intervenções pessoais diretas ou, até mesmo, campanhas nos meios de comunicação social.

Quer a promoção da saúde como a educação para a saúde, são dois componentes, por excelência, dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Assim, os profissionais que desenvolvem a sua atividade profissional em CSP, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, possuem um papel extremamente importante no âmbito da promoção da saúde, porque estabelecem um contacto muito próximo e permanente com a população/comunidade na sua área geográfica da prestação de cuidados e, para além disso, detêm um conhecimento privilegiado dos hábitos, crenças, atitudes e comportamentos das pessoas, o que facilita uma ação promotora de saúde dirigida às famílias e à comunidade.

Tendo em consideração que o objetivo primordial da promoção da saúde é o de promover alterações positivas nos comportamentos de saúde dos indivíduos, os enfermeiros, como promotores da saúde, devem possuir conhecimentos e competências que lhes permitam fomentar atitudes ou condutas benéficas para aquele indivíduo, respeitando o seu ritmo e as suas necessidades, em termos de saúde, mobilizando motivações junto dos indivíduos em vez de imposições. Tal como nos diz Hesbeen (2000: 21),

“a intervenção dos profissionais, na promoção da saúde, é equivalente, de certa forma, à de um jardineiro. Este cuida de uma planta utilizando todos os meios de

que dispõe para, como muita paciência, permitir à flor desabrochar e mostrar toda a sua beleza”.

2.1 – ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Na sociedade em que vivemos atualmente, é exigido aos cidadãos que possuam uma grande capacidade de adaptação e readaptação à mudança e aos acontecimentos do dia a dia.

Tem-se assistido, nas últimas décadas, ao aumento da saúde global da população mundial, o que se refletiu na diminuição da mortalidade infantil e no, conseqüente, aumento da esperança de vida.

Porém, e fruto dos avanços científicos e da medicina bem como da adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde, tem-se verificado um aumento das doenças crônicas, entre as quais as doenças crônicas não transmissíveis, tais como: as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, as doenças osteoarticulares, o cancro, as doenças respiratórias crônicas e a depressão (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004).

De acordo com a DGS (2004: 2-3), os estilos de vida são definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais”.

Os principais fatores de risco envolvidos na origem das doenças não transmissíveis acima mencionadas são os erros alimentares, a obesidade, o consumo do tabaco, o consumo excessivo de álcool, o consumo de substâncias ilícitas, a inatividade física e a má gestão do stress (DGS, 2004).

No PNS 2004-2010 são apresentadas *estratégias para a gestão da mudança*, entre as quais se encontram a *mudança centrada no cidadão* e a *capacitação do sistema de saúde para a inovação*. No que se refere à *mudança centrada no indivíduo*, destacamos a *promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis*, a qual pretende não só combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, como também sensibilizar os profissionais de saúde para promoverem comportamentos saudáveis junto dos indivíduos, sendo esta uma medida com um grande potencial de ganhos em saúde.

Relativamente ao consumo de tabaco, o PNS propõe a prevenção da iniciação tabágica nos jovens; o reforço das intervenções ao nível da desabitação tabágica; e também o reforço dos mecanismos legislativos para proteção dos não fumadores.

No concerne ao consumo excessivo de álcool, o PNS sugere que se aposte na “educação para a saúde, objetiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais”, na “disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos” e nas “restrições da publicidade” (PORTUGAL, 2004: 109). Para além disso, propõe a aposta na formação aos profissionais dos CSP e na formação específica dos profissionais que atuam no atendimento na área do alcoolismo e das substâncias ilícitas, sendo possível para tal o estabelecimento de parcerias (por exemplo, com o IDT, ...).

Para prevenir o consumo de drogas ilícitas, no PNS podemos encontrar algumas propostas de medidas, tais como: a aposta em projetos na área da prevenção primária e da redução dos riscos; o reforço da área do tratamento e da reinserção; a implementação de medidas de reestruturação da intervenção realizada pelos CAT; o investimento na melhoria da qualidade dos recursos quer humanos, quer técnicos e metodológicos das unidades de tratamento; a criação de “unidades medicamente assistidas para populações especiais, como grávidas, mães com filhos pequenos e portadores de doenças mentais e físicas” (PORTUGAL, 2004: 112); a aposta na formação e requalificação dos profissionais que atuam nesta área; e a participação do poder local, das escolas e das famílias na prevenção primária do consumo.

Em relação à promoção de uma nutrição saudável, é proposto no PNS, para além de um novo Inquérito Alimentar Nacional e da revisão das Recomendações para a Educação Alimentar para a População Portuguesa, a redução do consumo de sal, de álcool e gorduras, e o aumento do consumo de fruta e vegetais.

De modo a incentivar a atividade física regular, é proposta a compilação de recomendações sobre a atividade física regular, adaptadas à população portuguesa; o desenvolvimento de projetos de promoção da atividade física, em parceria com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios; o aumento da sensibilização da população portuguesa para as vantagens da prática regular de exercício físico (PORTUGAL, 2004).

Todas estas medidas vão ao encontro das estratégias definidas na Carta de Ottawa, já mencionadas anteriormente: construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais (*empowerment*) e reorientação dos serviços de saúde (1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

A promoção da saúde está diretamente associada à aquisição de estilos de vida saudáveis, através da redução de hábitos desfavoráveis relacionados com o risco e com a suscetibilidade para as doenças, que de acordo com a Carta de Ottawa está associado a um

processo de capacitação das pessoas e das comunidades para o aumento do controlo sobre a sua própria saúde.

Para Silva (2004) os estilos de vida definem-se através de maneiras diferentes de viver e de “ser”, dentro de uma mesma sociedade, influenciando os comportamentos e atitudes das pessoas em relação à sua condição de saúde.

A melhoria da saúde deve possibilitar que as pessoas mudem os seus estilos de vida. Deste modo, a atuação deve ser dirigida em simultâneo ao indivíduo, às condições sociais e às condições de vida, a fim de produzir e manter esses padrões comportamentais.

Os estilos de vida são, substancialmente, produto de uma construção social e cultural, por isso é importante recuperar, criar e apoiar práticas promotoras de saúde, que permitam ao indivíduo desenvolver todo o seu potencial enquanto cidadão.

Atendendo ao que foi referido acerca dos estilos de vida saudáveis, reconhecemos que a sexualidade na adolescência se insere nestes, no entanto iremos abordar esta temática no próximo sub-capítulo devido à importância que teve numa das intervenções por nós realizada no estágio de intervenção comunitária.

2.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

2.2.1 – Conceito de Sexualidade Humana

O conceito de sexualidade humana é abrangente e complexo, pelo que a sexualidade “(...) não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras” (López e Fuertes, 1999, citados por Fernandes, 2006: 2).

A sexualidade humana é um tema cuja abordagem explícita é recente na nossa sociedade. Só a partir do fim do século XIX e no decurso do século XX, a sexualidade começou a ser percebida na ótica das diferentes ciências e a ser considerada como uma parte integrante da vida dos indivíduos, pois, até então, era considerada algo impuro e, como tal, era um assunto tabu.

Para a Organização Mundial da Saúde a Sexualidade Humana é

“uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Fernandes, 2006: 2).

De acordo com Sprinthall & Collins (1994: 405) “(...) a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações

físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”. Ou seja, acompanha o indivíduo no seu crescimento, integrando-o ao longo da sua existência.

A sexualidade, tal como nos diz Fernandes (2006), assume-se como um dos “núcleos estruturantes da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa”, agregando “componentes sensoriais e emotivo-afectivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais”, obtendo um significado concreto no “contexto de um projecto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro” (Fernandes, 2006: 3).

Para Bastos (2003) a sexualidade é “parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, bem como do processo educativo, já que caracteriza o homem e a mulher, não somente no plano físico, mas também no psicológico e espiritual, marcando toda a sua inerente expressão” (Fernandes, 2006: 3).

Vilar (2002: 14), diz-nos que a sexualidade “é dimensão do corpo, da vida, do relacionamento interpessoal e das dinâmicas sociais potencialmente geradora de bem-estar, de crescimento, de auto-realização mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimento”. É, por isso, a mais universal das experiências, mas, também, a mais pessoal e subjetiva, uma vez que sofre a influência de vários fatores: biológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos.

Definir sexualidade é, pois, uma tarefa altamente complexa. Devido à importância que assume no contexto da existência humana, a sexualidade surge imbuída num conjunto de dimensões e problemáticas, não podendo ser perspectivada como imutável, seja em termos pessoais, seja em termos sociais ou, até mesmo, em termos históricos. Porque, por um lado, a sexualidade varia ao longo do ciclo de vida em função da idade, da classe, da etnia, da capacidade física, da orientação sexual e da religião, englobando fatores biológicos, emocionais e sociais; e, por outro lado, os costumes, a moral e as leis civis de cada sociedade regulamentam os comportamentos sexuais, sendo, portanto, a sexualidade também influenciada por fatores históricos.

Portanto, “os contextos sociais e históricos e as experiências de vida individuais actuam assim sobre a própria base biológica da sexualidade, construindo realidades emocionais, cognitivas, comportamentais e relacionais diferenciadas” (Vilar, 2002: 84).

A sexualidade pode ser uma forma privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional se for vivida de forma consciente, informada e saudável. Ou, pelo contrário, pode ser uma fonte de sofrimento quando a sua expressão se faz de forma imatura, ignorante e violenta.

É, por isso, de extrema importância que tenhamos consciência que a sexualidade tem percalços inevitáveis e evitáveis. “Os inevitáveis resultam da própria complexidade dos afectos com ela relacionados, das expectativas e das frustrações, dos amores e dos

desamores” (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001: 12). Os evitáveis são, por exemplo, as gravidezes indesejadas e as infeções sexualmente transmissíveis (IST), e resultam de comportamentos negligentes ou pouco informados e imaturos.

Por isso, é importante que tenhamos a consciência que

“a sexualidade humana é, entre todas as esferas do comportamento humano, uma das ou a mais socialmente moldada, o desejo existe, persiste e pode ou não ser contido; a sua gestão e formas de expressão é que são socialmente condicionadas e produzem ideias, sentimentos e comportamentos diferenciados” (Vilar, 2002: 85).

2.2.2 – A Adolescência

A adolescência é caracterizada por um período de grandes e rápidas alterações, tanto a nível físico como a nível cognitivo e psicossocial (Stanhope & Lancaster, 1999). É considerada o período de transição entre a infância e a idade adulta, onde os adolescentes têm que construir a sua identidade, verificando-se crises e indecisões, situações conflituosas que terão que ultrapassar.

Sampaio (1991) considera a adolescência como uma etapa do desenvolvimento do ser humano, que ocorre desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que alterações biológicas e psicológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida.

“La adolescencia es un tiempo personal que marca el ingreso al mundo a través de la conquista de un espacio propio, en el espacio social e cultural” (Martins, 2007: 20). Ou seja, a adolescência pode ser considerada um segundo processo de individualização (Sampaio, 1991), ao ocorrer um afastamento dos ímãs parentais e a descoberta de objetos de amor e ódio fora do seio familiar, em que o adolescente vai sentir uma necessidade de experimentar situações de emoção intensa, para lidar com o vazio interior originado pela quebra das ligações infantis, tendo o primeiro processo de individualização ocorrido por volta dos três anos de idade aquando da separação da criança à mãe.

Para Bouça (2004) a adolescência é o período da vida em que se define a noção de espaço e tempo através de um corpo em mudança, que se organiza de forma própria na relação com um espaço preenchido por objetos, com os quais estabelece relações de segurança ou de medo, de proximidade ou de distância, de desejo ou de evitamento, de esperança ou de desilusão.

É, portanto, um período de crises que se situa entre dois pólos: a dependência (proteção) e a independência (autonomia), tal como nos dizem Correia & Alves (1990, citadas por Brás, 2008).

É nesta fase, no meio de contradições, confusões e ambivalências, que surgem os conflitos com os pais (Correia & Alves, 1990, citadas por Brás, 2008). Sendo que os pais dos adolescentes, homens e mulheres na etapa média da vida, quase sempre muito ocupados em termos profissionais, têm pouco tempo para estar com os filhos, numa época que exigiria uma presença mais intensa. Confrontam-se agora com uma jovem geração habituada a pô-los em causa e a exigir sem medo (Sampaio, 1998).

“La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta” (Martins, 2007: 20). Esta etapa poderá gerar alguma confusão no adolescente, a qual apenas cessará no momento em que a identidade psicológica do adolescente se define.

É na adolescência que o pensamento hipotético, dedutivo ou formal se manifesta. Sendo que Assunção (1999, citado por Saito & Silva, 2001) defende que esta transformação que ocorre ao nível psicológico se caracteriza pela capacidade de raciocínio, muitas vezes sem lógica; pela habilidade na resolução de problemas, muitas vezes desadequadamente; pela capacidade de planear, fazendo lógicas do passado, presente e futuro nas soluções, integrando muitas vezes fantasias, crenças e memórias; pela habilidade em classificar as pessoas e objetos, baseando-se em hipóteses e categorias, sem dar importância às evidências e imagens; pela construção de pensamentos criativos a partir de padrões simbólicos; e pela criação de opiniões, de maneira inequívoca, mostrando a sua individualidade e o seu padrão moral.

“Es importante, entonces, percibir que nuestra identidad es algo que se va construyendo con los otros. Vamos aprendiendo a ser hombres o mujeres, primero en el contexto familiar, con nuestros progenitores, y después con nuestro grupo de amigos, y con todos los otros con quien establecemos relaciones” (Martins, 2007: 21).

Segundo Hurlock (1979), existem quatro mudanças que ocorrem na adolescência:

- 1.^a – Elevação do reflexo emocional, cuja intensidade depende da rapidez com que as mudanças físicas e psicológicas ocorrem na experiência do indivíduo;
- 2.^a – Amadurecimento sexual, que ocorre quando o adolescente se encontra inseguro em relação a si mesmo, às habilidades e aos seus interesses. Ele experimenta, nesta fase, o sentido de instabilidade, especialmente face ao tratamento ambíguo que recebe do mundo exterior;
- 3.^a – Mudanças no corpo, nos seus interesses e nas suas funções sociais, criando problemas ao adolescente, uma vez que este apresenta dúvidas perante o que o grupo onde se insere pensará dele;
- 4.^a – Mudanças que ocorrem na vida quanto ao sistema de valores. Muitas coisas que antes eram importantes passaram a ser secundárias. Desenvolve uma capacidade

intelectual que lhe dá condição de análise crítica para com o sistema de valores a que foi exposto.

A busca da identidade e da procura da uniformidade, para encontrar a segurança e a autoestima, estão sempre presentes. Pelo que, é nesta fase que ocorre a construção dos valores sociais, tais como a justiça, a liberdade e a equidade, bem como do interesse pelos problemas éticos e deontológicos.

Portanto, nesta etapa da vida de um indivíduo, de limites mal definidos – a adolescência – além das profundas transformações ao nível biológico ocorrem, também, transformações ao nível psicológico, familiar, social e/ou cultural. O adolescente procura construir a sua identidade e descobre a sua sexualidade, sendo esta vivida de uma forma bastante intensa. Por isso, com o despertar da sexualidade, surge a necessidade de incrementar a responsabilidade e a sensibilização dos jovens para a vivência de uma sexualidade saudável. O esclarecimento, a informação e a formação do adolescente é fundamental para que este possa viver o mais saudável possível, nomeadamente no que concerne à sua sexualidade.

A formação da identidade pessoal e sexual permitirá, ao adolescente, sentir-se uma pessoa sexuada, diferenciada dos outros, com um sistema de valores próprios e congruentes ao longo do tempo.

Para além disso, ocorrem também mudanças sociais (mudanças na capacidade de integração social) as quais situam o adolescente perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia.

2.2.3 – A Educação Sexual na Adolescência

Nunca como atualmente se falou tanto de assuntos relacionados com a sexualidade e pode-se constatar que se tem vindo a construir uma visão mais positiva e tolerante da mesma. Porém, estas transformações, ao quebrarem as normas rígidas de comportamento que existiam outrora, geraram grande insegurança e ambivalência, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade dos adolescentes.

Assim, parece fazer todo o sentido desenvolver programas de educação sexual. Mas, para tal, não podemos ter a ilusão que a educação sexual resolverá todos os problemas e dificuldades que a sexualidade levanta, no entanto pode contribuir não só em termos sociais para a consolidação de uma visão positiva da sexualidade, como também em termos individuais para uma vivência mais consciente e responsável da sexualidade.

“A vivência da sexualidade pelos adolescentes continua a constituir um tema de desconforto social em que persiste uma aceitação apenas parcial, que a transforma (e a sociedade é disto um exemplo) num terreno de conflito ideológico

e político entre os diversos actores institucionais que pretendam produzir estratégias de intervenção naquela área” (Vilar, 2002: 15).

Do ponto de vista da saúde, tem-se verificado uma certa contradição entre o esforço de intervenção programada no contexto da sexualidade na adolescência e os resultados efetivamente obtidos ao nível das atitudes e dos comportamentos manifestados pelos adolescentes. Por outro lado, o grau de permissividade crescente que caracteriza a sociedade atual, por um lado, e a falta de apoio autêntico e adequado por parte dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde, por outro, tem levado a que os adolescentes adotem comportamentos de risco na satisfação das suas necessidades sexuais (López & Fuertes, 1999).

“As primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde” (Conselho de Enfermagem, 2009: 2), verificando-se, atualmente, que os jovens portugueses iniciam a sua atividade sexual mais precocemente, que Portugal é o 2.º país da Europa com mais gravidezes na adolescência, que 15% dos jovens infetados com SIDA têm menos de 25 anos e que 8,8% dos jovens com menos de 15 anos praticam relações sexuais sem preservativo (Conselho de Enfermagem, 2009).

“A sexualidade adolescente não existe como essência abstracta ou sucessão previsível de sentimentos, constrói-se em dialéctica sistemática com valores e práticas da sociedade em geral” (Vaz, 1997: 38). Daí o tema da sexualidade na adolescência possuir grande importância e atualidade, sendo os adolescentes considerados um grupo prioritário, ao nível da educação sexual da saúde reprodutiva e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Desta forma, o papel dos profissionais de saúde, pais e professores é fundamental para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude.

Segundo Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001: 7),

“Os profissionais de saúde, no âmbito das actividades de Educação para a Saúde e da Saúde Escolar estão também envolvidos na Educação Sexual e serão crescentemente solicitados a colaborar com as escolas na realização de acções sobre Educação e Saúde Sexual”.

Segundo Martins, M.F. (2007: 27), educar “es siempre un proceso relacional que permite la permuta y possibilita la transmisión del saber ya adquirido y de la experiencia de vida, y torna libremente activo el que aprende”. É uma ação interativa que envolve o educador e o educando em que ambos são agentes e atores, gerando aprendizagem.

Por sua vez, aprender “confiere dignidad al que aprende y possibilita el conocimiento y entendimiento de la complejidad del mundo em que vivemos” (Martins, M.F., 2007: 27), e está intimamente ligado ao termo *empowerment*, em português capacitação, sobejamente referido e defendido no âmbito da promoção da saúde.

A educação sexual é um processo pelo qual a pessoa desenvolve um conjunto de ações estruturadas e formais e, simultaneamente, um conjunto de ações não estruturadas e informais. É considerada “en la sociedad actual, una necesidad una vez que las apelaciones a la sexualidad están presentes en los más variados aspectos” (Martins, M.F., 2007: 28).

É importante que a educação sexual consiga desmistificar a sexualidade, passando os adolescentes a encarar a sexualidade e o corpo humano com mais naturalidade, como consequência de um conhecimento mais profundo do tema. Como tal, deve atender às necessidades e expectativas dos indivíduos na condição de sujeitos das relações interpessoais, vivenciadas num determinado tempo e espaço. Desta forma, a educação sexual, como parte integrante da educação em geral, tem influência crucial na formação de atitudes, comportamentos e práticas positivas.

Para Schiavo (1999) a educação sexual visa a “formação de homens e mulheres buscando a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e culturais do ser sexual, contribuindo para o enriquecimento e incremento positivo, da personalidade, da comunicação e do amor” (Costa & Magno, 2002: 33).

A educação sexual pretende, no fundo, tornar a prática da sexualidade responsável, através de uma conduta coerente para explorar o corpo, o afeto, o medo, o prazer, juntamente com as experiências acumuladas durante a vida.

Azevedo (2008: 24, citando López *et al*, 1986) refere que existem quatro objetivos gerais acerca da educação sexual dos adolescentes:

- 1 – “Aceitação positiva da própria sexualidade”;
- 2 – “Favorecimento do diálogo acerca de temas sobre a sexualidade”;
- 3 – “Tomada de consciência da vertente relacional das condutas sociais”;
- 4 – “Aquisição de conhecimentos, o mais amplo e objectivos possíveis”.

Numa fase em que as transformações se sucedem de uma forma repentina e rápida, é natural que os adolescentes sejam invadidos por inúmeras dúvidas relacionadas com as alterações sofridas no seu corpo e mente.

Com a revolução sexual, ocorrida nos anos 60, vieram duas grandes alterações nos adolescentes: o início precoce da sua atividade sexual e a promiscuidade da mesma. Assim, é imperativo o acesso à informação o mais precocemente possível, de forma a “prevenir o número crescente de adolescentes grávidas bem como o aumento das doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária” (Azevedo, 2008: 41).

Desta forma, quer profissionais de saúde quer educadores (família, escola, amigos) possuem um papel essencial na promoção de uma sexualidade saudável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude.

Porém, “es necesario desmistificar la idea de que ofreciendo educación sexual se incita y promueve la curiosidad, acelerando el comienzo de las experiencias sexuales” (Martins,

M.F., 2007: 33). Até porque, segundo a mesma autora, os países que possuem a educação sexual nos *currícula* das escolas, são aqueles que apresentam taxas mais baixas tanto de gravidezes não desejadas como de IST.

Portanto, é necessário educar, esclarecer, motivar e ajudar o adolescente a descobrir os seus próprios valores, a conhecer-se melhor, para que tomem decisões responsáveis, através de um programa de educação sexual na escola adequado ao nível de desenvolvimento do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

Assim, Cortesão *et al* (2005, citado por Santos, 2008) considera que existem três grupos distintos de intervenção, com diferentes objetivos:

- 2º Ciclo do Ensino Básico: são jovens que, geralmente, têm idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos; o objetivo geral da educação sexual é que o adolescente compreenda e identifique as mudanças fisiológicas e emocionais.

- 3º Ciclo do Ensino Básico: geralmente as idades encontram-se entre os 13 e os 15 anos; os objetivos da educação sexual são: que o adolescente compreenda o que é a sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade; aumentar o seu poder de decisão e a sua tolerância para com as escolhas dos outros; que adote comportamentos informados e responsáveis face à reprodução, nomeadamente à contraceção; que seja capaz de identificar comportamentos preventivos frente aos abusos sexuais e como pode conseguir apoio nesta situação.

- Ensino Secundário: o adolescente apresenta o seu corpo de adulto praticamente desenvolvido, psicologicamente ele é mais independente e afirma as suas atitudes e valores face à sexualidade e ao amor; os objetivos educativos nesta fase são: que o adolescente compreenda a sexualidade e as suas formas de expressão ao longo da vida; aprofundar conhecimentos acerca da gravidez, parto e puerpério; que adote comportamentos sexuais informados e responsáveis, nomeadamente em relação às IST.

A Educação Sexual, no nosso país, não é uma disciplina com programa próprio, ela encontra-se enquadrada nos programas de diversas disciplinas, sendo que algumas delas “incluem, explicitamente, temas de Educação Sexual, como, por exemplo, o Estudo do Meio, as Ciências Naturais, a Biologia, a Psicologia e a Educação Moral e Religiosa” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 31). Daí que o Ministério da Educação em colaboração com o Ministério da Saúde tenham elaborado em documento onde propõem linhas orientadoras para o ensino da Educação Sexual nos diferentes níveis de ensino.

Para os alunos do 2.º, 3.º Ciclo e do Ensino Secundário, o referido documento propõe que é desejável que estes:

- Aumentem e consolidem os conhecimentos acerca:

- “das dimensões anátomo-fisiológica, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade; do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das regras de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo

da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos da reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das infecções de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abusos sexual e das estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 78-79 e 91).

▪ Desenvolvam atitudes:

“de aceitação das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da sua idade; de aceitação da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida; de reflexão e de crítica face aos papéis estereotipados atribuídos socialmente a homens e mulheres; de reconhecimento da importância dos sentimentos e da afectividade na vivência da sexualidade; de aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais; de prevenção face a riscos para a saúde, nomeadamente na esfera sexual e reprodutiva; de aceitação do direito de cada de cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 79 e 92).

▪ Desenvolvam competências para:

“expressar sentimentos e opiniões; tomar decisões e aceitar as decisões dos outros; comunicar acerca do tema da sexualidade; aceitar os tipos de sentimentos que podem estar presentes nas diferentes relações entre as pessoas, incluindo os do âmbito da sexualidade; adoptar comportamentos informados em matérias como a contracepção e a prevenção das ITS; adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de sociabilidade; reconhecer situações de abuso sexual, identificar situações e procurar ajuda; identificar e saber aplicar respostas adequadas em situações de injustiça, abuso e perigo e saber procurar apoio, quando necessário” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde: 2000: 79-80 e 92).

Com base neste documento do Ministério da Educação & Ministério da Saúde (2000), os autores Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) propõem que se desenvolvam as seguintes temáticas de Educação Sexual de acordo com os respectivos níveis de ensino:

▪ 2.º Ciclo do Ensino Básico: a noção de sexualidade, as expressões da sexualidade, as diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino, as modificações da puberdade, a importância dos sentimentos na sexualidade, os papéis sexuais, as relações interpessoais, os cuidados de higiene corporal, os aparelhos reprodutores, e a concepção, gravidez e parto;

▪ 3.º Ciclo do Ensino Básico: as modificações do corpo, a noção de sexualidade, as relações interpessoais adolescente/grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade), as relações interpessoais adolescente/família, os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana, a contracepção, as IST e os abusos sexuais;

▪ Ensino Secundário: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosssexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de

casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contraceção, a Sida e a exploração sexual.

3 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA

A Teoria da Aprendizagem Social, mais tarde também designada por Teoria Sócio-Cognitiva, foi desenvolvida por Bandura e defende que “o comportamento humano é explicado em termos de uma teoria recíproca dinâmica de três vias, onde factores pessoais, influências ambientais e comportamento interagem continuamente” (Glanz, 1999: 29). O comportamento é socialmente aprendido, sendo o resultado de uma interação entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores, isto é, o indivíduo é capaz de agir para além da relação comportamento-consequência imediata, sendo capaz de trabalhar ativamente, estabelecer metas e planos comportamentais quer a curto quer a longo prazo.

A premissa base desta teoria é a “as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as acções dos outros e os resultados dessas acções” (Glanz, 1999: 29). Portanto, as pessoas não agem passivamente, podendo também modificar os seus ambientes, ou seja, “os indivíduos adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais, padrões de comportamento e novos comportamentos através da observação dos outros” (Redman, 2003: 22).

Nesta teoria, a aprendizagem é gerada através do desenvolvimento de padrões cognitivos que proporcionam um guia potencial para o comportamento e, conseqüentemente, os conhecimentos levam a uma organização da estrutura cognitiva armazenada em imagens visuais, assumindo-se assim a aprendizagem como uma acumulação de uma nova informação na memória. Para além disso, considera existirem diferentes níveis de aprendizagem, relacionando-os com a aquisição de conhecimento pressupondo diferentes graus de perícia na resolução dos problemas de acordo com o aperfeiçoamento dos modelos mentais (Redman, 2003).

De acordo com Glanz (1999: 29), a teoria sócio-cognitiva é “correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção”.

Esta teoria apresenta como principais conceitos:

- **Determinismo recíproco:** que consiste nas mudanças de comportamento resultantes da interação entre o indivíduo e o ambiente, sendo estas mudanças bidireccionais. As “formas do ambiente mantêm e limitam o comportamento, mas as pessoas não agem de forma passiva no processo, pois podem criar e modificar os seus ambientes” (Glanz, 1999: 29). Em termos de aplicação deste conceito, há que envolver o indivíduo e as pessoas

significativas, de modo a que este consiga ser capaz de trabalhar eficazmente para mudar o ambiente.

▪ **Capacidade comportamental:** que consiste no conhecimento de habilidades para influenciar o comportamento, ou seja, o indivíduo necessita de saber o que fazer e como o efetuar e, para tal, são necessárias instruções claras e treino (Glanz, 1999).

▪ **Expectativas:** que consiste nas crenças acerca dos resultados prováveis da ação, isto é, quando um indivíduo acredita que determinada ação é conducente a um determinado resultado. Para aplicação deste conceito deve-se fornecer informações sobre os possíveis resultados sob a forma de conselho (Glanz, 1999).

▪ **Autoeficácia:** que consiste na autoconfiança que o indivíduo deposita na capacidade de realizar determinada ação e persistir nela, ou seja, quando o indivíduo se considera habilitado para efetuar ou adotar determinado comportamento. Para colocar em prática este conceito deve-se sublinhar os pontos positivos da ação, persuadindo e encorajando o indivíduo a efetuar uma mudança em pequenos passos (Glanz, 1999).

▪ **Aprendizagem observacional:** que consiste na crença que “as pessoas podem obter uma compreensão concreta das consequências das suas acções observando os outros, e notando quando o modelo de comportamento é desejável ou não” (Glanz, 1999: 31). Portanto, as pessoas aprendem o que podem esperar com a adoção de determinado comportamento através da experiência dos outros (modelação). Para colocar em prática este conceito há que “dar incentivos, recompensas, prémios; encorajar a auto-recompensa; diminuir a possibilidade de respostas negativas que desviam de mudanças positivas” (Glanz, 1999: 30).

Há que salientar que, nesta teoria, o **reforço** “é uma resposta ao comportamento do indivíduo que determina se o comportamento irá ser ou não repetido” (Glanz, 1999: 31).

O conceito de autoeficácia assume uma grande importância nesta teoria, pelo que é importante que se conheçam as três estratégias que a permitem aumentar:

1 – “Estabelecer objectivos pequenos e progressivos”;

2 – “Aquisição comportamental: utilizando um processo formalizado para estabelecer metas e recompensas específicas (reforço)”;

3 – “Instrução e reforço: o feedback da auto-instrução ou manutenção de registos podem reduzir a ansiedade sobre a capacidade do doente realizar uma mudança de comportamento, aumentando assim a auto-eficácia” (Glanz, 1999: 32).

Em termos de promoção da saúde, as pessoas sentem-se motivadas para adquirirem comportamentos saudáveis (“hábitos positivos”) quando recebem recompensas e quando lhes é encorajada a autorrecompensa (Glanz, 1999). Também se podem utilizar as

recompensas externas, porém com precaução, uma vez que estas podem criar dependência a este tipo de reforço, sendo muito eficazes como forças motivadoras para uma mudança de comportamento mas nunca como sustento de uma mudança a longo prazo (Glanz, 1999).

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

CAPÍTULO II – OS LOCAIS DA PRÁTICA

1 – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

A ESSP, nos seus primórdios Escola de Enfermagem, foi inaugurada a 12 de novembro de 1972. Em 2001, foi integrada no IPP pelo Decreto-Lei n.º 99/2001, de 28 de março, e foi convertida em Escola Superior de Saúde a 7 de abril de 2005 pela Portaria n.º 399/2005.

Em termos de oferta formativa, a ESSP ministra os cursos de Licenciatura em Enfermagem e Higiene Oral; a Pós-Graduação em Supervisão Clínica, a Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde e a Pós-Graduação em Estratégias e Intervenções em Situações de Crise e Emergência, sendo que para além destas tem aprovadas outras ainda que neste momento não se encontrem em funcionamento (a Pós-Graduação em Educação para a Saúde, a Pós-Graduação em Gerontologia, a Pós-Graduação em Intervenção Psicossocial na Adolescência, a Pós-Graduação em Investigação em Saúde, a Pós-Graduação em Saúde Infantil e Pediatria, a Pós-Graduação em Higiene e Segurança no Trabalho); e ministra também o Mestrado em Enfermagem.

1.1 – MISSÃO E OBJETIVOS

De acordo com o número 1 do artigo 3.º do Despacho n.º 24561/2009, de 6 de novembro (Ministério da Educação, 2009: 45464), a “ESSP é uma organização pública de ensino superior integrada na esfera das unidades orgânicas de ensino que integram o IPP”

A ESSP é uma unidade orgânica do IPP que tem como missão e objetivos: criar, transmitir e difundir

“o conhecimento, orientado para o domínio científico das ciências da saúde através de formação e qualificação de alto nível, para públicos diferenciados, em momentos vários dos percursos académico e profissional, promovendo e realizando investigação e fomentando o desenvolvimento tecnológico e das comunidades, em cooperação com entidades regionais, nacionais e internacionais” (Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP], 2010).

Para tal, definiu como suas atribuições:

“a) Formar profissionais altamente qualificados no domínio científico da saúde com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico, técnico e ético, criando, organizando e ministrando ciclos de estudos visando a atribuição de graus

académicos, bem como de outros cursos pós secundários, de cursos de formação pós -graduada, mestrados, ou outros, de acordo com a legislação em vigor;

- b) Implementar estratégias que estimulem a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- c) Realizar actividades de investigação visando a produção, aperfeiçoamento, desenvolvimento e difusão do conhecimento no domínio científico da saúde;
- d) Promover a prestação de serviços à comunidade no âmbito da sua actividade como contributo para o desenvolvimento regional, nacional e internacional;
- e) Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras instituições, quer públicas, quer privadas, nacionais ou estrangeiras” (ESSP, 2010).

2 – ESCOLAS SECUNDÁRIAS: MOUZINHO DA SILVEIRA E SÃO LOURENÇO

2.1 – ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes, mas tem visto a sua população escolar diminuir, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito.

No ano letivo 2010/2011, foi frequentada por 670 alunos: 235 alunos no 3.º Ciclo do Ensino Básico, 24 alunos em Cursos de Educação e Formação e 411 alunos no Ensino Secundário.

Em termos de oferta formativa, a ESMS possui Cursos Científico-humanísticos de Ciências e Tecnologias e Línguas e Humanidades (10.º, 11.º e 12.º anos); Curso Tecnológico de Desporto (10.º, 11.º e 12.º anos); Curso Profissional de Animador Sociocultural (1.º, 2.º e 3.º anos) e Curso Profissional de Técnico de Multimédia (2.º e 3.º anos); Curso Profissional de Técnico de Gestão de Equipamentos Informáticos (1.º e 2.º anos); Curso de Educação e Formação de Proteção e Prestação de Socorros (Tipo 2 – Ano 1); Ensino Básico Regular (7.º, 8.º e 9.º anos) (ESMS, 2010).

2.1.1 – Princípios e Valores

De acordo com o seu Projeto Educativo 2010/2013, a ESMS afirma que

“deve pautar-se pelos princípios consagrados na Constituição e na Lei de Bases do Sistema Educativo designadamente:

- Ministar um ensino de qualidade;
- Valorizar todos os saberes com especial incidência nos académicos;
- Contribuir para desenvolver o espírito democrático e a prática de cidadania responsável;
- Privilegiar a função social da educação;
- Integrar-se na comunidade que serve, estabelecendo interligação do ensino ministrado com as actividades económicas, sociais e culturais” (ESMS, 2010: 6-7).

2.2 – ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO

A ESSL, no ano letivo 2010/2011, foi frequentada por 750 alunos: 728 alunos no ensino diurno e 22 alunos no ensino noturno.

Em termos de oferta formativa, possui, no que se refere ao ensino diurno, Cursos Científico-Humanísticos de Ciências e Tecnologias, de Ciências Socioeconómicas, de Línguas e Humanidades e de Artes Visuais; Curso Profissional de Técnico de Instalações Elétricas, Curso Profissional de Gestão e Programação de Sistemas Informáticos, Curso Profissional de Secretariado (no 11.º ano) e o Curso Profissional de Informática de Gestão (no 12.º ano). Em relação ao ensino noturno, possui Cursos de Educação e Formação de Adultos de nível secundário.

2.2.1 – Princípios e Valores

De acordo com o Projeto Educativo de Escola 2011/2013, “perspectivando um ensino de qualidade” a ESSL definiu “objectivos e estratégias em três grandes domínios: **Pedagógico, Administrativo e de Relação com a Comunidade**, assumindo como valores fundamentais – Colaboração/Cooperação; Partilha; Sabedoria; Respeito pela diferença e diversidade cultural; Tolerância; Participação; Responsabilidade; Rigor; Exigência” (ESSL, 2011: 18).

As estratégias definidas pela ESSL foram as seguintes:

- Uma Escola pública que assegure a formação integral das pessoas, que aposte na qualidade, no rigor e na exigência, de forma a tornar os seus alunos autónomos e responsáveis.
- Uma Escola plural, que se norteie pelos valores da tolerância, da solidariedade e da partilha.
- Uma Escola cultural e justa que permita uma igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares, diversificando a oferta formativa, curricular e cultural, em articulação com a realidade em que se insere.
- Uma Escola como espaço físico e cultural aberto à comunidade.
- Uma Escola como instituição de referência nos planos educacional, social e cívico, cumprindo a sua missão de serviço público.
- Uma Escola que aposte no diálogo entre todos os intervenientes da comunidade educativa.
- Uma Escola que promova estilos de vida saudáveis e desenvolva a auto-estima e o respeito pelo outro.

- Uma Escola inovadora que acompanhe a evolução social e tecnológica, reformulando os seus métodos de trabalho, procedimentos e incentivos, formando cidadãos com visão de futuro” (ESSL, 2011: 17-18).

CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES DO CONCELHO DE PORTALEGRE INTEGRADA NA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP

1.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Qualquer intervenção na área da saúde deveria sempre primar por ser planeada de acordo com a metodologia do planeamento em saúde.

Tal como tivemos a oportunidade de referir anteriormente no capítulo I do presente relatório, a primeira etapa do planeamento em saúde, de acordo com Imperatori & Giraldes (1993), é o diagnóstico de situação, o qual pretende, no fundo, justificar as atividades desenvolvidas junto de um grupo/comunidade/população.

Esta intervenção comunitária incorporada no estágio, foi desenvolvida de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, tendo por base o diagnóstico da situação atual relativamente aos comportamentos e estilos de vida saudáveis do PNS 2004-2010, bem como de outros diagnósticos efetuados por estudos nacionais e internacionais.

Os estilos de vida da população mundial, bem como da população portuguesa, têm sido alvo de muita investigação, sobretudo porque a adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde estão na base de muitas doenças.

Assim, de acordo com o PNS 2004-2010 “O consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade” (PORTUGAL, 2004: 101). Apesar de estar a diminuir de uma forma geral (sobretudo no sexo masculino), o consumo de tabaco está a aumentar no sexo feminino.

O Relatório do Estudo HBSC 2010 referente à saúde dos adolescentes portugueses, promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do Projeto Aventura Social, afirma que “Em 2010, a maioria dos adolescentes não fuma tabaco. A percentagem de fumadores tem vindo a diminuir desde 2002. E os fumadores diários eram 5% em 2006 e em 2010 são 4,5%” (Matos *et al*, 2011: 187).

No que se refere ao consumo excessivo de álcool,

“Segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 a 1999, verificou-se que em 1999 houve uma descida na percentagem de consumidores no Continente. Contrariando esta tendência, ocorreu um aumento de consumidores do sexo

masculino, dos 15 aos 17 anos. Verificou-se, também, um aumento importante nos consumidores femininos, no Alentejo, entre os 15 e os 54 anos” (PORTUGAL, 2004: 101-102).

O Relatório do Estudo HBSC 2010 refere que, no que diz respeito aos adolescentes, “Desde 1998, o consumo diário de bebidas destiladas tem oscilado entre 0,3% e 1%. A percentagem mais elevada ocorreu em 2002 (1%), enquanto a menos elevada se verificou em 2010 (0,3%)” (Matos *et al*, 2011: 187). E que a percentagem de adolescentes que afirma nunca se ter embriagado “desceu entre 1998 e 2006, mas subiu em 2010. Contudo, a percentagem de jovens que se embriagou mais de dez vezes manteve-se” (Matos *et al*, 2011: 187).

Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, o PNS 2004-2010 diz-nos que “(...) Portugal ainda detém uma das taxas mais elevadas da Europa em termos de consumo problemático de substâncias psicoactivas: 9/1000 habitantes, entre os 15 e os 64 anos de idade” (PORTUGAL, 2004: 102). Por sua vez, o Relatório do Estudo HBSC 2010 refere que “Relativamente ao número de adolescentes que não consumiu substâncias ilícitas nenhuma vez, observou-se uma grande diminuição de 1998 para 2002, tendo-se mantido sem alterações significativas desde essa altura. O consumo regular passou de 1,1%, em 2006, para 1,4% e 2010” (Matos *et al*, 2011: 187). O mesmo estudo refere ainda que se verificou uma subida na experimentação de haxixe e de outras drogas (LSD, cocaína, *ecstasy*) de 2006 para 2010, entre os adolescentes portugueses (Matos *et al*, 2011).

A malnutrição é outro problema de saúde que se encontra retratado no PNS 2004-2010, o qual nos diz que

“Segundo dados do último *World Health Report* (2002), a alimentação está directa ou indirectamente relacionada com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo-se, assim, um importante factor de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes *mellitus*, os cancros e a osteoporose” (PORTUGAL, 2004: 105).

O Relatório do Estudo HBSC 2010 afirma que ainda que a maioria dos jovens se situe na categoria “peso normal”, “o excesso de peso aumentou ligeira mas significativamente desde 2006” (Matos *et al*, 2011: 191), possuindo a categoria “excesso de peso” cerca de 18,4% dos alunos estudados. Para além disso, o mesmo estudo diz ter-se verificado um aumento do consumo de doces por parte dos adolescentes portugueses desde 2002 até 2010.

A atividade física insuficiente também é diagnosticada no PNS 2004-2010, uma vez que, de acordo com o mesmo, “Portugal é o país da UE com os níveis mais elevados de sedentarismo” (PORTUGAL, 2004: 106), contribuindo com 3,3% para o peso da doença, segundo dados do último *World Health Report* (PORTUGAL, 2004). Sendo que, também o

Relatório do Estudo HBSC 2010 confirma ter-se registado um aumento das atividades sedentárias entre os adolescentes portugueses (Matos *et al*, 2011).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006, também vem afirmar que

“As doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC e a DC ou doença isquémica do coração (DIC), são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42998 num total de 100252 mortes), contando-se, também, entre as principais causas de mortalidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa” (DGS, 2006: 5).

Estas doenças são consideradas pela DGS (2006) a principal causa de morte em Portugal, quer nos homens como nas mulheres.

Este reconhecimento das doenças cardiovasculares como principal causa de morte no nosso país e como um dos principais motivos de internamento hospitalar confirma o facto de ser necessária uma intervenção nesta área.

“Para além do objectivo principal de melhor controlo da pressão arterial, importa agora considerar, também, a abordagem integrada de outros factores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular igualmente importantes, como o tabagismo, a dislipidémia, a diabetes, o abuso de álcool, o sedentarismo, a obesidade ou o stresse excessivo” (DGS, 2006: 7).

Por tudo isto, justifica-se grandemente a nossa intervenção junto dos adolescentes. Eles são, por natureza, seguidores de ideais, portanto consideramos ser a idade por excelência onde se deva intervir, de modo criar-lhes uma preocupação de cidadania e de promoção da saúde, sensibilizando-os para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis.

Porém, nesta altura, poderá surgir ao leitor deste relatório a pergunta: porque razão foram somente escolhidos os adolescentes do 9.º e do 12.º ano de escolaridade da área de Ciências e Tecnologias como alvo desta intervenção?

Predeu-se com o facto destes níveis de ensino serem cruciais em termos de escolhas, isto é, no 9.º ano os adolescentes têm que optar por uma área a seguir e no 12.º ano por um curso a frequentar. Assim, são os níveis de ensino ideais aos quais a ESSP poderá facultar opções em termos de escolhas de vida profissional através da divulgação da sua oferta formativa, promovendo a sua imagem e cativando futuros estudantes.

Para além disso, segundo os Resultados Preliminares dos Censos de 2011 do INE, atualmente Portalegre possui 118952 pessoas residentes, tendo apresentado uma queda de 8066 pessoas desde os Censos de 2001, tornando-se o distrito de Portugal Continental com o menor número de população residente (INE, 2011). Assim, se queremos que estes números não continuem a diminuir, há que sensibilizar os adolescentes para as opções que têm ao seu dispor no distrito e criar neles um sentimento de pertença, de modo a que a

ESSP continue a ter alunos a frequentar os seus cursos e, conseqüentemente, a assegurar a existência do IPP e a empregabilidade por ele gerada.

1.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico de situação, segue-se a definição de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993), ou seja, a escolha dos problemas a abordar na nossa intervenção.

À semelhança do que fizemos na etapa anterior, também nesta etapa do planeamento em saúde nos socorremos do PNS 2004-2010 e considerámos nossas as prioridades por ele definidas. Assim, as prioridades para a nossa intervenção são o consumo de tabaco e de drogas ilícitas, o consumo excessivo de álcool, a malnutrição e a inatividade física regular.

Para além destas, também foi uma prioridade para nós a promoção da imagem da ESSP.

1.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa da metodologia do planeamento em saúde é a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com estes autores, um objetivo operacional é “o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80). Nesta etapa é importante que se definam objetivos claros e mensuráveis.

Definimos, então, os seguintes objetivos para a nossa intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP:

Objetivos gerais:

- Contribuir para a consciencialização sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis bem como da imagem da ESSP, junto dos adolescentes do 9.º e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre;
- Facilitar escolhas de vida profissional aos adolescentes do 9.º e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre através da divulgação da oferta formativa existente na ESSP.

Objetivos operacionais:

- Proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos em relação à importância da adoção de estilos de vida saudáveis, até ao final de abril de 2011;
- Contribuir para a capacitação dos adolescentes no que se refere à atuação em situações de emergência, até ao final de abril de 2011;
- Informar os adolescentes sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de abril de 2011;
- Demonstrar aos adolescentes aspetos práticos inerentes à área de atuação de cada curso ministrado na ESSP, até ao final de abril de 2011.

Para além da fixação de objetivos, Imperatori & Giraldes (1993) defendem que nesta etapa do planeamento em saúde também se deve proceder à definição dos indicadores, os quais são “uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77).

No caso desta intervenção, definimos indicadores de atividade ou de execução, visto estes terem como finalidade “medir a actividade desenvolvida” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78), tal como mencionámos no referencial teórico deste relatório (capítulo I). Para além destes, definimos também indicadores de resultado em termos de avaliação de resultado de atividade das sessões de educação para a saúde realizadas.

Não foram definidos para esta intervenção indicadores de impacto uma vez que estes pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77), ou seja, medem-se em termos de ganhos em saúde obtidos, o que só poderá ser avaliado a longo prazo, e tal não seria possível de efetuar neste relatório.

Assim, como **indicadores de atividade** para esta intervenção definimos os seguintes:

- Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de atividades;
- Realização de três sessões de educação para a saúde por turma;
- Realização de uma visita por turma às instalações da ESSP;
- Apresentação de um filme sobre os cursos ministrado na ESSP no decorrer de todos os dias de atividades;
- Distribuição de um folheto/panfleto por aluno sobre os cursos ministrados na ESSP.

E como **indicadores de resultado da atividade** definimos:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de atividades;
- 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

1.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias corresponde à 4.^a etapa do planeamento em saúde. Nesta fase, pretende-se que seja definido o conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperator & Giraldes, 1993). Ou seja, delinear as diferentes formas de resolver um problema, no fundo responder à questão: *Como?*

Assim, de modo a tentarmos atingir os objetivos definidos anteriormente, seleccionámos as seguintes estratégias:

- Envolver quer a Direção da ESSP e os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio, bem como a Direção das Escolas Básicas de 2.^o e 3.^o Ciclo e das Escolas Secundárias do concelho de Portalegre, de modo a que as atividades permitam ganhos efetivos para ambas as partes.

- Planeamento, em grupo, das atividades, de modo a que estas sejam apelativas e que sensibilizem os adolescentes para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e que, simultaneamente, mostrem algumas das componentes da área de atuação dos enfermeiros bem como dos higienistas orais (os dois cursos ministrados na ESSP). Este planeamento deve ser efetuado recorrendo a reuniões quinzenais entre os mestrandos e também com os professores responsáveis pelo Estágio.

- Divisão do grupo desta intervenção comunitária (13 elementos) em sub-grupos, de modo a conseguirmos ser mais eficazes e efetivos na preparação e realização das atividades planeadas. Como os mestrandos que constituíam o grupo principal eram oriundos de Portalegre, Castelo Branco, Estremoz e Lisboa, considerámos ser melhor em termos de organização e dinâmica organizarmo-nos em sub-grupos de acordo com o nosso local de residência. Após a divisão em sub-grupos, procedemos também à divisão dos dias de atividades pelos diversos sub-grupos e, dentro dos sub-grupos, também procedemos à atribuição de diferentes funções a cada elemento do grupo quer aquando da preparação como da realização das atividades.

- Realização de sessões de educação para a saúde. Tal como mencionámos no nosso enquadramento teórico, a educação para a saúde é uma estratégia da promoção da saúde, como tal, optámos pela realização de sessões de educação para a saúde aos adolescentes do 9.^o e do 12.^o ano da Área de Ciências e Tecnologias.

- Organização das atividades a decorrer em três sessões de educação para a saúde: uma sobre suporte básico de vida para leigos, outra sobre estilos de vida saudáveis e outra sobre higiene oral. Sendo que com as duas primeiras sessões pretende-se que os adolescentes fiquem a conhecer algumas das áreas de intervenção da enfermagem e com a terceira sessão pretende-se divulgar o curso de higiene oral (ainda recente na ESSP).
- Realização de um circuito de visita à ESSP, enquanto os adolescentes passam de uma sessão para a seguinte, que mostre as instalações físicas da ESSP bem como os recursos que os alunos que a frequentam têm ao seu dispor, no sentido de promover a imagem da ESSP junto da comunidade estudantil do 3.º ciclo e do secundário da área de Ciências e Tecnologias.

1.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

Após a fixação de objetivos e a seleção de estratégias, continuámos o nosso estágio passando à 5.ª etapa do planeamento em saúde: a elaboração de um projeto de estágio.

Compilámos o anteriormente descrito num projeto de estágio de grupo (dos 13 elementos – apêndice I), do qual emergiu o nosso projeto de estágio individual (projeto de intervenção – apêndice II), no qual cada mestrando colocou aspetos individuais que gostaria de desenvolver.

1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 149), esta etapa do planeamento em saúde deverá “especificar quando, onde e como as actividades que fazem do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”.

Assim, começámos por elaborar um cronograma das atividades a desenvolver nesta intervenção (apêndice III).

Realizámos reuniões quinzenais de grupo de trabalho, para planeamento desta intervenção comunitária, bem como reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio.

Contactámos as quatro escolas do concelho de Portalegre (EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço), no sentido de procurar perceber qual a sua disponibilidade para participar nestas atividades,

de modo a perturbarmos o menos possível o normal funcionamento das atividades letivas. Tendo ficado decidido que a nossa intervenção ficaria inserida na comemoração da “Semana da Ciência”, que iria decorrer no período de 26/04/2011 a 29/04/2011.

As turmas foram divididas, pelo período da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade apresentada pelas escolas, tal como se pode ver no mapa de divisão dos adolescentes (apêndice IV). Para além disso, também os alunos de mestrado foram divididos pelos dias de atividades, tal como se pode ver no mapa de divisão das atividades (apêndice V).

Com base no atrás descrito foi elaborado o programa das atividades da promoção de estilos de vida saudáveis integrada na promoção da imagem da ESSP (apêndice VI).

É importante referir que as sessões de educação para a saúde foram preparadas de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, ou Teoria Sócio-Cognitiva, de Bandura. Tal como referimos no referencial teórico deste relatório (capítulo I), esta teoria possui conceitos base, os quais procurámos aplicar a esta intervenção.

Assim, planeámos as sessões de educação para a saúde desta intervenção tendo em consideração que o ambiente em que os adolescentes vivem influencia o seu comportamento e que eles, ao adotarem determinado comportamento, também poderão influenciar as pessoas que os rodeiam a adotarem esses mesmos comportamentos (*determinismo recíproco*).

No que se refere à sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis, e de acordo com o que diz a teoria, tivemos em linha de conta que para que os adolescentes adotem comportamentos saudáveis na sua vida, a fim de prevenirem determinadas patologias, precisam de saber o que são estilos de vida saudáveis e como os podem adotar (*capacidade comportamental*), de acreditar que terão uma vida mais saudável e que os amigos não os irão rejeitar por causa de quererem adotar comportamentos saudáveis (por exemplo: não fumar, não consumir substâncias ilícitas nem bebidas alcoólicas, ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico regularmente) (*expectativas*), e de terem uma forte confiança em si próprios para estabelecer a sua vontade de adotar estilos de vida saudáveis no seu quotidiano (*autoeficácia*).

Relativamente à sessão de educação para a saúde sobre SBV para leigos, tivemos em atenção que para que os adolescentes coloquem em prática o SBV, eles necessitam de saber quais os procedimentos que o compõem e como os podem aplicar (*capacidade comportamental*), de acreditar que com a aplicação do SBV poderão ajudar a salvar vidas (*expectativas*), e de eles próprios estarem confiantes que serão capazes de aplicar o SBV quando se encontrarem perante uma vítima inconsciente (*autoeficácia*).

Em relação à promoção da imagem da ESSP, aquando do planeamento das sessões tivemos em consideração que para que os adolescentes conheçam a oferta formativa da

ESSP, eles precisam de ser informados quanto aos cursos ministrados bem como quanto às atividades relacionadas com a sua área de atuação (*capacidade comportamental*), de acreditar que são cursos com boas saídas profissionais (*expectativas*), e de possuírem uma forte confiança neles próprios para estabelecer os seus desejos aquando da altura de efetuarem escolhas relativamente à sua futura vida profissional (*autoeficácia*).

No planeamento desta intervenção, tivemos também em conta o conceito de *aprendizagem observacional*, ou seja, apesar de termos consciência que os adolescentes possuem uma aprendizagem mais eficaz quando observam os comportamentos das pessoas mais significativas para eles (nomeadamente amigos e família), procurámos, nós (mestrandos e, simultaneamente, enfermeiros), ser um modelo em termos de transmissão de conhecimentos e da adoção de estilos de vida saudáveis.

E, por último, também contemplámos o conceito de *reforço* no planeamento desta intervenção, isto é, considerámos que a influência motivadora de um bom estado de saúde, quando valorizado, pode constituir uma recompensa para a prática de comportamentos saudáveis e de promoção da saúde.

Para além disso, construímos um questionário de satisfação para aplicar aos adolescentes no final das sessões de educação para a saúde desta intervenção, a fim de avaliar a satisfação dos mesmos (apêndice VII).

Nesta etapa, temos também que delinear os recursos necessários à sua execução, que são os seguintes:

Recursos humanos:

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direção da ESSP;
- Adolescentes do 9.º e 12.º ano da Área de Ciências e Tecnologia das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;
 - Direção das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;
 - Engenheiro Informático da ESSP.

Recursos materiais:

- 4 Salas da ESSP: sala de conferências; sala de práticas de Enfermagem; sala de aula; laboratório de Higiene Oral;

- Computador e projetor multimédia nas salas acima mencionadas bem como no hall de entrada da ESSP (5 computadores e 5 projetores);
- Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação;
- Panfletos sobre os cursos ministrados na ESSP e canetas da ESSP para distribuição aos adolescentes;
- Esfignomanómetros e estetoscópios para avaliação de TA (4 esfignomanómetros e 4 estetoscópios);
- Balança para avaliação do peso e altura, de modo a proceder-se ao cálculo do IMC;
- Cartazes sobre alimentação saudável, tabagismo, roda dos alimentos e IMC;
- Modelo anatómico para prática do Suporte Básico de Vida;
- Camisolas identificativas dos alunos do Curso de Mestrado.

1.7 – EXECUÇÃO

Cada turma foi recebida na ESSP na sala de conferências pelos professores responsáveis pelo Estágio, bem como pelo grupo de mestrandos envolvidos nas atividades. Nessa receção, foi explicado aos adolescentes (e aos professores que os acompanhavam) o objetivo das atividades que iriam ser desenvolvidas durante os cerca de 90 minutos seguintes bem como o circuito que iriam realizar.

Por uma questão de logística e organização, cada turma foi dividida em dois grupos, em que um grupo (grupo A) foi encaminhado para a sessão de educação para a saúde do SBV e o outro grupo foi novamente dividido em dois grupos, o grupo B para a sessão de educação para a saúde dos Estilos de Vida Saudáveis e o grupo C para a sessão de educação para a saúde da Higiene Oral. O grupo B e C trocaram entre si enquanto o grupo A ainda se encontrava a realizar a sessão do SBV. Quando o grupo A terminou essa sessão, foi dividido em dois subgrupos para realizem as outras sessões e o grupo B e C juntaram-se para realizar a sessão do SBV.

A sessão de educação para a saúde onde foi abordado o Suporte Básico de Vida para leigos, pretendia capacitar os adolescentes para possíveis situações que requeiram a sua aplicação e, também, para que ficassem despertos para uma das muitas áreas em que os enfermeiros atuam. Esta sessão decorreu na sala de práticas de Enfermagem, com duração de cerca de 45 minutos. Teve uma componente teórica, onde se recorreu a uma apresentação em power point elaborada pelos mestrandos (apêndice VIII), e teve também uma componente prática, onde foram demonstradas as etapas do SBV no modelo anatómico, sendo que os adolescentes tiveram a oportunidade de praticar.

Na sessão de educação para a saúde sobre os Estilos de Vida Saudáveis, foi apresentado um pequeno filme (realizado pelo grupo de mestrandos envolvidos nas atividades – apêndice IX) no qual foram abordadas as temáticas do consumo prejudicial do tabaco, das drogas ilícitas e do álcool, a alimentação saudável bem como a prática regular de exercício físico, de modo a estimular a adoção de estilos de vida saudáveis. Para além disso, nesta sessão foi explicado como se calcula o IMC bem como a forma de avaliação da TA, de modo a que os adolescentes ficassem sensibilizados para a importância de manter o IMC e a TA dentro dos valores normais, as consequências das alterações desses parâmetros e, mais uma vez, que conhecessem mais estas valências da profissão de Enfermagem. Também nesta sessão os adolescentes tiveram a oportunidade de praticar quer a avaliação do peso e da altura para efetuarem o cálculo do IMC como a avaliação da TA. Decorreu numa sala de aula junto à sala de práticas de Enfermagem e teve a duração de cerca de 15 minutos.

Durante sessão de educação para a saúde sobre Higiene Oral foi apresentado um filme de divulgação do curso de Higiene Oral (realizado pelos professores do referido curso) e realizada a visita ao (novo) laboratório de Higiene Oral, local de aprendizagem por excelência dos alunos que frequentam o curso. Esta sessão teve a duração de cerca de 15 minutos.

No átrio da ESSP era possível visualizar um filme sobre os cursos ministrados na ESSP, uma página da internet sobre a ESSP criada por alunos de Enfermagem, e uma exposição de trabalhos de alunos de Enfermagem da unidade curricular de Inglês.

É de salientar que as turmas que não tinham um horário limite para as atividades estabelecido pela escola de origem, tiveram a oportunidade de visitar outras instalações da ESSP, nomeadamente a sala de convívio, a sala da Associação de Estudantes, salas de aula, a Biblioteca e a Reprografia.

No final de toda a turma realizar as três sessões de educação para a saúde, dirigiu-se novamente à sala de conferências onde foi aplicado um questionário de satisfação aos adolescentes e oferecida uma caneta com o logótipo da ESSP e um folheto de cada curso ministrado na ESSP (Enfermagem e Higiene Oral).

É de salientar que no dia 26/04/2011 podemos contar com a presença da Local TV para filmar as nossas atividades. No dia 28/04/2011 também a RTP1 se deslocou à ESSP para filmar a nossa intervenção comunitária, tendo sido transmitida a reportagem no Programa “Portugal em Direto”. Ambas as reportagens se encontram em formato CD no anexo I.

Numa apreciação global, podemos afirmar que as sessões de educação para a saúde suscitaram o interesse dos adolescentes que participaram bastante, colocando questões e realizando manobras de SBV bem como avaliando a TA e o IMC. Muitos deles afirmaram ter sido uma mais-valia a sua participação nestas atividades, pois adquiriram novos

conhecimentos em relação à importância de uma vida com comportamentos saudáveis, à forma de atuação quando têm à sua frente uma vítima inconsciente e, também, relativamente aos cursos ministrados na ESSP e suas instalações.

1.8 – AVALIAÇÃO

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

Assim, chegados a esta fase, cabe-nos proceder à avaliação da intervenção comunitária na área de promoção de estilos de vida saudáveis junto dos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP.

Para tal, há que verificar se cumprimos os objetivos e a forma como respondemos aos indicadores de atividade e de resultado da atividade, previamente definidos.

Podemos afirmar que atingimos os objetivos na sua totalidade, visto termos realizado uma sessão de abertura para cada turma nos diversos dias de atividades; apresentado um filme sobre a oferta formativa da ESSP a todas as turmas participantes; realizado três sessões de educação para a saúde a cada turma, uma sessão sobre SBV para leigos, outra sobre estilos de vida saudáveis e outra sobre higiene oral; efetuado uma visita por turma às instalações da ESSP; e distribuído dois panfletos por adolescente sobre os cursos ministrados na ESSP (Enfermagem e Higiene Oral), e assim respondemos aos indicadores de atividade.

No que se refere aos indicadores de resultado da atividade, aplicámos o questionário de satisfação a todos os adolescentes que participaram nesta intervenção no final das atividades planeadas, sendo que todos responderam ao mesmo (100%).

Esta intervenção comunitária abrangeu um total de 317 adolescentes, dos quais 171 são do género feminino e 146 do género masculino, cujas idades variam entre os 14 e os 22 anos. Verifica-se que o maior número de adolescentes tem 15 anos (26,8%), seguindo-se os de 14 anos (25,6%), tal como se pode ver na Tabela 1.

Idade	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
14	47	27,5	34	23,3	81	25,6
15	43	25,1	42	28,8	85	26,8
16	14	8,2	7	4,8	21	6,6
17	37	21,6	33	22,6	70	22,1
18	26	15,2	20	13,7	46	14,5
19	2	1,2	5	3,4	7	2,2
20	1	0,6	4	2,7	5	1,6
21	1	0,6	0	0	1	0,3
22	0	0	1	0,7	1	0,3
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género

A maioria dos adolescentes frequenta o 9.º ano (62,1%), e uma percentagem de 37,9% frequenta o 12.º ano. É de salientar que tanto no 9.º ano como no 12.º ano, a maioria dos adolescentes é do género feminino com percentagens de 62,6% e 61,6% respetivamente (Tabela 2).

Ano de Escolaridade	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
9.º Ano	107	62,6	90	61,6	197	62,1
12.º Ano	64	37,4	56	38,4	120	37,9
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade e o género

No que se refere ao estabelecimento de ensino de proveniência, verifica-se que a maioria dos alunos frequenta a Escola Secundária Mouzinho da Silveira (34,4%), seguindo-se a Escola Secundária São Lourenço (24,6%). É possível, ainda, verificar que em todas as escolas a maioria dos adolescentes que participaram na intervenção são do género feminino à exceção da Escola 2+3 Cristóvão Falcão, na qual a percentagem de adolescentes do género masculino é ligeiramente superior (21,2%), tal como se pode verificar na Tabela 3.

Estabelecimento de Ensino	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	60	35,1	49	33,6	109	34,4
Escola Sec. S. Lourenço	43	25,1	35	24	78	24,6
Escola 2+3 Cristóvão Falcão	29	17	31	21,2	60	18,9
Escola 2+3 José Régio	39	22,8	31	21,2	70	22,1
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e o género

Com o questionário pretendíamos, sobretudo, analisar a satisfação dos adolescentes em relação às sessões de educação para a saúde realizadas (Tabela 4).

Quando questionados sobre a **forma como foram recebidos na ESSP**, a maioria dos adolescentes mostrou-se *Extremamente Satisfeito* (47,9%) e *Muito Satisfeito* (46,1%), e apenas 0,3% dos adolescentes referiu estar *Insatisfeito*.

Em relação à **forma como se sentiram na ESSP**, a maioria dos adolescentes revelou-se *Muito Satisfeito* (57,1%) e *Extremamente Satisfeito* (31,5%).

Quanto à **simpatia e disponibilidade dos técnicos**, também a maioria dos adolescentes se mostrou *Extremamente Satisfeito* (64%), embora 0,3% se tenha mostrado *Pouco Satisfeito*.

No que se refere à **competência e profissionalismo dos técnicos**, 56,8% dos adolescentes localizam-se na opção *Extremamente Satisfeito* e 39,1% na opção *Muito Satisfeito*.

Relativamente ao item **utilidade dos temas abordados**, verificámos que os adolescentes se mostram na sua maioria *Muito Satisfeito* (46,4%) e *Extremamente Satisfeito* (45,1%), e somente 0,3% dos adolescentes respondeu encontrar-se *Pouco Satisfeito*.

No que diz respeito à **forma como os temas foram abordados**, a maioria dos adolescentes apresentou-se *Extremamente Satisfeito* (47%) e *Muito Satisfeito* (46,7%). Apenas uma pequena percentagem (0,3%) referiu encontrar-se *Pouco Satisfeito*.

Dos adolescentes inquiridos, 53,3% mostrou-se *Extremamente Satisfeito* no que diz respeito ao **esclarecimento de dúvidas**, e 37,9% *Muito Satisfeito*. Somente 0,3% dos adolescentes se considerou *Pouco Satisfeito* quanto ao esclarecimento de dúvidas.

Sobre a questão **a sessão correspondeu às tuas expectativas**, podemos verificar que 48,6% dos adolescentes respondeu *Muito Satisfeito* e 41,6% *Extremamente Satisfeito*. Para além disso, verificámos também que apenas 0,6% dos adolescentes respondeu *Pouco Satisfeito*.

A partir da análise realizada, concluímos que, em relação à escala de **satisfação em geral**, a maioria dos adolescentes mostrou-se *Extremamente Satisfeito* (48,9%) e *Muito Satisfeito* (45,7%).

Em todos estes itens, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos adolescentes segundo o género (Tabela 4).

Itens		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te receberam neste espaço	Insatisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	5	2,9	13	8,9	18	5,7
	Muito Satisfeito	76	44,4	70	47,9	146	46,1
	Extremamente Satisfeito	90	52,6	62	42,5	152	47,9
Forma como te sentiste neste espaço	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	19	11,1	17	11,6	36	11,4
	Muito Satisfeito	94	55	87	59,6	181	57,1
	Extremamente Satisfeito	58	33,9	42	28,8	100	31,5
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	8	4,7	11	7,5	19	6
	Muito Satisfeito	47	27,5	47	32,2	94	29,7
	Extremamente Satisfeito	116	67,8	87	59,6	203	64
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	8	4,7	5	3,4	13	4,1
	Muito Satisfeito	58	33,9	66	45,2	124	39,1
	Extremamente Satisfeito	105	61,4	75	51,4	180	56,8
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	13	7,6	13	8,9	26	8,2
	Muito Satisfeito	73	42,7	74	50,7	147	46,4
	Extremamente Satisfeito	85	49,7	58	39,7	143	45,1
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	11	6,4	8	5,5	19	6
	Muito Satisfeito	66	38,6	82	56,2	148	46,7
	Extremamente Satisfeito	94	55	55	37,7	149	47
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	12	7	15	10,3	27	8,5
	Muito Satisfeito	57	33,3	63	43,2	120	37,9
	Extremamente Satisfeito	102	59,6	67	45,9	169	53,3
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,2	0	0	2	0,6
	Satisfeito	14	8,2	15	10,3	29	9,1
	Muito Satisfeito	74	43,3	80	54,8	154	48,6
	Extremamente Satisfeito	81	47,4	51	34,9	132	41,6
Satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	7	4,1	10	6,8	17	5,4
	Muito Satisfeito	67	39,2	78	53,4	145	45,7
	Extremamente Satisfeito	97	56,7	58	39,7	155	48,9

Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género

Portanto, tal como se pode verificar obtivemos mais de 99% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

No mesmo questionário, perguntámos ainda aos adolescentes se após o *terminus* do 12.º ano **pretendiam concorrer à ESSP**, ao que obtivemos *Não* como resposta da maioria (82,3%), em que tanto as raparigas (79,5%) como os rapazes (85,6%) tiveram respostas similares (Tabela 5). Cruzámos a mesma questão com a variável ano de escolaridade e não obtivemos diferenças significativas entre o 9.º e o 12.º ano, em que a maioria dos adolescentes quer do 9.º ano (85,8%) quer do 12.º ano (76,7%) respondeu *Não* (Tabela 6).

Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º Ano?	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Sim	35	20,5	21	14,4	56	17,7
Não	136	79,5	125	85,6	261	82,3
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes segundo a intenção de concorrer à ESSP e o género

Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º Ano?	Ano Escolaridade				Total	
	9.º Ano		12.º Ano			
	N	%	N	%	N	%
Sim	28	14,2	28	23,3	56	17,7
Não	169	85,8	92	76,7	261	82,3
Total	197	100	120	100	317	100

Tabela 6 – Distribuição dos adolescentes segundo a intenção de concorrer à ESSP e o ano de escolaridade

Questionámos, ainda, os adolescentes no sentido se tentarmos perceber se eles **recomendariam a ESSP aos seus amigos**, ao que 95,3% das raparigas respondeu afirmativamente bem como 97,3% dos rapazes (Tabela 7). Cruzámos, também, esta questão com a variável ano de escolaridade e obtivemos como resposta de 94,9% dos adolescentes do 9.º ano e 98,3% do 12.º ano a opção *Sim* (Tabela 8).

Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Sim	163	95,3	142	97,3	305	96,2
Não	8	4,7	4	2,7	12	3,8
Total	171	100	146	100	317	100

Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes segundo a recomendação da ESSP aos amigos e o género

Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Ano de Escolaridade				Total	
	9.º Ano		12.º Ano			
	N	%	N	%	N	%
Sim	187	94,9	118	98,3	305	96,2
Não	10	5,1	2	1,7	12	3,8
Total	197	100	120	100	317	100

Tabela 8 – Distribuição dos adolescentes segundo a recomendação da ESSP aos amigos e o ano de escolaridade

2 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tal como já mencionámos na intervenção anterior, a primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação. Também na introdução deste relatório referimos que esta intervenção na área da sexualidade na adolescência surgiu devido a um pedido formal da ESMS e a um contacto informal de um Professor da ESSL.

Se em relação à ESSL, o diagnóstico da situação foi efetuado pela própria escola e nos foram comunicados os temas resultantes desse levantamento de necessidades (métodos contraceptivos e IST) bem como as turmas em que iríamos intervir (10.º E e 10.ºF), no que se refere à ESMS coube-nos a nós, alunos do Curso de Mestrado, efetuar o diagnóstico de situação. O que veio a acontecer no segundo semestre do nosso curso.

Aplicámos os questionários para a realização do diagnóstico da situação de 29 de novembro de 2010 a 15 de dezembro de 2011, a um total de 264 alunos, das turmas de 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF (indicadas pela Direção da ESMS), de modo a identificarmos as suas necessidades em educação sexual. O referido diagnóstico de situação apresentou as seguintes conclusões, que passamos a enunciar de forma sucinta:

- os adolescentes inquiridos revelaram predominantemente atitudes liberais perante a sexualidade, nomeadamente, face ao controlo político-legal da sexualidade, direitos individuais e diversidade de expressões sexuais, comportamentos sexuais dos adolescentes, direitos sexuais das mulheres, educação sexual na escola;

- verificaram-se atitudes conservadoras que diferiram consoante o género, ou seja, as raparigas mostraram-se mais conservadoras em relação à distribuição de materiais pornográficos, por sua vez, os rapazes mostraram-se muito conservadores em relação à homossexualidade;

- em algumas questões na escala de atitudes um elevado número de jovens responde não ter opinião definida, as quais passamos a citar:

- “As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas”,
- “O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos”,
- “Está provado que a masturbação faz mal à saúde”,
- “A masturbação é um comportamento admissível na adolescência”,

- “A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais precoces”,
- “É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos”;
- mais de metade dos adolescentes inquiridos já decidiu iniciar relações sexuais, sendo a percentagem maior nos rapazes;
- o método contraceptivo escolhido é, na sua maioria, o preservativo, sendo de salientar que uma percentagem significativa de jovens respondeu que não decidiu relativamente ao método contraceptivo a utilizar;
- as fontes de informação sobre sexualidade mais privilegiadas pelos adolescentes inquiridos são, em primeiro lugar, os amigos, a seguir a mãe, o pai, a escola, a televisão e a internet, sendo a igreja completamente desvalorizada.

Podemos, assim, verificar que do diagnóstico de situação emergiram necessidades de intervenção ao nível das expressões da sexualidade, das atitudes face à sexualidade, dos comportamentos de risco e medidas preventivas e das fontes de informação.

2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Seguiu-se, então, a segunda etapa do planeamento em saúde: a definição de prioridades, ou seja, definir quais os problemas a ser alvo de intervenção.

Neste caso, considerámos que todas as necessidades que emergiram do diagnóstico de situação efetuado por nós na ESMS eram passíveis de ser abordados em sala de aula em sessões de educação para a saúde, tendo-se passado o mesmo relativamente aos problemas identificados na ESSL.

2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Foi nesta etapa do planeamento em saúde (a terceira), que definimos, então, os objetivos para a nossa intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência:

Objetivo geral:

- Contribuir para uma sexualidade saudável nos adolescentes (dos 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF) da ESMS e (dos 10.ºE e 10.ºF) da ESSL.

Objetivos operacionais:

- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL a aquisição de conhecimentos em relação às IST e métodos contraceptivos, até ao final de maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes momentos de reflexão sobre o que é a sexualidade, até ao final de maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS momentos de reflexão e discussão sobre os papéis de género, até ao final de maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL momentos de reflexão e discussão sobre a importância de respeitar a pluralidade de opiniões em relação à sexualidade e afetividade, até ao final de maio de 2011;
- Informar os adolescentes da ESMS e da ESSL sobre fontes de informação fidedigna sobre educação sexual, até ao final de maio de 2011.

Para além da fixação de objetivos, e tal como mencionámos na intervenção anterior, procedemos, também, à definição de indicadores de atividade ou de execução e de indicadores de resultado das atividades realizadas, visto também nesta intervenção apenas ser possível avaliar as atividades desenvolvidas e as sessões de educação para a saúde realizadas, e não os ganhos em saúde por elas proporcionados, uma vez que isso implicaria uma avaliação a longo prazo, e tal não seria possível de efetuar neste relatório.

Assim, como **indicadores de atividade** para esta intervenção definimos os seguintes:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com a Equipa Coordenadora do Mestrado em Enfermagem;
- Realização de pelo menos uma reunião com a Diretora da ESMS e com os diretores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma.

E como **indicadores de resultado da atividade** definimos:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de atividades;
- 80% de questionários preenchidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Nesta etapa, procurámos definir as diferentes formas de resolver os problemas ou necessidades identificadas tanto na ESMS como na ESSL.

Portanto, selecionámos as seguintes estratégias, necessárias à prossecução dos objetivos previamente definidos:

- Envolver tanto os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio, como a Direção da ESMS e da ESSL e os respetivos diretores de turma, através da realização de reuniões preparatórias, de modo a que as sessões permitam ganhos efetivos para ambas as partes.

- Planeamento, em grupo, das sessões a realizar, de modo a que estas sejam interessantes, apelativas e que contribuam para a vivência de uma sexualidade saudável por parte dos adolescentes da ESMS e ESSL. Este planeamento deve ser efetuado recorrendo a reuniões quinzenais entre os mestrandos e também com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio.

- Divisão do grupo desta intervenção comunitária (13 elementos) em sub-grupos, de modo a conseguirmos ser mais eficazes e efetivos na preparação e realização das atividades planeadas. Como os mestrandos que constituíam o grupo principal eram oriundos de Portalegre, Castelo Branco, Estremoz e Lisboa, considerámos ser melhor em termos de organização e dinâmica organizarmo-nos em sub-grupos de acordo com o nosso local de residência. Após a divisão em sub-grupos, procedemos também à divisão dos dias de atividades pelos diversos sub-grupos e, dentro dos sub-grupos, também procedemos à atribuição de diferentes funções a cada elemento do grupo quer aquando da preparação como da realização das atividades.

- Realização de sessões de educação para a saúde (uma por cada turma), tal como na intervenção anteriormente descrita, visto a grande tónica da nossa intervenção ser colocada na promoção da saúde e a educação para a saúde ser uma estratégia da mesma, tal como referimos no referencial teórico deste relatório. Assim, optámos pela realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da educação sexual, aos adolescentes da ESMS e da ESSL.

2.5 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

Após a fixação de objetivos e a seleção de estratégias, continuámos o nosso estágio passando à 5.^a etapa do planeamento em saúde: a elaboração de um projeto de estágio.

Compilámos o anteriormente descrito num projeto de estágio de grupo (dos 13 elementos – apêndice I), do qual emergiu o nosso projeto de estágio individual (projeto de

intervenção – apêndice II), no qual cada mestrando colocou aspetos individuais que gostaria de desenvolver.

2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Começámos, esta etapa, com a elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver nesta intervenção (apêndice X).

Realizámos reuniões quinzenais de grupo de trabalho, para planeamento desta intervenção comunitária, bem como reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio.

Procedemos à realização de uma reunião preparatória da intervenção com a Direção da ESMS e diretores de turma dos adolescentes envolvidos, bem como com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio a 30/03/2011 na ESMS, na qual foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação realizado e onde foram discutidos os temas a abordar, bem como a forma mais adequada de o fazer, de acordo com as características específicas das turmas em causa. Para além disso, foram também definidas as datas de realização das sessões, tendo ficado acordado na semana de 02/05/2011 a 06/05/2011, bem como o horário respetivo para cada turma.

Paralelamente, contactou-se o Professor da ESSL que solicitou a nossa intervenção, no sentido de se marcar a data das sessões a realizar. Tendo ficado acordado inicialmente a data de 05/05/2011 para a turma do 10.ºF e a data de 06/05/2011 para a turma do 10.ºE, sendo que a data de realização da sessão desta última turma foi posteriormente alterada para 04/05/2011 por conveniência da ESSL. Desta forma, efetuámos um mapa de divisão das turmas pelos diversos dias (apêndice XI), bem como os respetivos grupos de mestrandos responsáveis pela realização das sessões de educação para a saúde (apêndice XII).

Elaborámos um plano de sessão para o 8.º, 9.º ano e CEF da ESMS (apêndice XIII) e um plano de sessão para o 10.º ano da ESSL e ESMS (apêndice XIV), com base nos temas que emergiram dos respetivos diagnósticos de situação, enquadrando-os naquilo que está preconizado ser abordado nos diferentes níveis de ensino.

Relativamente ao 8.º, 9.º ano e CEF, os autores Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) propõem que, ao nível do 3.º ciclo, sejam abordados os temas das modificações do corpo, da noção de sexualidade, as relações interpessoais adolescente / grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade), as relações interpessoais adolescente / família, os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana, a contraceção, as IST e os abusos sexuais. Para além destes autores, o Ministério da

Educação conjuntamente com o Ministério da Saúde propõem como linhas orientadoras para o ensino da Educação Sexual ao nível do 2.º e 3.º ciclos, o aumento e consolidação de conhecimentos acerca:

“das dimensões anátomo-fisiológica, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade; do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das regras de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos da reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das infeções de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abusos sexual e das estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 78-79).

O que vai ao encontro dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, no qual ressaltaram necessidades em termos de expressões de sexualidade, de atitudes face à sexualidade, de comportamentos sexuais de risco e medidas preventivas e de fontes de informação.

Assim, nas sessões de educação para a saúde, resolvemos abordar a noção de sexualidade, recorrendo ao debate; as atitudes face à sexualidade, em que recorremos a um barómetro de atitudes onde se pedia aos adolescentes para comentarem frases dizendo se concordavam ou não e porquê; os papéis de género, no qual passámos um pequeno filme (anexo II) e depois se seguiu o debate sobre o mesmo; os métodos contraceptivos, onde recorremos ao debate; e as fontes de informação, no qual optámos pelo método expositivo. A sessão estava programada para decorrer em 90 minutos.

No que diz respeito ao 10.º ano, os autores Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) sugerem que sejam abordados os seguintes temas no ensino secundário: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contraceção, a Sida e a exploração sexual. Para além destes autores, o Ministério da Educação conjuntamente com o Ministério da Saúde propõem como linhas orientadoras para o ensino da Educação Sexual ao nível ensino secundário, o aumento e consolidação de conhecimentos acerca:

“das dimensões anátomo-fisiológicas, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade; do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das noções de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos de reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das doenças de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abuso sexual e das

estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 91).

O que vai ao encontro dos resultados obtidos no diagnóstico de situação da ESMS, no qual emergiram necessidades de intervenção ao nível das expressões da sexualidade, das atitudes face à sexualidade, dos comportamentos de risco e medidas preventivas e das fontes de informação. No que se refere à ESSL emergiram os temas: métodos contraceptivos e IST.

Assim, decidimos abordar os mesmos temas aos alunos do 10.º ano de ambas as escolas: a noção de sexualidade, com recurso ao debate; as atitudes face à sexualidade, em que recorreremos a um barómetro de atitudes onde se pedia aos adolescentes que comentassem cada frase apresentada; a gravidez e os métodos contraceptivos, tendo-se recorrido à apresentação de um pequeno filme, seguido de debate; as IST, abordando o tema através de método expositivo e debate; e as fontes de informação, no qual optámos pelo método expositivo. A sessão estava programada para decorrer em 90 minutos.

É de salientar as afirmações constantes do barómetro de atitudes acima mencionado foram adaptadas de Vilar & Souto (2008), bem como das afirmações que constam do questionário aplicado aquando da realização do diagnóstico de situação.

Também é importante referir que, à semelhança da intervenção anterior, as sessões de educação para a saúde foram preparadas de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, ou Teoria Sócio-Cognitiva, de Bandura. Tal como referimos no referencial teórico deste relatório (capítulo I), esta teoria possui conceitos base, os quais procurámos aplicar a esta intervenção.

Assim, planeámos as sessões de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência tendo em consideração que o ambiente em que os adolescentes vivem influencia os seus comportamentos relativamente à sexualidade, e que eles próprios, ao adotarem comportamentos sexualmente saudáveis, poderão influenciar que os que contactam com eles também os venham a adotar (determinismo recíproco).

Tivemos em atenção que para que os adolescentes vivam uma sexualidade livre de perigos e riscos desnecessários, necessitam de saber o que é uma sexualidade saudável e a forma como a podem viver (*capacidade comportamental*), de acreditar que tanto o(a) namorado(a), como os amigos, bem como a família não os irão rejeitar por adotarem comportamentos sexualmente saudáveis (por exemplo: utilização de métodos contraceptivos nos seus relacionamentos sexuais, serem tolerantes perante as diferentes expressões sexuais, ...) (*expectativas*), e de eles próprios se sentirem fortemente confiantes que serão capazes de adotar comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade (*autoeficácia*).

No planeamento desta intervenção, tivemos também em consideração o conceito de *aprendizagem observacional*. Temos a consciência que, tal como defende Bandura na sua teoria, os adolescentes terão uma aprendizagem mais eficaz quando a pessoa observada for por eles considerada importante.

E, por último, também contemplámos o conceito de *reforço* no planeamento desta intervenção, considerámos que, neste caso, a influência motivadora de um bom estado de saúde e de felicidade, quando valorizados, podem constituir uma recompensa para a prática de comportamentos saudáveis no que se refere à sexualidade.

Para além disso, construímos um questionário de satisfação para aplicar aos adolescentes no final das sessões de educação para a saúde desta intervenção, a fim de avaliar a satisfação dos mesmos (apêndice XV).

Nesta etapa, é também importante definirmos os recursos necessários à execução desta intervenção, que passamos a enumerar:

Recursos humanos:

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direção da ESMS e Professor da ESSL;
- Adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS;
- Adolescentes do 10.ºE e 10.ºF da ESSL.

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESMS e ESSL;
- Computador e projetor multimédia nas salas acima mencionadas;
- Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação.

2.7 – EXECUÇÃO

No início de cada sessão, procedemos à apresentação dos formadores, do tema e dos objetivos da sessão. De seguida, pedimos aos adolescentes para se apresentarem (nome e idade) e para verbalizarem as expectativas que tinham relativamente à sessão, numa tentativa de se “quebrar o gelo” entre mestrandos e adolescentes e se criar um ambiente mais descontraído e favorável à aprendizagem de todos.

Começámos a apresentação dos temas com a noção de sexualidade, e verificámos que, de uma maneira geral, o conceito de sexualidade destes adolescentes alvo da nossa intervenção era abrangente.

O barómetro de atitudes revelou-se uma estratégia muito produtiva em termos de interação entre adolescentes/mestrandos e adolescentes/adolescentes, e até mesmo entre adolescentes/professores da ESSP responsáveis pelo Estágio. Durante o debate gerado com o barómetro de atitudes falou-se de quase todos os temas que pretendíamos abordar, esclareceram-se dúvidas dos adolescentes e desmistificaram-se ideias pré-concebidas.

Em relação às expressões da sexualidade, verificámos que os adolescentes sabiam distinguir as várias formas de orientação sexual bem como identificar as possíveis repercussões das diferentes orientações sexuais aos níveis pessoal e social, no entanto, a maioria dos rapazes mostrou-se pouco tolerante em aceitar a variabilidade pessoal dos desejos e comportamentos sexuais, nomeadamente em aceitar a homossexualidade. Nesta temática, procurou-se ouvir as opiniões dos adolescentes e tentar inculcar a aceitabilidade e o respeito pelas diferentes orientações sexuais como também pelos sentimentos e opiniões dos outros.

Quando abordámos os papéis de género nos adolescentes do 8.º, 9.º ano e CEF, foi possível verificarmos que os mesmos foram capazes de identificar comportamentos estereotipados ainda presentes na nossa sociedade, que adotaram uma posição crítica relativamente a esses estereótipos e que aceitam que os papéis desempenhados pelas pessoas não devem ser determinados pelo género a que pertencem.

Relativamente aos métodos contraceptivos e à gravidez, constatámos que, de uma maneira geral, eles conheciam a maioria dos métodos, reconheciam a importância de uma gravidez desejada, entendiam a contraceção como uma responsabilidade feminina e masculina e reconheciam as repercussões individuais e sociais da interrupção da gravidez.

No que diz respeito às IST, verificámos que os adolescentes conheciam as infeções mais frequentes bem como os meios preventivos das mesmas. É de salientar que havia algumas dúvidas relativamente ao modo de transmissão, sobretudo nos alunos do 10.ºE e 10.ºF da ESSL, talvez por não serem alunos da área de Ciências e Tecnologias.

A abordagem das fontes de informação mostrou-se muito importante porque, de uma maneira geral, os adolescentes não recorriam a fontes científicas e seguras para esclarecerem dúvidas sobre sexualidade, e assim ficaram a saber algumas fontes fidedignas onde podem recorrer e algumas delas bem perto deles (como por exemplo o Gabinete CUIDA-TE do IPJ de Portalegre, que um número significativo de adolescentes desconhecia).

Gostaríamos de salientar que nas sessões realizadas recorreremos a duas apresentações em power point distintas, uma para o 8.º/9.º ano/CEF (apêndice XVI) e outra para o 10.º ano (apêndice XVII).

2.8 – AVALIAÇÃO

Após a realização das sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual, é necessário avaliar a intervenção, para perceber se atingimos os objetivos fixados.

Podemos afirmar que atingimos os objetivos na sua totalidade, uma vez que realizámos reuniões de orientação quinzenais com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; efetuámos uma reunião com a Diretora da ESMS e com os diretores de turma dos adolescentes alvo da intervenção; e realizámos uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma, e assim respondemos aos indicadores de atividade.

Relativamente aos indicadores de resultado da atividade, aplicámos o questionário de satisfação a todos os adolescentes que foram alvo desta intervenção no final de cada sessão, sendo que todos responderam ao mesmo.

Esta intervenção comunitária abrangeu um total de 276 adolescentes, dos quais 145 são do género feminino e 131 do género masculino, cujas idades variam entre os 13 e os 22 anos. Verifica-se que o maior número de adolescentes tem 15 anos (30,1%), seguindo-se os de 16 anos (22,8%), tal como se pode ver na Tabela 9.

Idade	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
13	22	15,2	12	9,2	34	12,3
14	26	17,9	20	15,3	46	16,7
15	45	31	38	29	83	30,1
16	27	18,6	36	27,3	63	22,8
17	13	9	17	13	30	10,9
18	8	5,5	5	3,8	13	4,7
19	4	2,8	2	1,5	6	2,2
22	0	0	1	0,8	1	0,4
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o género

A maioria dos adolescentes frequenta o 10.º ano (53,3%), seguindo-se o 8.º ano (23,6%) e depois o 9.º ano (23,2%). É de salientar que tanto no 9.º ano como no 10.º ano, a maioria dos adolescentes é do género masculino com percentagens de 23,7% e 56,5% respetivamente, e no 8.º ano predominam os adolescentes do género feminino 26,9% (Tabela 10).

Ano de Escolaridade	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
8.º Ano	39	26,9	26	19,8	65	23,6
9.º Ano	33	22,8	31	23,7	64	23,2
10.º Ano	73	50,3	74	56,5	147	53,3
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade e o género

No que se refere ao estabelecimento de ensino de proveniência, verifica-se que a maioria dos alunos frequenta a Escola Secundária Mouzinho da Silveira (86,2%). É possível, ainda, verificar que em ambas as escolas a maioria dos adolescentes que participaram na intervenção são do género feminino, tal como se pode verificar na Tabela 11.

Estabelecimento de Ensino	Género				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Escola Sec. Mouzinho da Silveira	122	84,1	116	88,5	238	86,2
Escola Sec. S. Lourenço	23	15,9	15	11,5	38	13,8
Total	145	100	131	100	276	100

Tabela 11 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e o género

Com a aplicação do questionário pretendíamos, sobretudo, analisar a satisfação dos adolescentes às sessões de educação para a saúde realizadas (Tabela 12).

No que se refere ao item **forma como te sentiste durante a sessão**, a maioria dos adolescentes respondeu *Muito Satisfeito* (42,8%), *Extremamente Satisfeito* (29,7%) e *Satisfeito* (26,4%).

Relativamente à **simpatia e disponibilidade dos técnicos**, a maioria mostrou-se *Extremamente Satisfeito* (60,9%) e *Muito Satisfeito* (32,2%), e apenas 0,4% respondeu *Pouco Satisfeito*.

Em relação à **competência e profissionalismo dos técnicos**, 57,2% dos adolescentes localizam-se na opção *Extremamente Satisfeito* e 34,8% na opção *Muito Satisfeito*, e somente 0,4% tenha respondido *Pouco Satisfeito*.

Quando questionados sobre a **utilidade dos temas abordados**, a maioria dos adolescentes considera-se *Extremamente Satisfeitos* (44,6%) e *Muito Satisfeito* (41,7%), havendo apenas 1,4% na opção *Pouco Satisfeito*.

No que diz respeito à **forma como os temas foram abordados**, 46% dos adolescentes responderam estar *Extremamente Satisfeito* e 43,8% *Muito Satisfeito*, e somente 0,4% se tenha mostrado *Pouco Satisfeito*.

Dos adolescentes inquiridos, 51,8% mostrou-se *Extremamente Satisfeito* relativamente ao **esclarecimento de dúvidas**, e 33% *Muito Satisfeito*, e apenas 1,1% se tenha considerado *Pouco Satisfeito*.

Sobre a questão **a sessão correspondeu às tuas expectativas**, podemos verificar que 43,8% dos adolescentes respondeu *Extremamente Satisfeito* e 39,5% *Muito Satisfeito*, e somente 1,4% dos adolescentes respondeu encontrar-se *Pouco Satisfeito*.

A partir da análise realizada, concluímos que, em relação à escala de **satisfação em geral**, a maioria dos adolescentes mostrou-se *Extremamente Satisfeito* (55,4%) e *Muito Satisfeito* (34,1%), sendo que apenas uma pequena percentagem (0,4%) se mostrou *Pouco Satisfeito*.

Em todos estes itens, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos adolescentes segundo o género.

Itens		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	32	22,1	41	31,3	73	26,4
	Muito Satisfeito	64	44,1	54	41,2	118	42,8
	Extremamente Satisfeito	48	33,1	34	26	82	29,7
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	6	4,1	12	9,2	18	6,5
	Muito Satisfeito	38	26,2	51	38,9	89	32,2
	Extremamente Satisfeito	101	69,7	67	51,1	168	60,9
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	0	0	1	0,4
	Satisfeito	8	5,5	13	9,9	21	7,6
	Muito Satisfeito	39	26,9	57	43,5	96	34,8
	Extremamente Satisfeito	97	69,9	61	46,6	158	57,2
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	2	1,4	2	1,5	4	1,4
	Satisfeito	10	6,9	24	18,3	34	12,3
	Muito Satisfeito	53	36,6	62	47,3	115	41,7
	Extremamente Satisfeito	80	55,2	43	32,8	123	44,6
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	11	7,6	16	12,2	27	9,8
	Muito Satisfeito	58	40	63	48,1	121	43,8
	Extremamente Satisfeito	76	52,4	51	38,9	127	46
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	17	11,7	22	16,8	39	14,1
	Muito Satisfeito	37	25,5	54	41,2	91	33
	Extremamente Satisfeito	90	62,1	53	40,5	143	51,8
A sessão correspondeu às tuas expectativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	1	0,7	3	2,3	4	1,4
	Satisfeito	17	11,7	25	19,1	42	15,2
	Muito Satisfeito	50	34,5	59	45	109	39,5
	Extremamente Satisfeito	77	53,1	44	33,6	121	43,8
Satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco Satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	12	8,3	16	12,2	28	10,1
	Muito Satisfeito	44	30,3	50	38,2	94	34,1
	Extremamente Satisfeito	89	61,4	64	48,9	153	55,4

Tabela 12 – Distribuição dos adolescentes segundo a satisfação face às sessões de educação para a saúde e o género

Portanto, tal como se pode verificar obtivemos mais de 98% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação na categoria *Satisfeito* ou mais.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

Neste capítulo do relatório de estágio iremos salientar os aspetos mais importantes desenvolvidos durante o estágio, bem como a sua análise.

O estágio a que este relatório se refere decorreu na comunidade, no período de 14/02/2011 a 30/06/2011, com um total de 840 horas. Foi dividido em duas intervenções principais: uma na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP, e a outra intervenção foi na área da sexualidade na adolescência.

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

É importante salientarmos que em ambas as intervenções todas as reuniões e sessões programadas foram realizadas.

No que se refere à **intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP**, esta decorreu nas instalações da ESSP, no período de 26/04/2011 a 29/11/2011.

Surgiu de uma proposta efetuada aos alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESSP pelos professores da ESSP responsáveis pelo Estágio e tinha como população alvo os adolescentes do 9.º ano e do 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão, EB 2,3 José Régio, a ESMS e a ESSL.

Foram escolhidos os adolescentes apenas destes dois níveis de ensino, pois são cruciais em termos de escolhas de uma futura vida profissional (o 9.º ano tem que escolher uma área a seguir e o 12.º ano o curso a frequentar), e sobre os quais a ESSP poderá exercer alguma influência divulgando a sua oferta formativa, no sentido de os cativar para os cursos por si ministrados, assegurando, assim, a sua existência, a do IPP e a empregabilidade por si gerada, bem como a fixação dos adolescentes no distrito de Portalegre, que é o que tem menor número de população residente em Portugal continental (segundo os Resultados Preliminares dos Censos de 2011 do INE). Para além disso, como nos diz Martins (2007: 20) “La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta”, ou seja, é a fase onde se

constrói a nossa identidade pessoal, bem como o nosso sistema de valores e a preocupação com os problemas do mundo (Hurlock, 1979), pelo que é a etapa da vida humana por excelência onde se deve intervir, de modo a sensibilizar os adolescentes para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e para as questões de cidadania.

Assim, para esta intervenção definimos como prioridades o consumo de tabaco e drogas ilícitas, o consumo excessivo de álcool, a malnutrição e a inatividade física regular, com base no diagnóstico de situação da população portuguesa presente no PNS 2004-2010.

De seguida, fixámos objetivos, seleccionámos estratégias e, desta forma, elaborámos o nosso projeto de intervenção (projeto individual de estágio).

Realizámos uma sessão de educação para a saúde por turma sobre estilos de vida saudáveis, de modo a que os adolescentes ficassem a perceber o que são estilos de vida saudáveis, como os podem adotar e as possíveis consequências (positivas) para a sua saúde provenientes da adoção dos mesmos, onde se recorreu a atividades interativas de avaliação do IMC e da TA, bem como à divulgação de um filme sobre estilos de vida saudáveis.

Procurámos contribuir para a capacitação (*empowerment*) dos adolescentes para a atuação em situações de emergência e, para tal, realizámos uma sessão de educação para a saúde por turma sobre o SBV para leigos, onde foram abordadas as diversas etapas da aplicação do SBV em termos teóricos e feita a demonstração das mesmas no modelo anatómico, onde os participantes tiveram a oportunidade de praticar.

Para além disso, realizámos, também, uma sessão de educação para a saúde por turma sobre o curso de higiene oral, onde foi apresentado um filme de divulgação do mesmo e realizada a visita ao laboratório de higiene oral.

Portanto, para além de facultar opções de vida futura aos adolescentes, com a divulgação da oferta formativa da ESSP e a visita às instalações da mesma, procurámos também contribuir para a consciencialização dos adolescentes sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis.

Esta intervenção abrangeu um total de 317 alunos, dos quais 197 do 9.º ano e 120 do 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias, provenientes das escolas do concelho de Portalegre.

Construímos um questionário de satisfação que aplicámos a todos os adolescentes participantes nas sessões, de modo a conseguirmos avaliar as mesmas, no qual obtivemos como resultados que 99% dos adolescentes ficaram *Satisfeitos*, *Muito Satisfeitos* e *Extremamente Satisfeitos* relativamente à forma como foram recebidos na ESSP, à forma como se sentiram na ESSP, à simpatia e disponibilidade dos técnicos, à competência e profissionalismo dos técnicos, à utilidade dos temas abordados, à forma como os temas

foram abordados, ao esclarecimento de dúvidas, às expectativas criadas relativamente às sessões e à satisfação em geral. Sendo de salientar que obtivemos uma percentagem de 100% de questionários preenchidos.

Para além disso, com a aplicação do questionário também verificamos que a maioria (82,3%) dos adolescentes que participou nesta intervenção, após o *terminus* do 12.º ano, não pretende concorrer à ESSP mas que, apesar disso, também a maioria (96,2%) recomenda a ESSP aos seus amigos como uma opção de vida profissional.

No que se refere à **intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência**, esta decorreu na ESMS e na ESSL, no período de 02/05/2011 a 06/05/2011.

Surgiu de um pedido formal da Direção da ESMS e de um pedido informal de um professor da ESSL e tinha como população alvo os adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF da ESMS e das turmas do 10.ºE e 10.ºF da ESSL.

De acordo com o Conselho de Enfermagem (2009: 2), “As primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde”. É nesta fase que ocorre o amadurecimento sexual (Hurlock, 1979) e que se desenvolve a identidade sexual. Além disso, “A sexualidade adolescente não existe como essência abstracta ou sucessão previsível de sentimentos, constrói-se em dialéctica sistemática com valores e práticas da sociedade em geral” (Vaz, 1997: 38). Daí o tema da sexualidade na adolescência possuir grande importância e atualidade, sendo os adolescentes considerados um grupo prioritário, ao nível da educação sexual da saúde reprodutiva.

A educação sexual visa a “formação de homens e mulheres buscando a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e culturais do ser sexual, contribuindo para o enriquecimento e incremento positivo, da personalidade, da comunicação e do amor” (Costa & Magno, 2002: 33).

Para esta intervenção, no que diz respeito à definição de prioridades, considerámos as expressões de sexualidade, atitudes face à sexualidade, comportamentos sexuais de risco e medidas preventivas e as fontes de informação como prioridades, isto no que se refere aos adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS, uma vez que foram estas que emergiram do diagnóstico de situação por nós aplicado a estes adolescentes. Para além destas, também constituíram para nós prioridades os métodos contraceptivos e as IST, as quais emergiram de um levantamento de necessidades levado a cabo pela ESSL aos seus alunos do 10.ºE e 10.ºF. Todas estas temáticas mencionadas são as recomendadas para serem abordadas nestes níveis de ensino, tal como preconizam os autores Frade, Marques, Alves & Vilar (2001).

De seguida, fixámos objetivos, seleccionámos estratégias e, desta forma, elaborámos o nosso projeto de intervenção (projeto individual de estágio).

Realizámos uma sessão de educação para a saúde no âmbito da educação sexual por turma, onde foi abordada a noção de sexualidade, as atitudes face à sexualidade, os papéis de género, os métodos contraceptivos e as fontes de informação, aos adolescentes do 8.º, 9.º ano e CEF da ESMS, tendo sido adotadas como metodologias e técnicas pedagógicas o debate, o método expositivo e a visualização de pequenos filmes.

Para além disso, também realizámos uma sessão de educação para a saúde no âmbito da educação sexual por turma aos adolescentes do 10.º ano da ESMS e do 10.ºE e 10.ºF da ESSL, onde foi abordada a noção de sexualidade, as atitudes face à sexualidade, a gravidez e os métodos contraceptivos, as IST e as fontes de informação, tendo também sido adotadas como metodologias e técnicas pedagógicas o debate, o método expositivo e a visualização de pequenos filmes.

Portanto, procurámos contribuir para uma sexualidade saudável nos adolescentes da ESMS e ESSL, proporcionando a aquisição de conhecimentos nas temáticas acima mencionadas, bem como a reflexão sobre as mesmas.

Esta intervenção abrangeu um total de 276 adolescentes, 147 do 10.º ano, 65 do 8.º ano e 64 do 9.º ano e CEF da ESMS e da ESSL.

Também para esta intervenção construímos um questionário de satisfação que aplicámos a todos os adolescentes participantes nas sessões, de modo a conseguirmos avaliar as mesmas, no qual obtivemos como resultados que 98% dos adolescentes ficaram *Satisfeitos*, *Muito Satisfeitos* e *Extremamente Satisfeitos* relativamente à forma como se sentiram durante as sessões de educação para a saúde, à simpatia e disponibilidade dos técnicos, à competência e profissionalismo dos técnicos, à utilidade dos temas abordados, à forma como os temas foram abordados, ao esclarecimento de dúvidas, às expectativas criadas relativamente às sessões e à satisfação em geral. Sendo de salientar que obtivemos uma percentagem de 100% de questionários preenchidos.

O sucesso destas intervenções só foi possível devido ao envolvimento dos mestrandos como, também, da ESSP, dos professores da ESSP responsáveis pelo Estágio, da EB 2,3 Cristóvão Falcão, da EB 2,3 José Régio, da ESMS e da ESSL, e também devido à ajuda que algumas pessoas nos prestaram, nomeadamente o pessoal docente e não docente da ESSP e das outras escolas envolvidas.

O modelo de promoção da saúde utilizado, a Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sócio-Cognitiva de Bandura, pareceu-nos o mais adequado, visto com as intervenções comunitárias pretendermos contribuir para a mudança de comportamentos dos adolescentes relativamente aos estilos de vida saudáveis, nomeadamente em relação à sexualidade. Tal como defende esta teoria, o comportamento é influenciado por fatores pessoais, ambientais e pelo próprio comportamento (Glanz, 1999) e, para além disso, tem como premissa base que “as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também

observando as ações dos outros e os resultados dessas ações” (Glanz, 1999: 29), pelo que, tendo isto sempre em mente bem como os principais conceitos desta teoria, procurámos proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos sobre os estilos de vida saudáveis e de uma sexualidade saudável, e a forma de os colocar em prática (*capacidade comportamental*); de lhes criar *expectativas* positivas aquando da adoção de comportamentos saudáveis; de encorajar os adolescentes de modo a que eles sintam confiança neles próprios relativamente à capacidade de adoção desses comportamentos (*autoeficácia*); e que eles percebessem que a melhor recompensa que podem ter pela adoção de comportamentos saudáveis é possuírem um bom estado de saúde e conseguirem ser felizes (*reforço*).

Para além disso, Glanz (1999: 29) diz-nos também que a teoria sócio-cognitiva é “correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção”.

Também nos pareceu adequada a utilização das sessões de educação para a saúde nas nossas intervenções, uma vez que a educação para a saúde “constitui-se como um instrumento, para alcançar os objectivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465).

Temos a consciência que neste relatório não é possível conseguirmos medir os ganhos em saúde (impacto) resultantes destas intervenções, mas pensamos ter dado um contributo importante na adoção de estilos de vida saudáveis e na vivência de uma sexualidade saudável dos adolescentes de Portalegre, ou seja, pensamos ter iniciado o processo que trará ganhos em saúde a estes grupos.

Julgamos que talvez tivéssemos proporcionado uma aprendizagem mais eficaz aos adolescentes se, por exemplo, em vez de termos realizado uma única sessão de educação para a saúde no âmbito da educação sexual por turma, tivessem sido realizadas várias sessões ao longo do ano letivo, cada uma delas subordinada a um determinado tema, de modo a que estes pudessem ter sido mais debatidos e melhor refletidos. Porém, tal não foi possível porque o calendário escolar que nos foi imposto pelas escolas não o permitiu.

Esta sugestão poderá ser importante para outras intervenções comunitárias que se pretendam realizar.

CONCLUSÃO

No início do século XXI, o mundo e, conseqüentemente, a sociedade portuguesa vê-se confrontada com um contexto de mudança em termos epidemiológicos e demográficos, em que o progresso científico e o desenvolvimento tecnológico imperam, num cenário de recursos limitados e de aumento das disparidades socioeconómicas. Como tal, novas ameaças à saúde da população mundial têm emergido, tais como o envelhecimento, o aumento do desemprego, o aumento do sedentarismo, o aumento da prevalência das doenças crónicas, o aumento da toxicodependência, o aumento da violência, o aparecimento de novas doenças infecciosas, o aumento da prevalência de distúrbios/problemas relacionados com a saúde mental, a par da globalização económica e da degradação ambiental.

Neste cenário, os adolescentes são também afetados, verificando-se nestes o aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, das condutas violentas, da morbidade e mortalidade provocadas por acidentes, da maternidade e paternidade precoces e de comportamentos aditivos.

Assim, neste âmbito, a Enfermagem Comunitária assume um papel de vital importância, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública e, prosseguindo, desenvolvendo programas/projetos de intervenção, com vista ao *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania.

Para além disso, também os adolescentes têm um papel igualmente importante, uma vez que é neles que reside o futuro, constituindo-se um grupo de intervenção prioritária tanto no âmbito da educação sexual, como ao nível da adoção de estilos de vida saudável e padrões de comportamento favoráveis à sua saúde futura.

Realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, o estágio e este relatório permitiram-nos aprofundar e compreender a área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Assim, com este relatório de estágio, pretendíamos descrever todo o processo de aprendizagem realizado no contexto da prática do estágio, com base nos objetivos pessoais traçados no projeto de estágio de grupo e individual.

O referencial teórico que esteve na base deste relatório possibilitou uma visão mais aprofundada sobre o atual estado da arte neste domínio, polarizando-se em três dimensões: o planeamento em saúde; a promoção da saúde, na qual abordámos os estilos de vida saudáveis e a sexualidade na adolescência; e a teoria da aprendizagem social de Bandura, que esteve na base das atividades desenvolvidas no estágio.

Ao longo deste relatório, descrevemos as duas intervenções comunitárias que compuseram o nosso estágio: a intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do concelho de Portalegre, integrada na promoção da imagem da ESSP e a intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência.

A primeira intervenção teve como alvo os adolescentes do 9.º ano e do 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias das escolas do concelho de Portalegre, com a qual se pretendia contribuir para a consciencialização dos adolescentes sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, bem como facilitar escolhas de vida profissional aos adolescentes através da divulgação da oferta formativa existente na ESSP. Para tal, foram realizadas três sessões de educação para a saúde a cada turma, uma sessão sobre SBV para leigos, outra sobre estilos de vida saudáveis e outra sobre o curso de higiene oral.

A segunda intervenção teve como alvo os adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS e as turmas do 10.ºE e 10.ºF da ESSL, com a qual pretendíamos contribuir para uma sexualidade saudável nos adolescentes supramencionados. Pelo que foi realizada uma sessão de educação para a saúde no âmbito da educação sexual a cada turma, onde foram abordados os temas da noção de sexualidade, as atitudes face à sexualidade, os papéis de género, a gravidez, os métodos contraceptivos, as IST e as fontes de informação.

Em ambas as intervenções utilizámos a metodologia do planeamento em saúde, onde procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecemos as prioridades em saúde, formulámos os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde definidas, estabelecemos um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas. Desta forma, atingimos a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária **G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Verificámos que em ambas as intervenções demos o nosso contributo no processo de capacitação de grupos, ao concebermos um projeto de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado; ao implementarmos esse projeto de intervenção mobilizando e integrando conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas; ao utilizarmos a teoria da aprendizagem social de Bandura como modelo conceptual do âmbito da promoção e da educação para a saúde nas atividades realizadas; e ao gerirmos a

informação a disponibilizar nas sessões de educação para a saúde de acordo com as características dos adolescentes alvo. Tendo, desta forma, atingido a competência específica **G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

O planeamento das atividades a desenvolver, em ambas as intervenções, foi efetuado não só de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS 2004-2010, e ainda com o preconizado no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida e no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, visto só desta forma conseguirmos contribuir para a obtenção de ganhos em saúde. Assim, atingimos a competência específica **G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde.**

Conscientes da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença, cooperámos na vigilância epidemiológica dos grupos abrangidos pelas nossas intervenções ao identificarmos fatores de risco relacionados com os estilos de vida, tendo assim atingido a competência **G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico.**

Para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, também atingimos competências gerais do Enfermeiro Especialista.

No que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, atingimos a competência **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação**, visto termos procurado sempre, ao longo das intervenções, tomado decisões éticas, suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, bem como avaliado em equipa se nas nossas intervenções estávamos a aplicar estes princípios, com vista a uma prática de cuidados comunitária de excelência. Por exemplo, decidimos que a aplicação do questionário de satisfação seria num único momento e espaço, distribuindo o questionário a todos ao mesmo tempo, de modo a que as respostas de cada adolescente não fossem influenciadas pela opinião dos colegas. Para além disso, antes da aplicação do questionário explicámos o objetivo do mesmo, garantimos o anonimato bem como que os dados seriam apenas usados para o fim a que se destinavam e declarou-se a não obrigatoriedade de resposta ao questionário.

Ainda neste domínio, atingimos também a competência **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, porque na realização das sessões de educação para a saúde procurámos promover a proteção dos direitos humanos, respeitando os valores, costumes, crenças e opiniões dos adolescentes e dos outros colegas de mestrado, bem como reconhecendo e aceitando os direitos dos outros, mesmo quando confrontados com valores diferentes dos nossos.

Relativamente ao domínio da melhoria da qualidade, atingimos a competência **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**, pois procurámos promover, no desenrolar das intervenções, um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos adolescentes, respeitando a sua identidade cultural e as suas necessidades espirituais, e, para além disso, procurámos, também, definir os recursos adequados para uma prestação de cuidados segura, isto é, para que as nossas intervenções fossem seguras.

Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, atingimos a competência **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar**, ao otimizarmos o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, disponibilizando assessoria aos colegas de mestrado e colaborando nas decisões da equipa multiprofissional (mestrandos, professores da ESSP responsáveis pelo Estágio e professores das escolas), e também ao orientarmos e supervisionarmos as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Também atingimos a competência **C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**, pois no decurso das intervenções procurámos organizar e coordenar a equipa de mestrandos; negociar os recursos adequados à realização de intervenções comunitárias de qualidade; utilizar os recursos disponíveis de forma eficiente para promover a qualidade; reconhecer e compreender os diferentes papéis e funções de todos os membros da equipa de mestrandos, promovendo um ambiente positivo e favorável ao seu desempenho; e aplicando estratégias de motivação da equipa de mestrandos para um desempenho diferenciado.

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, atingimos a competência **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**, uma vez que procurámos desenvolver o autoconhecimento com o intuito de facilitar a identificação de fatores que poderiam influenciar no relacionamento com os adolescentes e/ou com a equipa de mestrandos; gerir as nossas idiossincrasias na construção de processos de ajuda; reconhecer os nossos recursos e limites pessoais e profissionais; consciencializarmo-nos da influência pessoal que pode ocorrer na relação profissional; desenvolver a congruência entre a auto e a heteroperceção; gerir sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente; atuar eficazmente sob pressão; reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade; e utilizar técnicas de resolução de conflitos quando se mostrou necessário.

Ainda neste domínio, atingimos também a competência **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, pois procurámos que os nossos processos de tomada de decisão e as nossas intervenções assentassem em

padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes (não só da disciplina de enfermagem, como também de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada), atuando como facilitadores do processo de aprendizagem e como dinamizadores e gestores da incorporação do novo conhecimento no contexto das intervenções; demonstrando conhecimentos e aplicando-os na realização de intervenções especializadas, seguras e competentes; utilizando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados às intervenções em questão.

Ao finalizarmos este relatório pensamos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Descrevemos e analisámos as atividades realizadas durante o estágio e refletimos sobre as atividades desenvolvidas e a forma como elas contribuíram para o nosso processo de aprendizagem conducente à aquisição e ao desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

O facto de o estágio ter decorrido em contexto comunitário, e não confinado às instalações físicas de um Centro de Saúde, foi muito enriquecedor, pois promoveu o desenvolvimento de aprendizagens significativas no nosso desenvolvimento profissional e, até mesmo, pessoal.

O caminho que nos conduziu ao longo deste processo afigurou-se árduo, mas as agruras do trajeto só aumentaram a satisfação de ver concluído este projeto.

Estamos convictos que as intervenções por nós realizadas poderão contribuir com alguns subsídios para a adoção de estilos de vida saudáveis e a vivência de uma sexualidade saudável e, conseqüentemente, para a obtenção de ganhos em saúde, a longo prazo, nestes grupos.

Se a nossa convicção se converter em realidade, essa será considerada por nós como a mais importante recompensa para os nossos esforços.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.html
- Assembleia da República (1990). Lei n.º 48/90, de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 195, 3452-3459.
- Assembleia da República (1999). Lei n.º 120/99, de 11 de agosto: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *Diário da República*, I série, n.º 186, 5232-5234.
- Azevedo, M. (2008). *Educação Sexual e atitudes face à sexualidade em adolescente à saída do ensino secundário*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade da Beira Interior.
- Bouça, D. (2004). *Memórias da Adolescência*. Porto: Âmbar.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Brás, M. (2008). *A sexualidade do adolescente – a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto. Acedido em 28 de outubro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7196/2/1A%20SEXUALIDADE%20DO%20ADOLESCENTE%20A%20PERSPECTIVA%20DO%20PROFISSIONAL.pdf.html>
- Candeias, N. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 209-213.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Acedido a 25 de junho de 2011 em <http://repositorio.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5396/2/Ed%20Saude%202-4.pdf>
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 15 de outubro de 2009 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.html

- Conselho de Enfermagem (2009). *Parecer n.º 109/2009 – Educação Sexual na Escolas*. Acedido a 20 de janeiro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf.html
- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade do Minho. Acedida em 4 de fevereiro de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6284.html>
- Costa, M. & Magno, V. (2002). *Educação sexual nas escolas de ensino fundamental e médio: realidade ou utopia?* Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Pedagogia. Universidade da Amazônia. Acedido em 28 de novembro de 2011 em http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/educacao_sexual_nas_escolas.pdf.html
- Dias, M.^a; Duque, A.; Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463-473.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2004). *Plano Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Acedido a 20 de agosto de 2011 em <http://www.dgs.pt.html>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS.
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2010). *Projecto Educativo 2010-2013*. Acedido a 19 de julho de 2011 em http://www.esms.pt/resouces/conteudos/pdfs/projecto_educativo_2010.pdf.html
- Escola Secundária São Lourenço [ESSL] (2011). *Projecto Educativo de Escola 2011-2013*. Acedido a 19 de julho de 2011 em <http://www.essl.edu.pt/Documentos/PEE.pdf.html>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP] (2010). *Missão e Objectivos*. Acedido a 19 de julho de 2010 em http://www.essp.pt/missao_objectivos.php.html
- Fernandes, A. (2006). *Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online*. Dissertação de Mestrado em Educação Multimédia, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Acedido a 21 de novembro de 2010 em http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/

- Ferreira, M. (2004). Formar Melhor para um Melhor Cuidar. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 123-137. Acedido a 19 de julho de 2010 em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/10.pdf.html>
- Frade, A.; Marques, A.; Alverca, C. & Vilar, D. (2001). *Educação Sexual na Escola: Guia para Professores, Formadores e Educadores* (5.ª edição). Lisboa: Texto Editora.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores), *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gonçalves, E. & Biava, L. (2007). *Manual para Elaboração do Relatório de Estágio Curricular*. Acedido a 20 de junho de 2011 em <http://www.chapeco.isfc.edu.br/site/pdfs/ManualElaboRelEstCurricCEFETSC.pdf.html>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hurlock, E. (1979). *Desenvolvimento do Adolescente*. São Paulo: MacGraw-Hill.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Resultados Preliminares dos Censos de 2011*. Acedido a 4 de novembro de 2011 em <http://www.ine.pt.html>
- Justo, C. (2000). A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 117-118.
- López, F.; Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; et al (2011). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010. Acedido a 2 de novembro de 2011 em http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf.html
- Martins, M.F. (2007). *Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en*

- esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.
- Martins, M. (2007). *Educación sexual en los adolescentes de un distrito del Norte Alentejano: análisis y valoración de fuentes. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermaria), Cáceres.
- Ministério da Educação & Ministério da Saúde (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de outubro. *Diário da República*, I série, n.º 240, 5784-5786.
- Ministério da Educação [ME] (2009). Despacho n.º 24561/2009 de 6 de novembro: Estatutos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 216, 45464-45470.
- Ministério da Saúde e da Educação (2010). Portaria n.º 196A/2010, de 9 de abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170-(2)-1170-(4).
- Miranda, A. (2010). Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar. In *Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*. Acedido a 19 de julho de 2011 em <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/.html>
- Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 188, 23-24.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro, 8667-8669.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Rebello, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13-18.
- Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9.ª edição). Loures: Lusociência.
- Saito, M. & Silva, L. (2001). *A adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu.

- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o Suicídio* (3.^a edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Inventem-se Novos Pais* (10.^a edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, M. (2008). *Educação Sexual na escola e a sexualidade no adolescente*. Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). O Ensino Clínico na formação de Enfermagem. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 103-118. Acedido a 19 de julho de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf.html>
- Silva, L. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. (1983). Prefácio à 1.^a edição. In Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.^a edição – pp. 3-4). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Sprinthall, A. & Collins, W. (1994). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (1.^a edição). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Vaz, J. (1997). *Conversas no Papel*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Vilar, D. (2002). *Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. & Souto, E. (2008). *A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- World Health Organization [WHO] (2008). *The Taillinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Acedido a 21 de julho de 2011 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.html

APÊNDICES

Apêndice I – Projecto de Estágio – Grupo



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins
Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Ana Andres
Joana Nobre
João Crastes
Lucia Figueira
Luis Pacheco
Luis Pereira
Marília Granada
Milena Carvalho
Nuno Carrajola
Paula Grenho
Pedro Rabaça
Sónia Pires
Susana Saiote

Fevereiro
2011

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

Projecto de Estágio

Ana Andres
Joana Nobre
João Crastes
Lucia Figueira
Luis Pacheco
Luis Pereira
Marília Granada
Milena Carvalho
Nuno Carrajola
Paula Grenho
Pedro Rabaça
Sónia Pires
Susana Saiote

Fevereiro
2011

Abreviaturas e símbolos

CEF – Curso Educação e Formação

CSE – Curso Superior de Enfermagem

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EVT – Educação Visual e Tecnológica

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

Índice

	f
INTRODUÇÃO	4
PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	8
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	8
2 – METODOLOGIA A APLICAR	10
3 – MODELO DE AVALIAÇÃO	16
PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP	17
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	17
2 – METODOLOGIA A APLICAR	19
3 – MODELO DE AVALIAÇÃO	24
BIBLIOGRAFIA CITADA	25

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de intervenção comunitária integrado no 1º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, foi-nos solicitada a elaboração de um projecto de estágio em grupo. Este projecto destina-se a servir de elemento orientador do percurso do estágio.

O estágio irá realizar-se de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011 em duas áreas de intervenção comunitárias distintas: a primeira na área da educação sexual na adolescência a realizar na Escola Secundária Mouzinho da Silveira; a segunda na área da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

A primeira área de intervenção comunitária do estágio que trata a temática da educação sexual na adolescência em meio escolar, tem toda a pertinência na nossa área de especialização, uma vez que a implementação da Educação Sexual em Portugal tem sido alvo de discussões e alguma polémica, apesar da sua importância para a saúde e desenvolvimento global dos adolescentes. Na prática verifica-se uma certa demora na sua implementação. Pois como afirma Cipriano *et al* (2007: 3) ao citar Gherpelli,

“O trabalho de educação preventiva ligado à sexualidade envolve a definição de diretrizes que contemplem a formação integral do adolescente e a participação efetiva de todos os integrantes do universo escolar. Na realização da orientação sexual, são fundamentais, para a credibilidade das ações preventivas, posturas seguras e assertividade.”

A Educação para a Saúde passou a ser um dos espaços privilegiados de intervenção, na qual se insere a Educação Sexual. O documento *Saúde para Todos: uma estratégia para o virar do século* (1998- 2002) declara a relevância atribuída à Promoção de Saúde em meio escolar (Costa, 2006).

Apesar dos esforços desenvolvidos a nível governamental através de legislação adequada, a realidade tem-nos mostrado que a Educação Sexual nas escolas se encontra muito aquém do desejável. Verifica-se que pais e professores demitem-se frequentemente da tarefa educativa que lhes está atribuída (Costa, 2006). “Apesar da crescente informação disponibilizada na área da contracepção e das infecções sexualmente transmissíveis, Portugal continua a ser um dos países com maior número de mães adolescentes, com todas as implicações negativas que acarreta, designadamente no campo psicológico e emocional.”

Projecto de Estágio

(Piscalho *et al*, 2000: 354). Tendo em consideração estas afirmações considerámos pertinente a escolha desta temática para o desenvolvimento do nosso estágio.

O Estado Português através da legislação, tem vindo a adoptar desde 1984, deveres objectivos e promovendo medidas concretas na efectivação dos direitos dos cidadãos à educação e à saúde. Na legislação, (Lei nº 120/99 de 11 de Agosto e Decreto-Lei nº 259/2000, de 17 de Outubro, p. 5784), os adolescentes são encarados como grupo prioritário a nível da Educação Sexual, da saúde reprodutiva e da prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Crespo *et al*, 2007). O Decreto – Lei n.º259/2000 de 17 de Outubro, demonstra a preocupação de incluir as matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevo para a mediação dos serviços especializados de apoio educativo das escolas, à organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, ao envolvimento dos alunos e dos encarregados de educação, bem como as correspondentes associações representativas, e à formação específica de professores (Costa, 2006). A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, regulamentada pela Portaria nº 196A/2010 de 9 de Abril, estabelece o regime de implementação da Educação Sexual em meio escolar, tornando-a obrigatória em contexto de sala de aula, pela necessidade de uma abordagem do tema de uma forma explícita, intencional e pedagogicamente estruturada (Escola Secundária do Padrão da Légua, 2010).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Uma vez que

“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001: 8).

Tal processo implica educar, transmitindo a informação adequada para que os indivíduos possam decidir de forma consciente. Ao enfermeiro cabe o papel de auxiliar as pessoas a adoptarem “estilos de vida favoráveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial e espiritual. As intervenções de Educação para a Saúde são dirigidas ao indivíduo/ família quando estes têm diminuído as suas capacidades de auto – cuidado” (Paz & Lourenço, 2006: 49).

Pretendemos com este Projecto de Estágio de Intervenção Comunitária, enquadrado no Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, contribuir para a implementação da Educação Sexual em meio escolar integrada num projecto global de Educação para a Saúde, e promover a imagem da ESSP junto dos jovens das escolas do

Projecto de Estágio

Concelho de Portalegre. Com as actividades a desenvolver esperamos contribuir igualmente para a visibilidade da Enfermagem e da própria instituição em si.

Definimos dois grupos de objectivos para cada uma das intervenções comunitárias:

1) INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA - EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

Objectivo geral:

- Contribuir para uma sexualidade saudável dos adolescentes (dos 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF) da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Objectivos específicos:

- Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade até ao final de Março de 2011;
- Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas, até ao final de Março de 2011;
- Identificar a valorização atribuída pelos adolescentes às diversas fontes de informação, até ao final de Março de 2011;
- Desenvolver actividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual, de acordo com as necessidades identificadas, até ao final de Março a Junho de 2011;
- Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual, de Março a Junho de 2011.

2) INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP - PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP

Objectivo geral:

- Promover a imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre.

Objectivos específicos:

- Informar os alunos sobre a missão da ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;

Projecto de Estágio

- Realizar actividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP junto dos alunos, até ao final de Abril de 2011;
- Avaliar a satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas, até ao final de Abril de 2011.

O presente Projecto de Estágio encontra-se estruturado em duas partes essenciais:

- Numa primeira parte abordamos a intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência na Escola Secundária Mouzinho da Silveira em Portalegre, com a respectiva caracterização do local, a metodologia adoptada e o modelo de avaliação a utilizar.

- Numa segunda parte do trabalho abordamos a intervenção comunitária na área da promoção da imagem da ESSP, projecto este proposto pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Doutor Mário Martins, na qual procedemos à sua caracterização, descrição da metodologia adoptada e modelo de avaliação a utilizar.

Consideramos que este projecto de estágio é interessante contribuindo para o nosso enriquecimento pessoal, formativo e/ou profissional. Temos como meta atingir os objectivos propostos.

PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

No âmbito do estágio acima referido, esta intervenção comunitária terá lugar no meio escolar, numa escola secundária do Distrito de Portalegre (Escola Secundaria Mouzinho da Silveira). Esta intervenção surge como resposta a um protocolo estabelecido entre a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e a Escola Superior de Saúde de Portalegre no âmbito da Educação Sexual na adolescência, que visa colmatar algumas dificuldades da escola em responder as necessidades educativas do programa de educação sexual vigente.

Os alunos da Escola Secundária abrangidos por este protocolo são os pertencentes a três turmas de 8º e 9º ano de escolaridade, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Nos alunos de 8º e 9º ano a articulação, relativamente às intervenções, será realizada com o director de turma e o professor da disciplina de educação cívica. Em relação às outras turmas esta articulação será efectuada apenas com os respectivos directores de turma.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre, sede de concelho e distrito, e tem a sua raiz no Antigo Liceu de Portalegre, criado em 1844, que começou por ficar instalado no Seminário de Portalegre, hoje Museu Municipal.

Em 1878, o *Lyceu* foi transferido para o Convento de S. Bernardo. Mais tarde, por falta de condições no Convento, deu-se a sua passagem para o Palácio Achaiolli, onde permaneceu até 1976.

Cedendo as suas instalações à Escola Superior de Educação de Portalegre, os seus recursos humanos e o seu valiosíssimo património cultural mudam-se para um edifício construído para o efeito na Estrada do Bonfim, onde, até esta data, permanece, como **Escola Secundária Mouzinho da Silveira**.

No dia 4 de Abril, aniversário da morte de **José Xavier Mouzinho da Silveira**, comemora-se o “Dia da Escola”.

Projecto de Estágio

A Escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes, mas, apesar da sua história e do prestígio que granjeou, tem visto a sua população escolar diminuir, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito.

Tendo sido intervencionada no âmbito do Programa de Modernização das escolas do Ensino Secundário, pela Parque Escolar durante o ano lectivo 2008/2009, ficou dotada de novos espaços e viu melhorados os já existentes, reunindo, neste momento, todas as condições para o desenvolvimento de um processo de ensino aprendizagem conducente a um maior sucesso dos alunos.

A Escola funciona em diferentes Blocos de A a G, em termos de equipamentos informáticos, todas as salas de aula possuem computador e projector, tendo, uma em cada três, quadros interactivos com excepção do bloco A onde existem quatro salas com este recurso informático.

A escola possui ainda salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca.

No bloco D situam-se os serviços administrativos, a cozinha, o refeitório e o bar, uma sala para assistentes operacionais. Sala de convívio dos alunos, sala da associação de estudantes, a reprografia e a loja de conveniência. Há ainda a considerar neste bloco a sala de professores, cinco gabinetes de trabalho (Conselho Geral, sala de reuniões, Sala de reuniões do Conselho Pedagógico, sala da associação de pais e encarregados de educação, sala de directores de turma e Gabinete da Direcção).

No bloco E situa-se o Pavilhão Gimnodesportivo, uma sala de Ginástica, uma sala para aulas teóricas. Em anexo, funciona o campo de jogos. Como estruturas de apoio, temos os balneários femininos e masculinos e salas de arrumação de material desportivo.

Na Escola, funciona o cartão magnético que permite não só o controlo de entradas e saídas dos alunos, funcionários e professores como também o acesso a todos os serviços da Escola.

No ano lectivo de 2010/2011 foram matriculados na Escola Secundária Mouzinho da Silveira um total de 670 alunos, distribuídos desde o 7º ano até ao 12º ano de Escolaridade e uma turma do Curso Educação e Formação. Foram abrangidos pelo protocolo com a Escola Superior de Saúde de Portalegre um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação.

2 – METODOLOGIA A APLICAR

A intervenção comunitária na área da Educação Sexual na adolescência terá lugar durante todo o período de estágio que decorre de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011. Todas as intervenções realizadas com os alunos serão efectuadas na própria Escola Secundária, em data a definir com a Direcção da escola, directores de turma e professores.

Durante este capítulo apresentaremos os objectivos definidos para o estágio, as actividades a desenvolver, os recursos, os indicadores de avaliação do objectivo e o tempo de concretização.

A intervenção comunitária terá início com o levantamento das necessidades da população, através de um diagnóstico de saúde. Assim, todas as actividades serão planeadas com base nos resultados obtidos.

A execução deste Projecto necessita de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

▪ Recursos Humanos:

- Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Equipa Coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem;
- Direcção da ESSP;
- Alunos do 8.º, 9.º ano e 10.º anos e alunos do curso CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Direcção e professores da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

▪ Recursos Materiais:

- Salas de aula/anfiteatro da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Meios audiovisuais;
- Suportes didácticos.

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade até ao final de Março de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca da educação Sexual na Adolescência ▪ Identificar, com ajuda da Directora da escola, as necessidades dos Alunos relativamente a esta temática; ▪ Motivar e envolver a Directora da escola e com a sua ajuda, os directores das turmas; ▪ Selecção das turmas para posterior aplicação de questionários com ajuda da Directora da escola e respectivos directores de turma; ▪ Aplicação de questionários aos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunos do 1º Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 8º, 9º e 10ºanos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira ▪ Salas de aula da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 80% dos adlescentes respondam ao questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas, até ao final de Março de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca da educação Sexual na Adolescência; ▪ Aplicação de questionários aos adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunos do 1º Mestrado de Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 8º, 9º e 10ºanos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira; ▪ Salas de aula da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 80% dos adolescentes respondam ao questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Identificar a valorização atribuída pelos adolescentes às diversas fontes de informação, até ao final de Março de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa Bibliográfica acerca da educação Sexual na Adolescência; Aplicação de questionários aos adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Equipa Coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem; Alunos do 1º Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; Alunos das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira Salas de aula da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. 	<ul style="list-style-type: none"> Que 80% dos adolescentes respondam ao questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> Até final de Março de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver as actividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual, de acordo com as necessidades identificadas, até ao final de Maio de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões com a Direcção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira para planeamento das sessões a realizar/ directores de turma e professores; ▪ Reuniões de orientação com a Coordenação do 1.º Mestrado em Enfermagem; ▪ Sessões de educação para a saúde; ▪ Distribuição de panfletos de acordo com a temática da sessão; ▪ Questões orais efectuadas no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira; ▪ Equipa de Coordenadores do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que pelo menos 50% dos alunos respondam correctamente às questões colocadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual, até ao final de Junho de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos; ▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 8.º, 9.º e 10.º anos e CEF, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira; ▪ Equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem; ▪ Salas de aulas/anfiteatro da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas; ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação BOM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011

3 – MODELO DE AVALIAÇÃO

A avaliação deste projecto de estágio na intervenção comunitária no âmbito da educação sexual na adolescência será realizada por todos os alunos de mestrado incluídos no grupo de trabalho de estágio e coordenadores do mestrado, através discussão e análise de todas as intervenções realizadas e seu sucesso na concretização dos objectivos.

PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP

Esta intervenção comunitária, terá lugar na ESSP e surge como resposta à necessidade de promoção da imagem da ESSP.

Os destinatários desta intervenção comunitária serão os alunos do 9.º ano e os do 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre.

As actividades que a serem desenvolvidas irão ser planeadas juntamente com a equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem e o Director da ESSP e, também, com as várias Direcções das escolas do Concelho de Portalegre.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, teve o seu início como Escola de Enfermagem e foi inaugurada a 12 de Novembro de 1972, pelo então Presidente da República Almirante Américo Thomaz. A construção desta escola obedeceu a programa elaborado pela comissão de construções hospitalares, em colaboração com a Direcção Geral dos Hospitais, com o intuito de formação de Auxiliares de Enfermagem e, foi previsto para a frequência de 60 alunos de ambos os sexos, possuindo internamento para 40 alunos nas suas instalações. O custo da obra foi de 10.900 contos e o arquitecto responsável foi, o arquitecto João de Barros Vasconcelos Esteves. O edifício cuja área de implementação era inicialmente de 1062m², é constituído por três pavimentos com uma área de construção de 2475m².

Com a publicação da portaria n.º 232/71, iniciou a sua actividade com a formação de Auxiliares de Enfermagem. Em 1975 passa a leccionar o Curso Geral de Enfermagem. A Portaria 821/89 reconverte a Escola de Enfermagem, em Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Com a publicação do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Setembro o Ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, entrando-se no chamado período de transição que culminou, com a integração no Instituto Politécnico de Portalegre, no ano de 2001. Em 1990 passa a leccionar o Curso Superior de Enfermagem (CSE). Paralelamente, foi criado e leccionado na Escola em 1996, o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade, com a

Projecto de Estágio

opção em Saúde no Trabalho e a opção em Saúde do Idoso, o Ano Complementar de Formação em Enfermagem (1999-2003). Também em 1999 se dá início ao Curso de Licenciatura em Enfermagem e ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem que ainda se mantém. A portaria 508/2006, é criado o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, com a duração de três semestres lectivos. O Despacho nº. 23087/2009, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, autoriza o funcionamento do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde na família. O despacho 11908/2010, autoriza a Escola Superior de Saúde a ministrar pela primeira vez, fora da área de competência relacionada com a Enfermagem, a ministrar o Curso Superior de Higiene Oral.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior, cuja finalidade principal é conferir formação científica, humana técnica e cultural, para o exercício de actividades profissionais, altamente qualificados, no âmbito da saúde, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida. Para a prossecução dos seus objectivos compete-lhe:

- Formar profissionais altamente qualificados, no âmbito da Enfermagem e Saúde Oral, com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico e técnico;
- Incentivar a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- Fomentar a realização de actividades de pesquisa e investigação;
- Possibilitar uma estreita ligação entre a Escola e a comunidade, mormente no que respeita à prestação de serviços e ao intercâmbio entre a Escola, Instituições de Saúde, de Ensino e outras;
- Estimular o desenvolvimento de projectos de formação e de actualização dos profissionais de enfermagem e de higiene oral;
- Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras Instituições, quer públicas quer privadas, nacionais ou estrangeiras, que visem objectivos semelhantes, com vista a um mútuo enriquecimento.
- A sua conversão a Escola Superior de Saúde, vem no sentido de alargar a oferta aos novos alunos na área da saúde.

2 – METODOLOGIA A APLICAR

A intervenção comunitária na área da promoção da imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre terá lugar durante o período de estágio que decorre de 26 a 29 de Abril de 2011.

Para que este Projecto seja viável é necessário o envolvimento de todos os alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, bem como da Direcção da ESSP e equipa Coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem.

A execução deste Projecto necessita de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

▪ Recursos Humanos:

- Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Equipa Coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem;
- Direcção da ESSP;
- Alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre;
- Direcção e professores das escolas do Concelho de Portalegre;
- Pais dos alunos 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre;
- A equipa de docentes da ESSP;
- Bombeiros Voluntários de Castelo de Vide;
- ...

▪ Recursos Materiais:

- Reprografia da ESSP;
- Gabinete de Informática da ESSP;
- Expositores (Stands) da Câmara Municipal de Portalegre;
- ...

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os alunos sobre a missão da ESSP, até ao final de Abril de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma sessão de abertura ao dia de actividades com palestras sobre a ESSP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 9.º e 12.º anos da Área de Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre; ▪ Equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem; ▪ Director da ESSP; ▪ Gabinete de informática da ESSP; ▪ Salas de aulas/Sala de conferências da ESSP; ▪ Meios audiovisuais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar o guião de um filme de apresentação dos cursos ministrados na ESSP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 9.º e 12.º anos da Área de Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre; ▪ Equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem; ▪ Director da ESSP; ▪ Gabinete de informática da ESSP; ▪ Salas de aulas/Sala de conferências da ESSP; ▪ Meios audiovisuais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do filme no decorrer de todos os dias de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar actividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP junto dos alunos, até ao final de Abril de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de workshops temáticos; ▪ Visita às instalações da ESSP; ▪ Distribuição de folhetos informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 9º e 12º anos da Área de Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre; ▪ Coordenadores do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 3 workshops por dia; ▪ Realizar 1 visita por turma; ▪ Distribuir 1 folheto por aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	TEMPO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas, durante o mês de 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos; ▪ Aplicar o questionário no final do dia de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1.º Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Alunos das turmas do 9.º e 12.º anos da Área de Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre; ▪ Equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem; ▪ Salas de aulas/de conferências da ESSP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários no final do dia de actividades; ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação BOM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abril de 2011

3 – MODELO DE AVALIAÇÃO

A avaliação deste projecto de estágio na intervenção comunitária no âmbito da promoção da imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre, será realizada por todos os alunos de mestrado incluídos no grupo de trabalho de estágio e coordenadores do mestrado, através de discussão e análise de todas as intervenções realizadas e seu sucesso na concretização dos objectivos propostos.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Cipriano, M.; Farias, M.; Abrantes, M.; Costa, L.; Pereira, G. (2007). *Sexualidade na escola: proposta educativa para adolescentes*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em http://www.ufcg.edu.br/~proex/iv_enc_ext/Artigos/Educacao/SEXUALIDADE%20NA%20ESCOLA%20PROPOSTA%20EDUCATIVA%20PARA%20ADOLESCENTES.pdf
- Conselho de Enfermagem (2001), *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade do Minho. Acedida em 4 de Fevereiro de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6284>.
- Crespo, A.; Antunes, J.; Branco, S. (2007). *Educação sexual na adolescência - o contributo dos enfermeiros*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Escola Secundária do Padrão da Légua (2010). *Projecto de Educação Sexual - 2010*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esplegua.com/projectos/projectos-2010-2011/projecto-educacao-para-a-saude-pes/educacao-sexual-em-meio-escolar/projecto-de-educacao-sexual-da-escola/Projecto%20de%20Educacao%20Sexual.jpg/view>
- Paz, C.; Loureço, E. (2006). *Perspectivar a Necessidade de Educação para a Saúde dos Alunos do 2º e 3º Ciclo da Escola Garcia D'Orta em Castelo de Vide*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Piscalhoo, I.; Serafimo, L.; Leal, L. (2005). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/representacoes%20sociais%20da%20educacao%20sexual%20em%20adolescentes.pdf>

Apêndice II – Projecto de Estágio – Individual



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins
Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Joana Nobre

Março
2011

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

Projecto de Estágio

Joana Nobre

Março
2011

Abreviaturas e símbolos

CEF – Curso Educação e Formação
CSE – Curso Superior de Enfermagem
EPE – Entidade Pública Empresarial
ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira
ESSL – Escola Secundária São Lourenço
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
EVT – Educação Visual e Tecnológica
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

	f
INTRODUÇÃO	4
PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	7
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	7
2 – METODOLOGIA A APLICAR	10
3 – MODELO DE AVALIAÇÃO	17
PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP	18
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	18
2 – METODOLOGIA A APLICAR	20
3 – MODELO DE AVALIAÇÃO	28
BIBLIOGRAFIA CITADA	29

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-me solicitada a elaboração de um Projecto de Estágio, de modo a proporcionar a aquisição e o desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011,

“(…) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667).

Ou seja, deverá desenvolver competências que lhe permitam “(…) participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8667).

Daqui decorrem as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (artigo 4.º, Regulamento n.º 128/2011: 8667).

Desempenho funções de Enfermeira na UCC Ammaya do Centro de Saúde de Portalegre – ULSNA, EPE, como tal, confronto-me, neste momento, com uma realidade que exige um desempenho motivado, consciente e abrangente às necessidades da comunidade. Desta forma, torna-se imprescindível para mim desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária.

O estágio é um momento privilegiado de aprendizagem, uma vez que proporciona ao aluno a possibilidade da aplicação dos conhecimentos apreendidos ao nível do 1.º e 2.º semestre, adequando-os à prática, permitindo, assim, o desenvolvimento das competências específicas acima mencionadas.

Projecto de Estágio

O estágio a que este Projecto se refere irá decorrer no período compreendido entre 14 de Fevereiro e 30 de Junho de 2011, sendo composto por duas áreas de intervenção comunitária distintas: uma no âmbito da educação para a saúde na área da sexualidade na adolescência, que se irá realizar na Escola Secundária Mouzinho da Silveira; e a outra no âmbito da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Do ponto de vista da saúde, tem-se verificado uma certa contradição entre o esforço de intervenção programada no contexto da sexualidade na adolescência e os resultados efectivamente obtidos ao nível das atitudes e dos comportamentos manifestados pelos adolescentes. Por outro lado, o grau de permissividade crescente que caracteriza a sociedade actual, por um lado, e a falta de apoio autêntico e adequado por parte dos pais, dos professores e dos profissionais de saúde, por outro, tem levado a que os adolescentes adoptem comportamentos de risco na satisfação das suas necessidades sexuais (López & Fuertes, 1999).

“As primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde” (Conselho de Enfermagem, 2009: 2), verificando-se, actualmente, que os jovens portugueses iniciam a sua actividade sexual mais precocemente, que Portugal é o 2.º país da Europa com mais gravidezes na adolescência, que 15% dos jovens infectados com SIDA têm menos de 25 anos e que 8,8% dos jovens com menos de 15 anos praticam relações sexuais sem preservativo (Conselho de Enfermagem, 2009).

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um período conturbado, onde além das profundas transformações ao nível biológico ocorrem, também, transformações ao nível psicológico, familiar, social e/ou cultural. Nesta etapa, o adolescente procura construir a sua identidade e descobre a sua sexualidade, sendo esta vivida de uma forma bastante intensa. Por isso, com o despertar da sexualidade, surge a necessidade de incrementar a responsabilidade e a sensibilização dos jovens para a vivência de uma sexualidade saudável. O esclarecimento, a informação e a formação do adolescente é fundamental para que este possa viver o mais saudável possível, nomeadamente no que concerne à sua sexualidade.

O tema da sexualidade na adolescência tem grande importância e actualidade, sendo os adolescentes considerados grupo prioritário, ao nível da educação sexual da saúde reprodutiva e da adopção de estilos de vida saudáveis.

Desta forma, o papel dos profissionais de saúde, pais e professores é fundamental para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude.

Projecto de Estágio

Não obstante a legislação emanada pelo Estado Português acerca da educação sexual nas escolas, verifica-se que tanto os pais como os professores se continuam a demitir da sua tarefa educativa neste âmbito (Costa, 2006).

“Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sócio-familiar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação” (Oliveira *et al*, 2008, citados pelo Conselho de Enfermagem, 2009: 4).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pode exercer uma acção muito importante na formação dos adolescentes, visto este grupo etário se encontrar numa fase de consolidação da sua personalidade e ser pertinente o desenvolvimento de conhecimentos, de forma a prevenir problemas de saúde provenientes de comportamentos de risco (Stanhope & Lancaster, 1999). Assim sendo, o enfermeiro tem um papel inigualável como educador e conselheiro do adolescente na sua vivência da sexualidade.

O presente Projecto de Estágio tem como objectivos:

- Definir os objectivos a desenvolver durante o estágio ao nível das duas intervenções comunitárias;
- Elaborar um plano de actividades que sirva de guia orientador à prática, ao longo do estágio.

Este Projecto foi estruturado em duas partes. A primeira parte diz respeito à intervenção comunitária no âmbito da educação para a saúde na área da sexualidade na adolescência, onde é feita a caracterização do local de estágio, definidos os objectivos e as actividades na metodologia a aplicar e o modelo de avaliação. A segunda parte aborda a intervenção comunitária no âmbito da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, onde se procede à caracterização do local de estágio, à definição dos objectivos e das actividades na metodologia e determinado o modelo de avaliação.

Este Projecto de Estágio foi elaborado de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP.

PARTE I – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

No âmbito do estágio acima referido, esta intervenção comunitária terá lugar no meio escolar, numa escola secundária do Distrito de Portalegre (Escola Secundaria Mouzinho da Silveira). Surge como resposta a um protocolo estabelecido entre a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e a Escola Superior de Saúde de Portalegre no âmbito da Educação Sexual na adolescência, que visa colmatar algumas dificuldades da escola em responder as necessidades educativas do programa de educação sexual vigente.

Os alunos da Escola Secundária abrangidos por este protocolo são os pertencentes a três turmas de 8º e 9º ano de escolaridade, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Nos alunos de 8º e 9º ano a articulação, relativamente às intervenções, será realizada com o director de turma e o professor da disciplina de educação cívica. Em relação às outras turmas esta articulação será efectuada apenas com os respectivos directores de turma.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A **Escola Secundária Mouzinho da Silveira** situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre, sede de concelho e distrito, e tem a sua raiz no Antigo Liceu de Portalegre, criado em 1844, que começou por ficar instalado no Seminário de Portalegre, hoje Museu Municipal. Foi transferido para o convento de S. Bernardo em 1878. Mais tarde, passou para o Palácio Achaiolli, onde permaneceu até 1976. Nesta altura, cedeu as suas instalações à Escola Superior de Educação de Portalegre e foi construído um edifício construído de raiz na Estrada do Bonfim, onde, até esta data, permanece, como Escola Secundária Mouzinho da Silveira (Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS], 2010).

A Escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes, mas tem visto a sua população escolar diminuir, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito.

No ano lectivo 2008/2009 sofreu obras de remodelação e melhoramento no âmbito do Programa de Modernização das Escolas do Ensino Secundário.

Projecto de Estágio

A Escola funciona em diferentes Blocos de A a G, em termos de equipamentos informáticos, todas as salas de aula possuem computador e projector, tendo, uma em cada três, quadros interactivos com excepção do bloco A onde existem quatro salas com este recurso informático. Possui, ainda, salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca (ESMS, 2010).

No ano lectivo de 2010/2011 foram matriculados na Escola Secundária Mouzinho da Silveira um total de 670 alunos, distribuídos desde o 7º ano até ao 12º ano de Escolaridade e uma turma do Curso Educação e Formação. Foram abrangidos pelo protocolo com a Escola Superior de Saúde de Portalegre um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação.

A **Escola Secundária São Lourenço** tem as suas raízes no ano de 1884, na altura designada por Escola de Desenho Industrial. O seu edifício situava-se no n.º 34 da Rua d'Elvas em Portalegre e era constituído por lojas, 1.º e 2.º andar e sobrecâmaras.

Em 1891, mudou-se para a Praça do Município (onde actualmente funcionam os Serviços Centrais do IPP), passando a ser composta por um edifício com cave, dois pisos e um sótão, possuindo, nessa altura, 5 oficinas (de carpinteiro, marceneiro, serralheiro, ferreiro, costura e bordado), 3 salas de desenho, 1 sala de geografia, 1 sala de física, 1 sala de química, gabinete da Direcção, secretaria, sala de professores, biblioteca, sala de estudantes e recreio dos alunos (Escola Secundária São Lourenço [ESSL], 2011).

Em 1958, muda novamente de instalações, desta vez para a Avenida George Robinson, onde permanece até aos nossos dias. Alvo da degradação dos tempos, houve a necessidade de se efectuarem obras de requalificação e modernização do edifício da ESSL, no ano lectivo 2009/2010, através do Programa de Requalificação das Escolas.

A ESSL situa-se na Avenida George Robinson, 7300-070 Portalegre, junto ao Convento de S. Bernardo, ao Jardim da Corredoura e à Câmara Municipal de Portalegre. O seu edifício é composto por 4 pisos, sendo que:

- No piso 0 encontram-se a Direcção, a Secretaria, Gabinetes de trabalho, sala de reuniões, Equipa de Apoio às Escolas/Gabinetes, Gabinetes de atendimento, salas de Directores de Turma, sala da Associação de Pais, Gabinete da Saúde, Gabinete dos Serviços de Psicologia e Orientação, o refeitório e a cozinha;

Projecto de Estágio

- O piso 1 é constituído pelo bar, sala de professores, loja de conveniência/reprografia, salas de aula, salas TIC, sala de reuniões, gabinetes de apoio, sala de exposições, sala de pessoal não docente, espaços de lazer, vestiários para pessoal não docente, balneários, biblioteca e centro de recursos, campo de ténis, posto de transformação;

- O piso 2 incorpora o complexo desportivo, o ginásio, balneários de alunos e de professores, salas de aula, laboratórios (Química e Física, Biologia e Geologia, Electrotecnia e Oficina de Electricidade, ...), salas de preparação, salas de Desenho, sala de Geometria Descritiva, Oficina de Artes, sala multimédia, áreas técnicas, gabinete de trabalho para professores, museu, salas de trabalho, acesso ao espaço de lazer (miradouro);

- No piso 3 podem-se encontrar salas de aula, sala de professores, sala de reuniões, áreas técnicas, acesso ao sótão (ESSL, 2011).

No ano lectivo de 2010/2011 foram matriculados na Escola Secundária Mouzinho da Silveira um total de 750 alunos, distribuídos desde o 10.º ano até ao 12.º ano, sendo que 728 alunos frequentaram o ensino diurno e 22 alunos o ensino nocturno.

2 – METODOLOGIA A APLICAR

A intervenção comunitária na área da Educação Sexual na adolescência terá lugar durante todo o período de estágio que decorre de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011. Todas as intervenções realizadas com os alunos serão efectuadas nas próprias Escola Secundárias, em data a definir com a Direcção da escola, directores de turma e professores.

Durante este capítulo serão apresentados os objectivos definidos para o estágio, as actividades a desenvolver, os recursos, os indicadores de avaliação do objectivo e o tempo de concretização.

Tendo como referencial teórico as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros, emergiram os seguintes objectivos para esta intervenção comunitária:

Objectivo geral:

- Contribuir para uma sexualidade saudável nos adolescentes (dos 8.º, 9.º, 10.º anos e CEF) da ESMS e (dos 10.ºE e 10.ºF) da ESSL.

Objectivos específicos:

- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL a aquisição de conhecimentos em relação às IST e métodos contraceptivos, até ao final de Maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS um momento de reflexão e discussão sobre os papéis de género, até ao final de Maio de 2011;
- Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL um momento de reflexão e discussão sobre a importância de respeitar a pluralidade de opiniões em relação à sexualidade e afectividade, até ao final de Maio de 2011;
- Informar os adolescentes da ESMS e da ESSL sobre fontes de informação fidedigna sobre educação sexual, até ao final de Maio de 2011;
- Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual, até ao final de Junho de 2011.

Como **indicadores de actividade** para esta intervenção definimos os seguintes:

- Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;

Projecto de Estágio

- Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e com os directores de turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma.

E como **indicadores de resultado** definimos:

- Aplicação dos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação de *Satisfeito* ou mais.

A execução deste Projecto necessita de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

Recursos humanos:

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direcção da ESMS e Professor da ESSL;
- Adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS;
- Adolescentes do 10.ºE e 10.ºF da ESSL.

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESMS e ESSL;
- Computador e projector multimédia nas salas acima mencionadas;
- Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação.

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL a aquisição de conhecimento em relação às IST e métodos contraceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a Direcção da EMSM e directores de turma para planeamento das sessões a realizar; ▪ Reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas das IST e dos métodos contraceptivos a serem desenvolvidas nas sessões de educação para a saúde; ▪ Sessões de educação para a saúde, no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, relativamente à sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas; ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover o <i>empowerment</i> dos adolescentes relativamente à sua sexualidade; ▪ Realização de questões orais no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da EMSM e das turmas 10.ºE e 10.ºF da ESSL; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e directores de turma; ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Maio de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar aos adolescentes da ESMS um momento de reflexão e discussão sobre os papéis de género 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a Direcção da EMSM e directores de turma para planeamento das sessões a realizar; ▪ Reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre a temática dos papéis de género a ser desenvolvida nas sessões de educação para a saúde; ▪ Sessões de educação para a saúde, no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, relativamente à sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas; ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover o empowerment dos adolescentes relativamente à sua sexualidade; ▪ Realização de questões orais no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da EMSM; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e directores de turma; ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Maio de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar aos adolescentes da ESMS e da ESSL um momento de reflexão e discussão sobre a importância de respeitar a pluralidade de opiniões em relação à sexualidade e afectividade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a Direcção da EMSM e directores de turma para planeamento das sessões a realizar; ▪ Reuniões de orientação com os professores da ESSL responsáveis pelo Estágio; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas das atitudes perante a sexualidade e expressões da sexualidade a serem desenvolvidas nas sessões de educação para a saúde; ▪ Sessões de educação para a saúde, no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, relativamente à sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas; ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover o <i>empowerment</i> dos adolescentes relativamente à sua sexualidade; ▪ Realização de questões orais no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da EMSM e das turmas 10.ºE e 10.ºF da ESSL; ▪ Professores da ESSL responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores da ESSL responsáveis pelo Estágio; ▪ Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e directores de turma; ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Maio de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os adolescentes da ESMS e da ESSL sobre fontes de informação fidedigna sobre educação sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a Direcção da EMSM e directores de turma para planeamento das sessões a realizar; ▪ Reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre as fontes de informação fidedignas sobre educação sexual; ▪ Sessões de educação para a saúde, no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, relativamente à sexualidade, com vista à resolução das necessidades identificadas; ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas, de modo a promover o <i>empowerment</i> dos adolescentes relativamente à sua sexualidade; ▪ Realização de questões orais no final de cada sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da EMSM e das turmas 10.ºE e 10.ºF da ESSL; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pelo menos uma reunião de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Realização de pelo menos uma reunião com a Directora da ESMS e directores de turma; ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde no âmbito da sexualidade na adolescência por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Maio de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos; ▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes das turmas do 8º, 9º e 10º anos e CEF da EMSM e das turmas 10.ºE e 10.ºF da ESSL; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas; ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de Satisfeito ou mais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Junho de 2011

3 – MODELO DE AVALIAÇÃO

A avaliação deste projecto de estágio na intervenção comunitária no âmbito da educação sexual na adolescência será realizada por mim, estudante do 1.º Curso de Mestrado, e pelos Coordenadores do mesmo, através da discussão e análise de todas as intervenções realizadas e seu sucesso na concretização dos objectivos.

PARTE II – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP

Esta intervenção comunitária, terá lugar na ESSP e surge como resposta à necessidade de promoção da imagem da ESSP.

Os destinatários desta intervenção comunitária serão os alunos do 9.º ano e os do 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre.

As actividades que a serem desenvolvidas irão ser planeadas juntamente com a equipa coordenadora do 1.º Mestrado em Enfermagem e o Director da ESSP e, também, com as várias Direcções das escolas do Concelho de Portalegre.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, teve o seu início como Escola de Enfermagem e foi inaugurada a 12 de Novembro de 1972, pelo então Presidente da República Almirante Américo Thomaz. A construção desta escola obedeceu a programa elaborado pela comissão de construções hospitalares, em colaboração com a Direcção Geral dos Hospitais, com o intuito de formação de Auxiliares de Enfermagem e, foi previsto para a frequência de 60 alunos de ambos os sexos, possuindo internamento para 40 alunos nas suas instalações. O custo da obra foi de 10.900 contos e o arquitecto responsável foi, o arquitecto João de Barros Vasconcelos Esteves. O edifício cuja área de implementação era inicialmente de 1062m², é constituído por três pavimentos com uma área de construção de 2475m².

Com a publicação da portaria n.º 232/71, iniciou a sua actividade com a formação de Auxiliares de Enfermagem. Em 1975 passa a leccionar o Curso Geral de Enfermagem. A Portaria 821/89 reconverte a Escola de Enfermagem, em Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Com a publicação do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Setembro o Ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, entrando-se no chamado período de transição que culminou, com a integração no Instituto Politécnico de Portalegre, no ano de 2001. Em 1990 passa a leccionar o Curso Superior de Enfermagem (CSE). Paralelamente, foi criado e leccionado na Escola em 1996, o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade, com a

Projecto de Estágio

opção em Saúde no Trabalho e a opção em Saúde do Idoso, o Ano Complementar de Formação em Enfermagem (1999-2003). Também em 1999 se dá início ao Curso de Licenciatura em Enfermagem e ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem que ainda se mantém. A portaria 508/2006, é criado o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, com a duração de três semestres lectivos. O Despacho nº. 23087/2009, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, autoriza o funcionamento do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde na família. O despacho 11908/2010, autoriza a Escola Superior de Saúde a ministrar pela primeira vez, fora da área de competência relacionada com a Enfermagem, a ministrar o Curso Superior de Higiene Oral.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior, cuja finalidade principal é conferir formação científica, humana técnica e cultural, para o exercício de actividades profissionais, altamente qualificados, no âmbito da saúde, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida. Para a prossecução dos seus objectivos compete-lhe:

- Formar profissionais altamente qualificados, no âmbito da Enfermagem e Saúde Oral, com preparação nos aspectos cultural, científico, pedagógico e técnico;
- Incentivar a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- Fomentar a realização de actividades de pesquisa e investigação;
- Possibilitar uma estreita ligação entre a Escola e a comunidade, mormente no que respeita à prestação de serviços e ao intercâmbio entre a Escola, Instituições de Saúde, de Ensino e outras;
- Estimular o desenvolvimento de projectos de formação e de actualização dos profissionais de enfermagem e de higiene oral;
- Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras Instituições, quer públicas quer privadas, nacionais ou estrangeiras, que visem objectivos semelhantes, com vista a um mútuo enriquecimento.
- A sua conversão a Escola Superior de Saúde, vem no sentido de alargar a oferta aos novos alunos na área da saúde.

2 – METODOLOGIA A APLICAR

A intervenção comunitária na área da promoção da imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre terá lugar durante o período de estágio que decorre de 26 a 29 de Abril de 2011.

Para que este Projecto seja viável é necessário o envolvimento da Direcção da ESSP, da Equipa Coordenadora do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem e de mim, Estudante do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem.

Esta intervenção comunitária tem como objectivos:

Objectivos gerais:

- Contribuir para a consciencialização sobre a importância da adopção de estilos de vida saudáveis bem como da imagem da ESSP, junto dos adolescentes do 9.º e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre;
- Facilitar escolhas de vida profissional aos adolescentes do 9.º e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologia do concelho de Portalegre através da divulgação da oferta formativa existente na ESSP.

Objectivos específicos:

- Proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos em relação à importância da adopção de estilos de vida saudáveis, até ao final de Abril de 2011;
- Contribuir para a capacitação dos adolescentes no que se refere à actuação em situações de emergência, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os adolescentes sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Demonstrar aos adolescentes aspectos práticos inerentes à área de actuação de cada curso ministrado na ESSP, até ao final de Abril de 2011.
- Avaliar a satisfação dos alunos face às actividades desenvolvidas, até ao final de Junho de 2011.

Como **indicadores de actividade** para esta intervenção definimos os seguintes:

- Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades;

Projecto de Estágio

- Apresentação de um filme sobre os cursos ministrado na ESSP no decorrer de todos os dias de actividades;
- Realização de três sessões de educação para a saúde por turma;
- Realização de uma visita por turma às instalações da ESSP;
- Distribuição de um folheto/panfleto por aluno sobre os cursos ministrados na ESSP.

E como **indicadores de resultado** definimos:

- Aplicação dos questionários de satisfação aos adolescentes no final do dia de actividades;
- 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação de *Satisfeito* ou mais.

A execução deste Projecto necessita de recursos, pelo que contamos com os seguintes:

Recursos humanos:

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direcção da ESSP;
- Adolescentes do 9.º e 12.º ano da Área de Ciências e Tecnologia das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;
 - Direcção das escolas EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;
 - Engenheiro Informático da ESSP.

Recursos materiais:

- 4 Salas da ESSP: sala de conferências; sala de práticas de Enfermagem; sala de aula; clínica de Higiene Oral;
 - Computador e projectador multimédia nas salas acima mencionadas bem como no hall de entrada da ESSP (5 computadores e 5 projectores);
 - Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação;
 - Panfletos sobre os cursos ministrados na ESSP e canetas da ESSP para distribuição aos adolescentes;
 - Esfigmomanómetros e estetoscópios para avaliação de TA (4 esfigmomanómetros e 4 estetoscópios);
 - Balança para avaliação do peso e altura, de modo a proceder-se ao cálculo do IMC;
 - Cartazes sobre alimentação saudável, tabagismo, roda dos alimentos e IMC;

Projecto de Estágio

- Modelo anatómico para prática do Suporte Básico de Vida;
- Camisolas identificativas dos alunos do Curso de Mestrado.

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos em relação aos estilos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis; ▪ Apresentação de um pequeno filme sobre estilos de vida saudáveis; ▪ Avaliação da TA e do IMC, recorrendo a actividades interactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes do 9.º ano e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias do Concelho de Portalegre; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Computador e projecto multimédia; ▪ Esfigmomanómetros e estetoscópios; ▪ Balança; ▪ Cartazes sobre alimentação saudável, tabagismo, roda dos alimentos e IMC; ▪ Camisolas identificativas dos alunos de mestrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuir para a capacitação dos adolescentes no que se refere À actuação em situações de emergência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre SBV para leigos; ▪ Elaboração de uma apresentação em power point para a sessão; ▪ Demonstração da prática de SVB, recorrendo ao modelo anatómico para prática do SBV. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes do 9.º ano e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias do Concelho de Portalegre; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Computador e projecto multimédia; ▪ Modelo anatómico para a prática de SBV; ▪ Camisolas identificativas dos alunos de mestrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre SBV para leigos por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os adolescentes sobre os cursos ministrado na ESSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades, onde se fará uma breve apresentação da ESSP e da sua oferta formativa; ▪ Apresentação de um filme sobre a oferta formativa da ESSP; ▪ Realização de uma sessão de divulgação do curso de Higiene Oral; ▪ Visita guiada às instalações da ESSP bem como à clínica de higiene oral; ▪ Distribuição aos adolescentes de um panfleto sobre os cursos ministrados na ESSP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes do 9.º ano e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias do Concelho de Portalegre; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Sala de conferências da ESSP; ▪ Computadores e projectores multimédia; ▪ Panfletos sobre os cursos ministrados na ESSP; ▪ Engenheiro Informático da ESSP; ▪ Camisolas identificativas dos alunos de mestrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma sessão de abertura em cada um dos dias de actividades; ▪ Realização de uma sessão de educação para saúde de divulgação do curso de higiene oral por turma; ▪ Realização de uma visita guiada às instalações da ESSP por turma; ▪ Distribuição de um panfleto por adolescente sobre os cursos ministrados na ESSP. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Abril de 2011

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar aos adolescentes aspectos práticos relacionados com a área de actuação de cada curso ministrado na ESSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de sessões de educação para a saúde que demonstrem as áreas de actuação dos enfermeiros; ▪ Apresentação de um filme de divulgação do curso de higiene oral e visita à clínica de higiene oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes do 9.º ano e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias do Concelho de Portalegre; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Sala de práticas de Enfermagem, sala de aula e clínica de higiene oral; ▪ Computadores e projectores multimédia; ▪ Camisolas identificativas dos alunos de mestrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de três sessões de educação para a saúde por turma. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Abril de 2011

Projecto de Estágio

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	HORIZONTE TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das actividades desenvolvidas no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis integrada na promoção da imagem da ESSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos alunos; ▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização Enfermagem Comunitária; ▪ Adolescentes do 9.º ano e 12.º ano da área de Ciências e Tecnologias do Concelho de Portalegre; ▪ Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didácticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários a todas as actividades realizadas; ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de <i>Satisfeito</i> ou mais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de Junho de 2011

3 – MODELO DE AVALIAÇÃO

A avaliação deste projecto de estágio na intervenção comunitária no âmbito da promoção da imagem da ESSP, junto dos alunos do 9.º ano e 12.º ano da Área Ciências e Tecnologia das escolas do Concelho de Portalegre, será realizada por mim, estudante do 1.º Curso de Mestrado, e pelos Coordenadores do mesmo, através da discussão e análise de todas as intervenções realizadas e seu sucesso na concretização dos objectivos propostos.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Conselho de Enfermagem (2009). *Parecer n.º 109/2009 – Educação Sexual na Escolas*.
Acedido a 20 de Janeiro de 2011 em
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf.htm
- Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade do Minho. Acedida em 4 de Fevereiro de 2011 em
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6284>
- Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2010). *Projecto Educativo 2010-2013*.
Acedido a 10 de Fevereiro de 2011 em
http://www.esms.pt/resouces/conteudos/pdfs/projecto_educativo_2010.pdf.html
- Escola Secundária São Lourenço [ESSL] (2011). *Projecto Educativo de Escola 2011-2013*.
Acedido a 10 de Fevereiro de 2011 em
<http://www.essl.edu.pt/Documentos/PEE.pdf.html>
- López, F.; Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, de 18 de Fevereiro, 8667-8669.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4.ª ed. Lisboa: Lusociência

Apêndice III – Cronograma da Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos Adolescentes do Concelho de Portalegre integrada na Promoção da Imagem da ESSP

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES DO CONCELHO DE PORTALEGRE INTEGRADA NA PROMOÇÃO DA IMAGEM DA ESSP											
ACTIVIDADES	FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		MAIO		JUNHO		
	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	
Reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio											
Contacto com a Direcção e professores das escolas (EB 2,3 Cristóvão Falcão; EB 2,3 José Régio; ESMS; ESSL)											
Pesquisa bibliográfica sobre temas relacionados com estilos de vida saudáveis na adolescência											
Reuniões de grupo de trabalho quinzenais para:											
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento das sessões de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis, SBV para leigos e higiene oral; ▪ Selecção do espaço físico na ESSP para a realização das actividades; ▪ Selecção do material pedagógico audiovisual existente na ESSP sobre a escola e os cursos ministrados, para apresentação nos dias de actividades; ▪ Selecção de material necessário para a realização das sessões (5 computadores; 5 projectores; 4 esfignomanómetros; 4 estetoscópios; cartazes sobre alimentação saudável, tabagismo, roda dos alimentos e IMC; balança; modelo para prática do SBV para leigos); ▪ Elaboração de um filme sobre estilos de vida saudáveis; ▪ Elaboração de uma apresentação em power point sobre SBV para leigos; ▪ Distribuição dos alunos de mestrado pelos dias de actividades; 											

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento da divisão e rotação das turmas de adolescentes pelas diferentes actividades; ▪ Elaboração de um questionário de avaliação da satisfação dos adolescentes; ▪ Estabelecimento de contacto com a RTP1 e LocalVisão para divulgação da intervenção comunitária nos meios de comunicação social. 						
<p>Realização de uma sessão de abertura das actividades a cada turma de adolescentes com palestra sobre a ESSP, presidida pelo Director da ESSP ou pelos professores da ESSP responsáveis pelo Estágio</p> <p>Realização de sessões de educação para a saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SBV para leigos; ▪ Estilos de Vida Saudáveis, com apresentação de um filme e demonstração de avaliação da tensão arterial e IMC; ▪ Higiene oral, com apresentação de um filme e visita à clínica de higiene oral. 						
<p>Visita às instalações da ESSP (algumas salas de aula, sala de práticas de enfermagem, clínica de higiene oral, biblioteca, sala de convívio, bar)</p> <p>Aplicação do questionário de satisfação aos adolescentes no final das actividades</p> <p>Tratamento dos dados do questionário de avaliação de satisfação dos adolescentes, através do SPSS® versão 16.0</p>						

Apêndice IV – Mapa da divisão dos adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

	26.04.2011	27.04.2011	28.04.2011	29.04.2011
Manhã	9.30h: ESMS 12.º Ano (± 53 adolescentes)	9.30h: ESMS 9.º Ano (± 68 adolescentes)	9h: EB 2,3 Cristóvão Falcão 9.º Ano (± 22 adolescentes)	
			9h: EB 2,3 Cristóvão Falcão 9.º Ano (± 21 adolescentes)	
		12h: ESSL 12.º Ano (± 50 adolescentes)		12h: ESSL 12.º Ano (± 50 adolescentes)
Tarde				14h: EB 2,3 José Régio 9.º Ano (± 75 adolescentes)
	15h: ESMS 12.º Ano (± 32 adolescentes)		15.30h: EB 2,3 Cristóvão Falcão 9.º Ano (± 21 adolescentes)	

Apêndice V – Mapa da divisão dos mestrandos – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

	26.04.2011	27.04.2011	28.04.2011	29.04.2011
Manhã	9.30h: SBV – Pedro Joana EVS – Paula Lúcia João HO – Nuno	9.30h: SBV – Pedro Joana EVS – Paula Lúcia João HO – Nuno	9h: SBV – Luís Pacheco Luís Pereira EVS – Sónia Ana Marília Milena HO – Susana	
			9h: SBV – Luís Pacheco Luís Pereira EVS – Sónia Ana Marília Milena HO – Susana	
		12h: SBV – Pedro Joana EVS – Paula Lúcia João HO – Nuno		12h: SBV – Luís Pacheco Luís Pereira EVS – Sónia Susana Milena HO – Marília
Tarde				14h: SBV – Luís Pacheco Luís Pereira EVS – Sónia Susana Milena HO – Marília
	15h: SBV – Pedro Joana EVS – Paula Lúcia João HO – Nuno		15.30h: SBV – Luís Pacheco Luís Pereira EVS – Sónia Ana Marília Milena HO – Susana	

Apêndice VI – Programa das Actividades da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP

Programa das Actividades da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis integrada na Promoção da Imagem da ESSP

▪ Sessão de Abertura

- Apresentação dos objectivos da intervenção, das actividades a desenvolver e do grupo de mestrandos.
- Presidida pelo Director da ESSP e/ou Prof. Dra. Filomena Martins e Prof. Dr. Mário Martins (professores responsáveis pelo Estágio).
- Local: Sala de Conferências.
- Duração: ± 10'

▪ Suporte Básico de Vida para leigos

- O que é o **SBV** e quando aplicar. Cadeia de Sobrevivência. Procedimentos do SBV.
- Sessão ministrada pelos mestrandos.
- Metodologias e técnicas pedagógicas: Expositivo e Participativo.
- Recursos: Computador; projector multimédia; modelo anatómico para prática do SBV.
- Local: Sala de Práticas de Enfermagem.
- Duração: ± 45'

▪ Estilos de Vida Saudáveis

- O que são **EVS** (visualização de um filme). **IMC**: o que é; como se avalia; importância de se manter os valores dentro dos parâmetros normais. **TA**: o que é; como se avalia; importância de se manter os valores dentro dos parâmetros normais.
- Sessão ministrada pelos mestrandos.
- Metodologias e técnicas pedagógicas: Expositivo e Participativo.
- Recursos: Computador; projector multimédia; estetoscópios; esfigmomanómetros; balança; cartazes.
- Local: Sala de aula junto à Sala de Práticas de Enfermagem.
- Duração: ± 15'

▪ **Higiene Oral**

- Divulgação do curso de Higiene Oral (visualização de um filme) e visita guiada ao Laboratório.
- Sessão ministrada pelos mestrandos.
- Metodologias e técnicas pedagógicas: Expositivo.
- Recursos: Computador; projector multimédia.
- Local: Clínica de Higiene Oral.
- Duração: ± 15'

▪ **Visita guiada às instalações da ESSP**

- Visita a salas de aula, biblioteca, reprografia, sala de convívio, bar.
- Guias: mestrandos.
- Duração: ± 15'

▪ **Encerramento das actividades**

- Resumo dos temas abordados.
- Distribuição de dois folhetos dos cursos ministrados na ESSP e de uma caneta (aos adolescentes do 12.º ano).
- Preenchimento dos questionários de avaliação da satisfação pelos adolescentes.
- Local: Sala de Conferências.
- Duração: ± 15'

Apêndice VII – Questionário de Satisfação dos Adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Dados de caracterização:

Idade: _____ anos

Sexo: F ____ M ____

Ano de escolaridade: _____

Estabelecimento de ensino: _____

Data ____/____/____

Questionário:

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente Satisfeito
1	Forma como te receberam neste espaço					
2	Forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço					
3	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
4	Competência e profissionalismo					
5	Utilidade dos temas abordados					
6	Forma como os temas foram abordados					
7	Esclarecimento de dúvidas					
8	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
9	Grau de satisfação em geral					
10	Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º ano?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		
11	Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		

Comentários / Sugestões:



Obrigada pela tua colaboração

Apêndice VIII – Apresentação em power point do SBV para leigos




**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE


Suporte Básico de Vida


**Suporte Básico de Vida
para Estudantes do
Secundário**




Objectivos



- No final desta acção os participantes devem ser capazes de demonstrar:
 - Como abordar uma vítima de colapso;
 - Como fazer compressões torácicas e ventilação artificial;



Objectivos



- No final desta acção os participantes devem ser capazes de demonstrar:
 - Como abordar uma vítima de colapso;
 - Como fazer compressões torácicas e ventilação artificial;



Cadeia de Sobrevivência





Procedimentos




Verificar segurança
Verificar a resposta
Gritar por ajuda
Abrir via aérea
Verificar Ventilação
Ligar 112
30 Compressões Tórácicas
2 Insuflações



Verificar segurança





Verificar segurança

- Verificar a resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir via aérea
- Verificar Ventilação
- Ligar 112
- 30 Compressões Tóricas
- 2 Insuflações



Verificar Segurança





Verificar segurança

- Verificar resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações**

Local
Reanimador
Vitima
Mirones



Verificar resposta...




Verificar segurança

Verificar resposta

- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações



Verificar resposta...




Abane os ombros suavemente

Pergunte "Está bem?"

Se a vítima responde :

- deixe-a como a encontrou;
- tente perceber o que se passa;
- Reavalie regularmente



Gritar por ajuda...




Verificar segurança

Verificar resposta

Gritar por ajuda

- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações



Abrir via aérea...




Verificar segurança

Verificar resposta

Gritar por ajuda

Abrir Via aérea

- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações



Verificar Ventilação...





- Verificar segurança
- Verificar resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação**
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações




Verificar ventilação...




- Ver, ouvir e sentir (10 seg.) se existe ventilação NORMAL
- Não confunda ventilação agónica com ventilação NORMAL



Ventilação Agónica...



- Ocorre pouco depois do coração parar em 40% das paragens cardíacas
- Descrita como ventilação irregular, pesada, ruidosa e sem eficácia
- **Deve ser reconhecida como um sinal de paragem cardíaca**



Ligar 112...




- Verificar segurança
- Verificar resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112**
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações



Compressões torácicas...




- Verificar segurança
- Verificar resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas**
- 2 insuflações



Compressões torácicas...







- Coloque a base de uma mão no centro do peito
- Coloque a outra mão por cima
- Interligue os dedos
- Comprima o peito
 - frequência 100 min⁻¹
 - profundidade 4-5 cm
 - Igual tempo compressão/descompressão
- Quando for possível mude de reanimador a cada dois minutos

Insuflações...






- Verificar segurança
- Verificar resposta
- Gritar por ajuda
- Abrir Via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 compressões torácicas
- 2 insuflações**

Insuflações...



- Aperte o nariz
- Faça uma inspiração normal
- Coloque os lábios em volta da boca
- Sopre até o peito subir
- Demore cerca de 1 segundo
- Deixe o peito baixar
- Repita

Uso da máscara de bolso...



- Coloque a máscara
- Adapte bem a máscara na face da vítima
- Sopre até o peito subir
- Demore cerca de 1 segundo
- Deixe o peito baixar
- Repita 2ª vez

Continue RCR...



Continue RCR...





30 Compressões




2 Insuflações



Quando parar...



- Quando chegar a equipa de emergência;
- Quando puder ser substituído por pessoa que saiba efectuar as manobras;
- Quando atingir a exaustão.



Resumindo...




Verificar segurança
Verificar resposta
Gritar por ajuda
Abrir Via aérea
Verificar ventilação
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 insuflações




Dúvidas...



Verificar segurança
Verificar resposta
Gritar por ajuda
Abrir Via aérea
Verificar ventilação
Ligar 112
30 compressões torácicas
2 insuflações



Trabalho elaborado por...



- 1º. Mestrado em saúde comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre

Apêndice IX – Filme: Estilos de Vida Saudáveis (formato CD)



Hábitos de Vida Saudáveis.wmv

Apêndice X – Cronograma da Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA												
ACTIVIDADES	FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		MAIO		JUNHO			
	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q	1.ª Q	2.ª Q		
Reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio												
Contacto com a Direcção e/ou professores das escolas (ESMS e ESSL)												
Pesquisa bibliográfica sobre temas relacionados com a educação sexual na adolescência												
Reuniões de grupo de trabalho quinzenais para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento das sessões de educação para a saúde sobre sexualidade na adolescência; ▪ Selecção do material pedagógico audiovisual existente na ESSP sobre métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e IST; ▪ Selecção de material necessário para a realização das sessões (sala de aula com computador, projector e quadro); ▪ Elaboração de um filme sobre papéis de género; ▪ Elaboração de uma apresentação em power point para os adolescentes do 8.º/9.º ano/CEF e outra para o 10.º ano; ▪ Distribuição dos alunos de mestrado pelos dias de actividades; ▪ Distribuição das turmas de adolescentes pelos dias de actividades; ▪ Elaboração de um questionário de avaliação da satisfação dos adolescentes. 												
Realização de sessões de educação para a saúde sobre sexualidade na adolescência.												
Aplicação do questionário de satisfação aos adolescentes no final das actividades												

Apêndice XI – Mapa da divisão dos adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência

	02.05.2011	03.05.2011	04.05.2011	05.05.2011	06.05.2011
Manhã	8.30h-10h: ESMS 10.ºC		8.30h-10h: ESMS 9.ºA		
			8.30h-10h: <u>ESSL</u> 10.ºE		
		10.15h-11.45h: ESMS 10.ºE	10.15h-11.45h: ESMS 8.ºA	10.15h-11.45h: ESMS 10.ºF	10.15h-11.45h: ESMS 8.ºB
	11.55h-13.25h: ESMS 10.ºB	11.55h-13.25h: ESMS 10.ºD	11.55h-13.25h: ESMS CEF 1.ºE	11.55h-13.25h: <u>ESSL</u> 10.ºF	
Tarde	14.25h-15.55h: ESMS 9.ºB	14.25h-15.55h: ESMS 10.ºA			14.25h-15.55h: ESMS 8.ºC
	16.05h-17.35h: ESMS 9.ºC				

Apêndice XII – Mapa da divisão dos mestrandos – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência

	02.05.2011	03.05.2011	04.05.2011	05.05.2011	06.05.2011
Manhã	8.30h-10h: Lúcia Nuno		8.30h-10h: Susana Luís Pereira		
			8.30h-10h: Joana Nuno		
		10.15h-11.45h: Marília Milena Ana	10.15h-11.45h: Susana Luís Pereira	10.15h-11.45h: Susana Luís Pereira	10.15h-11.45h: Paula Pedro
	11.55h-13.25h: Lúcia Nuno	11.55h-13.25h: Marília Milena Ana	11.55h-13.25h: Sónia Luís Pacheco	11.55h-13.25h: Sónia Luís Pacheco	
Tarde	14.25h-15.55h: Joana João	14.25h-15.55h: Marília Milena Ana			14.25h-15.55h: Paula Pedro
	16.05h-17.35h: Joana João				

Apêndice XIII – Plano de sessão – 8.º/9.ºano/CEF da ESMS

Fase da sessão	Sequência didáctica	Conteúdos/Temas	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo
Introdução	Tema/ motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema; - Objectivos da sessão.	Expositivo	Computador; Projector multimédia	15'
		APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade; - Expectativas em relação sessão.	Debate		
Desenvolvimento	Exposição do tema	DEFINIÇÃO DE SEXUALIDADE: - Compor a definição de sexualidade com o grupo de adolescentes; - Apresentação da definição da OMS.	Debate Expositivo	Quadro; Computador; Projector multimédia	60'
		ATITUDES FACE À SEXUALIDADE: - Barómetro de atitudes; - Expressões da sexualidade.	Expositivo Debate	Computador; Projector multimédia	
		PAPÉIS DE GÉNERO	Filme: papéis de género. Debate	Computador; Projector multimédia	
		MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: - O que são métodos contraceptivos?; - Que métodos contraceptivos conhecem?; - Para que servem?	Debate	Computador; Projector multimédia	
		FONTES DE INFORMAÇÃO	Expositivo	Computador; Projector multimédia	
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO/Avaliação formativa.			15'

Apêndice XIV – Plano de sessão – 10.º ano da ESMS e ESSL

Fase da sessão	Sequência didáctica	Conteúdos/Temas	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo
Introdução	Tema/ motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema; - Objectivos da sessão.	Expositivo	Computador; Projector multimédia	15'
		APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade; - Expectativas em relação sessão.	Debate		
Desenvolvimento	Exposição do tema	DEFINIÇÃO DE SEXUALIDADE: - Compôr a definição de sexualidade com o grupo de adolescentes; - Apresentação da definição da OMS.	Debate Expositivo	Quadro; Computador; Projector multimédia	60'
		ATITUDES FACE À SEXUALIDADE: - Barómetro de atitudes; - Expressões da sexualidade.	Expositivo Debate	Computador; Projector multimédia	
		GRAVIDEZ: - Prevenção da gravidez (métodos contraceptivos); - Que desafios?; - Onde podem encontrar ajuda?	Filme. Debate	Computador; Projector multimédia	
		IST: - O que são IST?; - Quais as que conhecem?; - Como se previnem?	Expositivo. Debate	Computador; Projector multimédia	
		FONTES DE INFORMAÇÃO	Expositivo	Computador; Projector multimédia	
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO/Avaliação formativa.			15'

Apêndice XV – Questionário de Satisfação dos Adolescentes – Intervenção Comunitária na área da Sexualidade na Adolescência

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Dados de caracterização:

Idade: _____ anos Sexo: F ____ M ____ Ano de escolaridade: _____

Estabelecimento de ensino: _____ Data ____/____/____

Questionário:

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente Satisfeito
1	Forma como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
3	Competência e profissionalismo					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					
6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários / Sugestões:

Obrigada pela tua colaboração

Apêndice XVI – Apresentação em power point das sessões no âmbito da Sexualidade na Adolescência – 8.º/9.º ano/CEF

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Escola Superior de Saúde de Portalegre
1º Curso de Mestrado em Enfermagem

Maio 2011

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Objectivos da Sessão:

Que os alunos sejam capazes de:

- Adquirir um conceito completo e correcto do que é a sexualidade.
- Analisar criticamente os papéis vigentes de género.
- Compreender as vantagens e os inconvenientes dos principais métodos contraceptivos.
- Identificar as fontes de informação credíveis sobre sexualidade.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



"...é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental".

SEXUALIDADE

OMS

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



SEXUALIDADE



SEXO



IDENTIDADE DE GÉNERO

Sexo...

Biologia:

Permite a distinção das espécies em categorias: **Masculino versus feminino.**

Refere-se ainda:

- Aos órgãos sexuais,
- À relação sexual (comportamento relacionado com a reprodução sexuada)
- Outros comportamentos da sexualidade humana.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Identidade de Género

Sentimento interior de sermos homem ou mulher.

Papel do Género

Normas de comportamento que uma determinada cultura considera apropriadas para cada sexo.

Orientação Sexual

Inclinação para um parceiro sexual.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- A lei devia reprimir fortemente os comportamentos homossexuais.
- O recurso à Contraceção de Emergência é um sintoma de irresponsabilidade.
- A mulher deve ser virgem quando casa.
- A Educação Sexual provoca um aumento das relações pré-conjugais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- A Homossexualidade deveria ser considerada uma doença.
- A gravidez indesejada é um sintoma de irresponsabilidade.
- O direito de adoptar crianças deve ser reconhecido a casais de homossexuais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- Os jovens menores de 16 anos não deveriam ter relações sexuais.
- A Educação Sexual é da responsabilidade da Escola.
- Quanto mais informação sobre os riscos da Sexualidade menos erros os jovens vão cometer.
- Os pais deveriam esperar que as crianças colocassem questões sobre a sexualidade em vez de serem eles mesmo a desencadeá-las.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Gã©nero - papã©is sociais.wmv

PAPÉIS DE GÉNERO

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Contraceptivos



- **Homonal**
Oral: pílula; minipílula; pílula do dia seguinte
Injectável e Implante
- **Local / Barreira**
Preservativo
Diafragma
- **Natural**
Abstinência periódica
Coito interrompido
- **Esterilização**

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção hormonal oral - pílula

Componentes

- Estrogénio
- Progestagénio



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula - Mecanismo de Acção

- Inibição da ovulação
- Atrofia endometrial
- Espessamento do muco cervical



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula - Efeitos Benéficos

- Contraceção
- Gravidezes não desejadas
- Gravidezes extra-uterinas
- Problemas do ciclo menstrual
- Cancro do ovário
- Quistos do ovário
- Cancro do endométrio
- Quistos da mama
- Acne
- Dismenorreia (dor menstrual)



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula Combinada

Administração

- 1º dia da menstruação
- Diária
- 21 comprimidos
- 7 dias de pausa
- Recomeço de nova embalagem
- Hemorragia de privação na pausa
- Eficácia contínua



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Mini - Pílula

● Progestagénio

Mini - Pílula
Só com Progestagénio

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Não tomar se...

- Tabagismo
- História de coágulos nas pernas (trombozes venosas)
- Hipertensão grave
- Doença do fígado
- Diabetes grave
- Cancro (alguns)
- Gravidez

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula do Dia Seguinte

Contraceção de Emergência

- Os acidentes acontecem
- O preservativo rompeu-se ?!
- Algumas pilulas esquecidas
- Sexo sem protecção

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção de Emergência

- Tomar até 72h após a relação
- Quanto mais cedo, melhor !

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção de Emergência

Como actua ?

- Bloqueia a ovulação
- Altera o muco cervical
- Altera o endométrio

Não é abortiva
Se já existe gravidez...

- Não a interrompe (não funciona !)
- Nem provoca malformações

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção de Emergência - Duas Opções

<p>4 pilulas combinadas posologia</p> <ul style="list-style-type: none"> · 2 comprimidos o mais cedo possível · 2 comprimidos 12h depois dos primeiros · Sujeito a receita médica 	<p>2 pilulas só com progestativo posologia</p> <ul style="list-style-type: none"> · 1 comprimido o mais cedo possível · 1 comprimido 12h depois do primeiro · Venda Livre
---	---

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos de Barreira

- Preservativo
- Diafragma (não comercializado em Portugal)
- Preservativo feminino (abandonado)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Preservativo

- Evita a gravidez
- Protege das DST

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



- Usar sempre durante a relação sexual
- Colocar antecipadamente
- Não é reutilizável

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Preservativo

Para utilizar um preservativo com mais segurança, é necessário observar alguns cuidados:

Estado de conservação da embalagem.

Prazo de validade.

Abrir a embalagem com cuidado.

Após a utilização, o preservativo deve retirar-se imediatamente, dar-se um nó na abertura impedindo que o esperma saia e em seguida deitar-se para o lixo.

Para uma melhor eficácia pode utilizar-se simultaneamente um espermicida.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Diafragma

- Deve ser colocado no colo do útero antes da relação sexual
- Deve permanecer colocado até 6-8h depois
- Associar com espermicidas
- Pouco recomendável a adolescentes

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Espermicidas

- São produtos químicos que destroem os espermatozoides
- Para aumentar a eficácia do preservativo e do diafragma

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Contraceptivos

Não Recomendados a Adolescentes



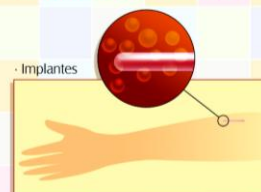
- Implantes
- Injectáveis
- D.I.U.
- Métodos naturais
- Esterilização

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Implante

Não Recomendados a Adolescentes



- Implantes

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



IMPLANTE

Trata-se de um bastonete com 4 cm de comprimento que contém uma hormona – Progestagénio que é libertado lentamente e o seu efeito contraceptivo prolonga-se por 3 anos.



O implante é inserido através de uma pequena intervenção cirúrgica, por via subcutânea na zona interna do braço.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Injectáveis

Não Recomendados a Adolescentes



- Injectáveis

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Esterilização

Não Recomendados a Adolescentes



- Esterilização Feminina
- Laqueação de trompas

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Esterilização

Não recomendados a adolescentes

- Esterilização Masculina
- Vasectomia



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Diu - Dispositivo Intra Uterino



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Naturais



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Naturais



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Sistema Transdérmico -Adesivo

Consiste num adesivo cutâneo com hormonas semelhantes às encontradas nas pilulas que são absorvidas através da pele, e a sua eficácia é também semelhante à contraceção hormonal.



O modo de usar é muito simples: Aplica-se um adesivo por semana (7 dias) durante um período de 3 semanas seguido de uma semana de intervalo. Para iniciar coloca-se o 1º adesivo no 1º dia do fluxo menstrual. Esse dia da semana será sempre o dia da mudança.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Sistema Transdérmico -Adesivo

Os adesivos devem ser aplicados numa zona da pele limpa e seca, como: nádegas, parte superior e externa do braço, abdómen ou parte superior do tronco (Nunca sobre as mamas).

A mulher pode fazer exercício, nadar, tomar banho com o adesivo.

A eficácia do adesivo correctamente colocado é de 0,59 gravidezes em cada 100 mulheres.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Anel Vaginal

Trata-se de um anel de plástico transparente e maleável de cerca de 5 cm de diâmetro que se implanta na vagina durante três semanas, seguindo-se uma semana de pausa e liberta hormonas derivadas do estrogénio e da progesterona.

A primeira vez que se utiliza, deve ser colocado no 1º dia do período menstrual.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Anel Vaginal



Tem doses menores de hormonas do que a pílula, pois actua localmente, por isso causa menos efeitos colaterais.

Uma das vantagens da utilização do anel vaginal é que existe um sistema de alerta via SMS com o objectivo de ajudar a lembrar o dia em que retira um anel e o dia em que coloca um novo anel.

As contra indicações são as mesmas dos contraceptivos orais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Eficácia

Taxa de Insucesso	
Método	%
Nenhum	80 - 90
Método temperatura	6 - 25
Espemicida	4 - 25
Coito interrompido	8 - 17
Preservativo	2 - 15
DIU	0.5 - 4.0
Pílula	0.1 - 1

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pub SIDA.flv

FONTE DE INFORMAÇÃO

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Para finalizar ...

1. O que é para ti a sexualidade?
2. Os papéis de género alteraram-se? Porquê?
3. Qual o método contraceptivo que previne a gravidez e as IST's?

Contactos úteis

CSI Portugal 24533089
<http://www.amorverdadero.com.pt/>
 Serviços de Informação a Víctimas de Violência Doméstica 800 202 148
 APAV 202706077
 Sexualidade em linha 808222003
sexualidade@rlz.pt
 APV Lisboa 213853993
www.sexualidade.pt
www.sexualidadejuvenil.pt

AFARICE Tel: 22382477
 Portal da Juventude
 Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) Tel: 217883000
cidm@ml.tspgac.pt
 APV Alentejo Tel: 264795033
afarice@mlz.pt
 PE Faroanga (Linha Verde "Linha 147") 24 horas das 24h às 24h
91.pornografo@rlz.pt
 Polícia 112
 ESSP
 I Mestrado Enfermagem em S. Comunitária

Apêndice XVII – Apresentação em power point das sessões no âmbito da Sexualidade na Adolescência – 10.º ano

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Escola Superior de Saúde de Portalegre
1º Curso de Mestrado em Enfermagem

Maio 2011

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Objectivos da Sessão:

Que os alunos sejam capazes de:

- Adquirir um conceito completo e correcto do que é a sexualidade.
- Identificar as IST mais frequentes, formas de prevenção e tratamento.
- Compreender as vantagens e os inconvenientes dos principais métodos contraceptivos.
- Identificar as fontes de informação credíveis sobre sexualidade.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



"...é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental".

SEXUALIDADE

OMS

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



SEXUALIDADE



SEXO



IDENTIDADE DE GÉNERO

Sexo...

Biologia:

Permite a distinção das espécies em categorias: **Masculino versus feminina.**

Refere-se ainda:

- Aos órgãos sexuais,
- À relação sexual (comportamento relacionado com a reprodução sexual)
- Outros comportamentos da sexualidade humana.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Identidade de Género

Sentimento interior de sermos homem ou mulher.

Papel do Género

Normas de comportamento que uma determinada cultura considera apropriadas para cada sexo.

Orientação Sexual

Inclinação para um parceiro sexual.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Identidade de Género

Sexo Atribuído



Expectativas Paternas e Sociais



Determinam o sentimento subjectivo de identidade sexual e o conseqüente comportamento da criança.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- A lei devia reprimir fortemente os comportamentos homossexuais.
- O recurso à Contraceção de Emergência é um sintoma de irresponsabilidade.
- A mulher deve ser virgem quando casa.
- A Educação Sexual provoca um aumento das relações pré-conjugais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- A Homossexualidade deveria ser considerada uma doença.
- A gravidez indesejada é um sintoma de irresponsabilidade.
- O direito de adoptar crianças deve ser reconhecido a casais de homossexuais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



BARÓMETRO DE ATITUDES (concordo/não concordo)

- Os jovens menores de 16 anos não deveriam ter relações sexuais.
- A Educação Sexual é da responsabilidade da Escola.
- Quanto mais informação sobre os riscos da Sexualidade menos erros os jovens vão cometer.
- Os pais deveriam esperar que as crianças colocassem questões sobre a sexualidade em vez de serem eles mesmo a desencadeá-las.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

São doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



IST

As mais frequentes são:

- VIH/SIDA
- Hepatite B
- Gonorréia
- Herpes Genital
- Sífilis
- Clamídia
- Papilomavírus Humano (HPV)
- Tricomonas
- Cândiase (fungos)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Principais Vias de Transmissão:



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Principais Vias de Transmissão:



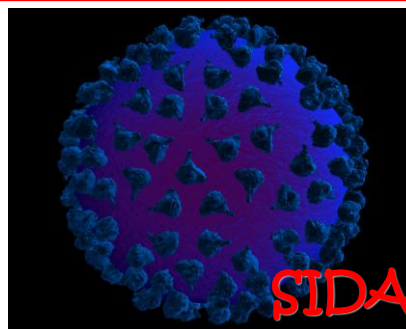
Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Prevenção

- ✓ Reduzir o número de parceiros sexuais;
- ✓ Conhecer a vida sexual da outra pessoa;
- ✓ Mostrar afecto sem ter relações sexuais (acariciar, beijar, tocar)
- ✓ Ter apenas um parceiro sexual;
- ✓ Abster-se de ter relações sexuais;
- ✓ Usar preservativo cada vez que tiver relações sexuais;
- ✓ Ir ao médico/Fazer o teste do VIH.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Síndrome
Conjunto de manifestações que caracterizam uma doença

Imuno
Relacionadas com o sistema imunitário

Adquirida
Não hereditário, mas provocado por algo externo

Deficiência
Ao existir um problema de funcionamento do sistema de defesa

SIDA - HIV

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



SIDA - HIV

Agente Etiológico	Sinais e sintomas	Tratamento
Vírus da imunodeficiência adquirida	<ul style="list-style-type: none"> -Perda de peso, -suores nocturnos, -diarreia, - presença de doenças oportunistas tais como candidíase disseminada, pneumonia, tuberculose, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicamentos retrovirais Permite melhorar a qualidade de vida e retardar a sua evolução; -Não existe vacina ; -Apoio psicossocial.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Como se transmite o VIH?

- ✦ Através do contacto com o sangue;
- ✦ Transmissão sexual;
- ✦ Transmissão materno-fetal.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



O VIH não se transmite...

- ✦ Relações Sexuais com preservativo;
- ✦ Contactos Sociais e Profissionais;
- ✦ Picadas de Insectos;
- ✦ Beijar e Abraçar;

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



O VIH não se transmite...

- ✦ Conversar;
- ✦ Partilhar Roupas;
- ✦ Utilização dos mesmos copos ou talheres;
- ✦ Utilização dos mesmos lavabos;
- ✦ Tossir ou Espirrar.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Como tratar...

- Não há vacina;
- Medicamentos retrovirais permitem melhorar a qualidade de vida e retardar a sua evolução;
- Apoio psico-social.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Situação epidemiológica em Portugal

- Metade das novas infecções dão-se em jovens entre os 15 e os 24 anos;
- Aumento do número de mulheres infectadas

(ONUSIDA, 2002)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



SIDA - HIV

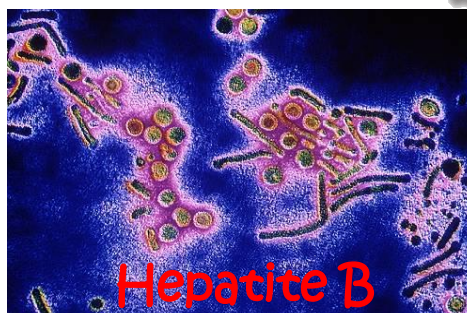


Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Liga Portuguesa Contra Sida - Testamento.flv

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Hepatite B

Agente Etiológico	Sinais e sintomas	Tratamento
Vírus da Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> -Perda do apetite; -Náuseas; -Vómitos; - febre e icterícia; -Prurido -Urina cor vinho do Porto -Pode haver ausência de sintomas; - Não há lesões genitais. 	<p>Tratamento clínico dos sintomas apresentados e uso de medicamentos que diminuem a multiplicação viral.</p> <p>Prevenção - Vacina</p>

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Hepatite B

Como se Transmite?

- Via Sexual, sémen e secreções vaginais
- Saliva
- Leite materno
- Agulhas infectadas
- Colocação de piercings
- Transfusões de sangue



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Hepatite B

Grupos de Risco



- Indivíduos sexualmente promíscuos
- Toxicodependentes
- Profissionais de saúde

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Hepatite B

Prevenção



- Abstinência de comportamentos de risco:
- Sexo promíscuo
- Partilha de seringas infectadas

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

O que é...



Papilomavírus humano (HPV) – É um vírus em que se conhecem mais de 100 subtipos. Alguns destes subtipos causa lesões na pele e nas mucosas, a que se dá o nome de verrugas.

HPV de alto risco: 16, 18, 31, 33, 45 e 58.

As lesões mais vulgares encontram-se nas mãos ou nos pés enquanto que outras, existem na área genital, chamando-se, neste caso, verrugas ou condilomas venéreos.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Agente Etiológico	Sinais e sintomas	Tratamento
Papilomavírus humano papilomaviridae	<ul style="list-style-type: none"> • Assintomático • Silencioso • Região genital • Superfícies cutâneas • Afecta homens e mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Tópicos - aplicados sobre a lesão promovendo a morte das células. • Imunomoduladores - Estimulam o sistema imunitário no combate à infecção. • Cirúrgico - Laser terapia, criocirurgia, electrocuagulação.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Como se Transmite...



- Contacto Sexual
- Contacto com superfícies contaminadas pelos vírus: sabonetes, roupas, objectos, instrumentos cirúrgico, e até mesmo pelo beijo
- Contacto materno fetal

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Em que locais...



- Colo do útero
- Regiões genitais, vulva, ânus e pênis
- Na pele, mãos pés, face e na laringe (cordas vocais e no (esófago)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Prevenção - Estirpes Cutâneas



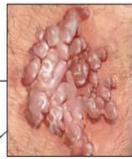
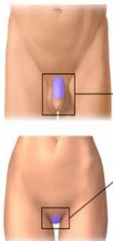
- Proteger os pés com calçado apropriado em balneários públicos (chuveiros, ...) .
- Evitar o contacto com a superfície de sanitas de uso público, e outras superfícies com nível de higienização duvidoso.
- Tratar e tapar as verrugas para evitar que o vírus seja transportado acidentalmente para zonas de pele sadia e cause um novo foco (auto-inoculação) .

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Prevenção - Estirpes Genitais



Genital warts:
Found on shaft of penis (male
vagina, vulva, cervix (female
and around anus

- Evitar comportamentos sexuais de risco - uso do preservativo
- Vacinação
- Papanicolau - realizar uma vez por ano

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



HPV- papilomavírus humano

Vacina...

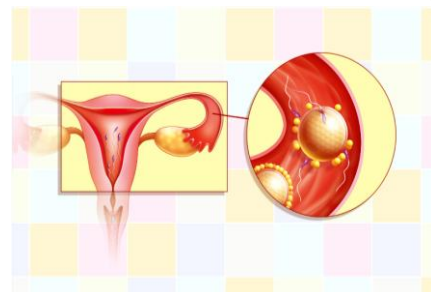


- A vacina protege contra 4 tipos de HPV- 6, 11, 16 e 18
- Administração de 3 doses, após a administração da 1ª dose, a 2ª e 3ª doses são administradas no segundo e sexto mês
- Administrada a mulheres entre os 9 anos e 26 anos de idade

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade

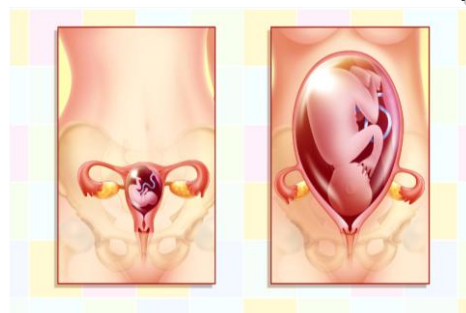


GRAVIDEZ

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Conception.mpg

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Contraceptivos

- **Hormonal**
Oral: pílula; minipílula;
pílula do dia seguinte
Injetável e Implante
- **Local / Barreira**
Preservativo
Diafragma
- **Natural**
Abstinência periódica
Coito interrompido
- **Esterilização**

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção hormonal oral - pílula

Componentes

- Estrogénio
- Progestagénio



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula - Mecanismo de Acção

- Inibição da ovulação
- Atrofia endometrial
- Espessamento do muco cervical



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula - Efeitos Benéficos

- Contraceção
- Gravidezes não desejadas
- Gravidezes extra-uterinas
- Problemas do ciclo menstrual
- Cancro do ovário
- Quistos do ovário
- Cancro do endométrio
- Quistos da mama
- Acne
- Dismenorreia (dor menstrual)



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula Combinada

Administração

- 1º dia da menstruação
- Diária
- 21 comprimidos
- 7 dias de pausa
- Recomeço de nova embalagem
- Hemorragia de privação na pausa
- Eficácia contínua



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Mini - Pílula

● Progestagénio



Mini - Pílula
Só com Progestagénio

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Não tomar se...

- Tabagismo
- História de coágulos nas pernas (trombozes venosas)
- Hipertensão grave
- Doença do fígado
- Diabetes grave
- Cancro (alguns)
- Gravidez



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Pílula do Dia Seguinte



Contraceção de Emergência

- Os acidentes acontecem
- O preservativo rompeu-se ?!
- Algumas pilulas esquecidas
- Sexo sem protecção

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade




Contraceção de Emergência

- Tomar até 72h após a relação
- Quanto mais cedo, melhor!

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade




Contraceção de Emergência

Como actua ?

- Bloqueia a ovulação
- Altera o muco cervical
- Altera o endométrio

Não é abortiva
Se já existe gravidez...

- Não a interrompe (não funciona !)
- Nem provoca malformações

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contraceção de Emergência - Duas Opções

 4 pilulas combinadas posologia	 2 pilulas só com progestativo posologia
<ul style="list-style-type: none"> · 2 comprimidos o mais cedo possível · 2 comprimidos 12h depois dos primeiros · Sujeito a receita médica 	<ul style="list-style-type: none"> · 1 comprimido o mais cedo possível · 1 comprimido 12h depois do primeiro · Venda Livre

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos de Barreira

	Preservativo
	Diafragma (não comercializado em Portugal)
	Preservativo feminino (abandonado)

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Preservativo



- Evita a gravidez
- Protege das DST

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



- Usar sempre durante a relação sexual
- Colocar antecipadamente
- Não é reutilizável

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Preservativo

Para utilizar um preservativo com mais segurança, é necessário observar alguns cuidados:

Estado de conservação da embalagem.

Prazo de validade.

Abrir a embalagem com cuidado.

Após a utilização, o preservativo deve retirar-se imediatamente, dar-se um nó na abertura impedindo que o esperma saia e em seguida deitar-se para o lixo.

Para uma melhor eficácia pode utilizar-se simultaneamente um espermicida.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Diafragma



- Deve ser colocado no colo do útero antes da relação sexual
- Deve permanecer colocado até 6-8h depois
- Associar com espermicidas
- Pouco recomendável a adolescentes

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Espermicidas



- São produtos químicos que destroem os espermatozoides
- Para aumentar a eficácia do preservativo e do diafragma

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Contraceptivos

Não Recomendados a Adolescentes



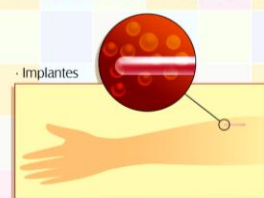
- Implantes
- Injectáveis
- D.I.U.
- Métodos naturais
- Esterilização

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Implante

Não Recomendados a Adolescentes



- Implantes

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



IMPLANTE

Trata-se de um bastonete com 4 cm de comprimento que contém uma hormona – Progestagénio que é libertado lentamente e o seu efeito contraceptivo prolonga-se por 3 anos.



O implante é inserido através de uma pequena intervenção cirúrgica, por via subcutânea na zona interna do braço.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Injectáveis

Não Recomendados a Adolescentes



Injectáveis

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Esterilização

Não Recomendados a Adolescentes



Esterilização Feminina
- Laqueação de trompas

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Esterilização

Não recomendados a adolescentes

- Esterilização Masculina
- vasectomia



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Diu - Dispositivo Intra Uterino

Não recomendados a adolescentes

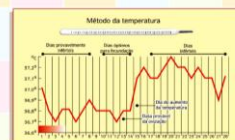


Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Naturais

Não recomendados a adolescentes



- Métodos naturais
- Abstinência periódica
- Calendário
- Muco cervical
- Temperatura basal

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Métodos Naturais



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Sistema Transdérmico -Adesivo

Consiste num adesivo cutâneo com hormonas semelhantes às encontradas nas pilulas que são absorvidas através da pele, e a sua eficácia é também semelhante à contraceção hormonal.



O modo de usar é muito simples: Aplica-se um adesivo por semana (7 dias) durante um período de 3 semanas seguido de uma semana de intervalo. Para iniciar coloca-se o 1º adesivo no 1º dia do fluxo menstrual. Esse dia da semana será sempre o dia da mudança.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Sistema Transdérmico -Adesivo

Os adesivos devem ser aplicados numa zona da pele limpa e seca, como: nádegas, parte superior e externa do braço, abdómen ou parte superior do tronco (Nunca sobre as mamas).

A mulher pode fazer exercício, nadar, tomar banho com o adesivo.

A eficácia do adesivo correctamente colocado é de 0,59 gravidezes em cada 100 mulheres.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Anel Vaginal

Trata-se de um anel de plástico transparente e maleável de cerca de 5 cm de diâmetro que se implanta na vagina durante três semanas, seguindo-se uma semana de pausa e liberta hormonas derivadas do estrogénio e da progesterona.

A primeira vez que se utiliza, deve ser colocado no 1º dia do período menstrual.



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Anel Vaginal



Tem doses menores de hormonas do que a pilula, pois actua localmente, por isso causa menos efeitos colaterais.

Uma das vantagens da utilização do anel vaginal é que existe um sistema de alerta via SMS com o objectivo de ajudar a lembrar o dia em que retira um anel e o dia em que coloca um novo anel.

As contra indicações são as mesmas dos contraceptivos orais.

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Eficácia

Taxa de Insucesso	
Método	%
Nenhum	80 - 90
Método temperatura	6 - 25
Espemicida	4 - 25
Coito interrompido	8 - 17
Preservativo	2 - 15
DIU	0.5 - 4.0
Pilula	0.1 - 1

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade




Liga Portuguesa Contra Sida - Testamento.lv

FONTES DE INFORMAÇÃO

Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Acção de Sensibilização na Área da Sexualidade



Contactos úteis

CSJ Portugal 24333089
<http://www.ajcomentadado.com.pt/>
Serviços de Informação a Víctimas de Violência Doméstica 800 202 148
APAV 767200077
Sexualidade em linha 808222003
sexualidade@lga.pt
APP Lisboa 213853993
www.sexualidade.pt
www.sexualidadejovem.pt

APARCE Tel: 213932477
Portal da Juventude
Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM) Tel: 217683000
cidm@csd.pt
APP Alentejo Tel: 262760218
ajp@alentejo.pt
ajp@alentejo.gov.pt
PJ Portugal (gabinete "cuidar de") PJ feir das 14h às 16h.
aj.portalegre@psj.pt
Polícia 112
ESSP
1 Mestrado Enfermagem em S. Comunitária

Obrigada pela vossa atenção

ANEXOS

Anexo I – Reportagens da Local TV e da RTP1 da intervenção comunitária na área da promoção de estilos de vida saudáveis dos adolescentes do concelho de Portalegre integrada na promoção da imagem da ESSP (formato CD)



Reportagem LocalTV.wmv



Reportagem RTP1.wmv

Anexo II – Filme: Papéis de Género (formato CD)



Papéis de Género.wmv