



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Orientadora: Professora Doutora em Enfermagem Maria Filomena Martins

Coorientador: Professor Doutor em Educação António Reis do Arco

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA: “HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS
DOS ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA
MOUZINHO DA SILVEIRA DE PORTALEGRE.”**

**Relatório de Estágio para a
obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem e Especialização em
Enfermagem Comunitária.**

Autora: Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira

maio
2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Orientadora: Professora Doutora em Enfermagem Maria Filomena Martins
Coorientador: Professor Doutor em Educação António Reis do Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “HÁBITOS DE
VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO
DA SILVEIRA DE PORTALEGRE.”

Relatório de Estágio para a
obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem e Especialização em
Enfermagem Comunitária.

Autora: Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira

maio
2015

(...) Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós (...).

(Antoine de Saint-Exupéry)

Dedicatória

Dedico o presente trabalho:

A ti **FRANCISCO!** Pela ausência da mãe, por todos os momentos em que tive
“de te deixar”...

A ti **CARLOS**, marido, companheiro, amigo, pelo encorajamento do ingresso e término
do Curso de Mestrado, pela minha ausência, retaguarda, auxílio e sentido de
responsabilidade para comigo e com o Francisco na minha falta... “*SOMOS OS 3...*”

Aos meus **PAIS**, Margarida e Francisco, pela pessoa que sou hoje, pelos valores e educação,
por todos os sacrifícios que fizeram para um dia ter podido entrar na Escola Superior de
Saúde de Portalegre... Ser hoje Enfermeira, Licenciada em Enfermagem, facto que me
permitiu mais uma vez voltar a esta Escola com vista ao enriquecimento do meu
Desenvolvimento e Identidade Profissional... Adoro-vos!!!

JOÃO, meu irmão, por todos os momentos de brincadeira, e ajuda com o Francisco...

Ao meu **CHEFE**, Exmo. Sr. Enfermeiro-Chefe António Louro do Serviço de Medicina
Interna: Ala Direita, pela compreensão e disponibilidade na elaboração de horários, que me
permitiram o frequentar de forma assídua o Curso de Mestrado...

Aos meus **AMIGOS** e **COLEGAS**, Sr. Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna: Ala
Direita por todas as “trocas pedidas”, por tantas “manhas de fim-de-semana” feitas... Muito
obrigado!!!

À **EXMA. SENHORA PROFESSORA DOUTORA EM ENFERMAGEM MARIA
FILOMENA MARTINS**, a qual tive o privilégio de ter como Orientadora do Curso de
Mestrado, e do presente Relatório de Estágio, estando-lhe muito grata por toda a sua
sabedoria, orientação, paciência, e disponibilidade...

Ao **EXMO. SENHOR PROFESSOR DOUTOR EM EDUCAÇÃO ANTÓNIO REIS DO ARCO**, o qual tive o privilégio de ter como Coorientador do presente Relatório de Estágio, estando-lhe também muito grata por toda a sua sabedoria, orientação, paciência, e disponibilidade...

A **TODOS OS PROFESSORES** do III Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, o meu muito obrigado pela vossa colaboração e contribuição para o meu enriquecimento pessoal e profissional...

À **DIREÇÃO DA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA DE PORTALEGRE**, pela autorização para a aplicação e desenvolvimento do estágio.

Aos **ALUNOS DA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA DE PORTALEGRE** e respetivos **ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**, pela autorização e colaboração no estudo, o que se constituiu uma contribuição terminante para a concretização do estágio e conseqüentemente do presente relatório.

À **D.^a ANITA, D.^a BEATRIZ e D.^a CELESTE**, estando-lhe também muito grata por toda a sua ajuda, e disponibilidade.

Colegas e amigas do III Curso de Mestrado, **ANA RAQUEL, FILIPA RIBEIRO e MARTA RAMOS**, após momentos de aflição, angústias mas também alegrias, afinal sempre conseguimos!!!

A MIM MESMA!

Resumo

A adolescência deve ser considerada como uma etapa do ciclo vital do ser humano, onde ocorrem importantes processos de crescimento e desenvolvimento.

É um período de transição da infância para a idade adulta, sendo difícil estabelecer uma delimitação etária do princípio e do seu fim, uma vez que existem «muitas adolescências» conforme cada infância, cada fase de maturação, cada família, cada época, cada cultura.

Enquanto se tenta entender a si próprio e aos outros, o adolescente experimenta novas sensações, diferentes sentimentos, passando por situações únicas na sua vida. Coabitam nesta fase desejos ambivalentes de crescimento e regressão, de autonomia e dependência, ligado ao passado, vontade de se projetar no futuro.

É durante a adolescência que se poderão verificar comportamentos e o estabelecer de hábitos de vida prejudiciais à sua saúde, com implicações no momento e/ou a longo prazo. Políticas de Promoção da Saúde envolvem a implementação estratégica de Programas de Educação para a Saúde, com vista a capacitar os adolescentes para a aquisição e/ou manutenção de hábitos de vida saudáveis, possuindo deste modo um papel fundamental e decisivo na sua saúde.

No âmbito do III Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária, o presente relatório ambiciona descrever, analisar e refletir as atividades desenvolvidas durante o estágio.

O estágio sucedeu o Diagnóstico da Situação de Saúde, efetuado em grupo (4 mestrandas), tendo decorrido na Escola Secundária Mouzinho da Silveira em Portalegre, junto dos adolescentes do 8.º e 9.º Anos, no Ano Letivo 2013/2014, durante o período de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014. Elegeram-se a comunidade adolescente, dado o elevado interesse desta para a saúde comunitária, com o intuito de se promover a capacitação dos adolescentes na aquisição/manutenção de Hábitos de Vida Saudáveis.

Com a efetivação do estágio, tornou-se um desafio para a mestranda a aquisição de competências como enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Adolescência, Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde, Hábitos de Vida Saudáveis.

Abstract

The adolescence should be considered as a stage of the human being's life cycle where there are major growth and development processes.

It is a transition period from childhood to adulthood, being difficult to establish bounds for its beginning and its end, since there are «many adolescences» depending on each childhood, maturation phase, family, era, culture.

While trying to understand oneself and the others, the adolescent experiences new sensations, different feelings, going through unique situations in his life. In this phase there co-exist ambivalent desires of growth and regression, autonomy and dependence, attached to the past, willing to project himself into the future.

It is during the adolescence that behaviours and the establishment of harmful living habits to one's health can be verified, with immediate implications and/or at long term.

Health Promotion policies involve the strategic implementation of Education Programs for Health, aiming to enable adolescents for the acquisition and/or maintenance of healthy living habits, thus having an essential and decisive role in their health.

Within the III Master's Degree in Nursing, with the area of specialisation in Community Nursing, this report aims to describe, analyse and reflect the activities developed during the internship.

The internship succeeded the Health Situation Diagnosis, made in group (4 master's students), at the Secondary School *Mouzinho da Silveira* in *Portalegre*, among adolescents of the 8th and 9th grades, in the academic year 2013/2014, from 16th september 2013 to 31st january 2014. The adolescent community was elected given its high interest for the community health, in order to promote the adolescents capacity in the acquisition/maintenance of Healthy Living Habits.

With the conclusion of the internship, the acquisition of skills as a Community Nursing Specialist nurse has become a challenge for the master's student.

Keywords: Adolescence, Community Nursing, Health Promotion, Education for Health, Healthy Living Habits.

Abreviaturas e símbolos

CS – Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DEPS – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EpS – Escolas promotoras de Saúde

ESMS – Escola Secundaria Mouzinho da Silveira

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*

INE, I.P. – Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Mo - moda

N – Frequência Absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPES - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde

s.d. – sem data

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

% – Percentagem

μ – Média

Índice

	f
INTRODUÇÃO	14
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
1.1 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL	28
2 – A ADOLESCÊNCIA	32
2.1 – ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO	36
2.2 – ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA ..	41
3 – CUIDADOS DE SAÚDE COMUNITÁRIOS: REVISÃO HISTÓRICA	45
4 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	52
4.1 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	55
4.2 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	57
4.3 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	63
II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO: ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA, DE PORTALEGRE	
	67
2 – O ESTÁGIO	70
2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	72
2.1.1 – Problemas Identificados	88
2.1.2 – Necessidades Determinadas	91
2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	93
2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	95
2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	107
2.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	110

2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO	111
2.7 – AVALIAÇÃO	118
2.7.1 – Discussão dos Resultados	123

3 – REFLEXÃO CRÍTICA: A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E O ESTÁGIO DESENVOLVIDO.....	129
---	------------

CONCLUSÃO	147
BIBLIOGRAFIA	152

ANEXOS

Anexo I – Autorização para a aplicação de Questionário	164
Anexo II – Questionário utilizado no Diagnóstico da Situação de Saúde	166
Anexo III – Autorização para realização de estágio na ESMS face a Diagnóstico da Situação de Saúde	173
Anexo IV – Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	175

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação de Questionário face a Diagnóstico da Situação de Saúde	180
Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionário ao seu educando para participação no Diagnóstico da Situação de Saúde	182
Apêndice III – Pedido de Autorização para realização de estágio na ESMS face a Diagnóstico da Situação de Saúde	184
Apêndice IV – Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária em Grupo (Formato CD-ROM)	186
Apêndice V – Cronograma de Atividades - Sessões de Intervenção Comunitária	187

Apêndice VI – Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Direção e Docentes da ESMS (Formato CD-ROM)	189
Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde: “Consumo de Substâncias Ilícitas na Adolescência” (Formato CD-ROM)	190
Apêndice VIII – Filme: “Consumo de Substâncias Ilícitas na Adolescência” (Formato CD-ROM)	191
Apêndice IX – Sessão de Educação para a Saúde: “Bullying nas Escolas” (Formato CD-ROM)	192
Apêndice X – Folheto “Bullying nas Escolas” (Formato CD-ROM)	193
Apêndice XI – Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade na Adolescência” (Formato CD-ROM)	194
Apêndice XII – Questionário de Avaliação de Satisfação dos Adolescentes	195
Apêndice XIII – Sessão de Educação para a Saúde aos alunos da ESSP: “Metodologia do Planeamento em Saúde” (Formato CD-ROM)	197
Apêndice XIV – Cronograma de Atividades	198

Índice de Figuras

	f
Figura n.º 1 – Planeamento segundo o horizonte e o tipo de atividades	22
Figura n.º 2 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde	24

Índice de Gráficos

	f
Gráfico n.º 1 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Sexo.	77
Gráfico n.º 2 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Idades.	78
Gráfico n.º 3 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Agregado Familiar.	78
Gráfico n.º 4 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Área de Residência.	79
Gráfico n.º 5 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Altura.	80
Gráfico n.º 6 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Peso.	81

Índice de Quadros

	f
Quadro n.º 1 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 1)	99
Quadro n.º 2 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 2)	100
Quadro n.º 3 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 3)	102
Quadro n.º 4 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 4)	103
Quadro n.º 5 - Preparação da Execução para a Estratégia “Articulação entre mestrandas do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, com a Equipa Coordenadora do III Mestrado.”	112
Quadro n.º 6 - Preparação da Execução para a Estratégia “Envolvimento e articulação das mestrandas, com equipa coordenadora do III Mestrado e Direção da ESMS.”	113
Quadro n.º 7 - Preparação da Execução para a Estratégia “Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes do 8.º e 9.ºAno de Escolaridade, a frequentar o Ano Letivo 2013/2014, na ESMS.”	114
Quadro n.º 8 - Preparação da Execução para a Estratégia “Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões.”	114
Quadro n.º 9 – “Modo como te sentiste durante a sessão.”	120
Quadro n.º 10 – “Pertinência dos temas abordados.”	121
Quadro n.º 11 – “Modos como os temas foram abordados.”	121
Quadro n.º 12 – “Esclarecimento de dúvidas.”	122
Quadro n.º 13 – “A sessão correspondeu às tuas expetativas.”	122
Quadro n.º 14 – “Grau de satisfação da sessão em geral.”	123
Quadro n.º 15 - Competências Adquiridas pela Mestranda no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária segundo as unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro	138

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, emerge a elaboração do presente relatório de estágio que visa proporcionar uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas no decurso do estágio realizado, e concomitantemente permita à mestranda, o adquirir de grau académico de Mestre em Enfermagem e Competências Específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

“Na prática, vários estudos na área de enfermagem efetivam a relação entre competências e exercício profissional.” (Serrano; Costa & Costa, 2011: 15)

Neste sentido, ao considerar-se que a Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada agente social vivencia um projeto de saúde, o mesmo dever-se-á tornar desde logo elemento singular, único e indivisível num momento único de cuidado.

Em pleno século XXI, a “globalização da informação e o incentivo ao auto cuidado e autorresponsabilidade pela saúde, orientam cada vez mais para uma ajuda qualificada pelo que as políticas de saúde atuais colocam desafios para a mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde.” (Neves, 2012: 126)

Nesta linha de exposição, a mestranda indo ao encontro da opinião de Serrano, Costa & Costa (2011: 15) evidencia que no que diz respeito à “profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações.”

Por conseguinte, ressalva que “esta é uma oportunidade que a Enfermagem deve aproveitar, emergindo como grupo profissional privilegiado para redesenhar cuidados inovadores, capazes de gerir os problemas de saúde da população de forma mais eficaz e de acordo com a situação local e os recursos disponíveis.” (Neves, 2012: 126)

Desde modo, a temática central que despertou interesse à mestranda e demais colegas de curso (grupo) para a realização de um Diagnóstico da Situação de Saúde, com vista a Intervenção Comunitária, foram a «Adolescência» e os «Hábitos de Vida Saudáveis», os quais decidiram conjugar: “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”.

Enquanto grupo, considerou-se ser esta uma temática de extrema importância, não só para nós enquanto profissionais de enfermagem, promotores da saúde, bem como, para o domínio da responsabilidade e capacitação dos adolescentes, «futuros adultos de amanhã».

A «saúde dos adolescentes» compreende muito mais, do que propriamente só a sua saúde física.

“Um adolescente saudável não é somente aquele que não está doente, mas o que está feliz, satisfeito com a vida e mantém um estilo de vida saudável. Para o seu bem-estar contribuem ainda os contextos onde se encontra inserido, como a família, a escola, os pares e a comunidade. (Tomé, 2011: 1)

“A infância e a adolescência nem sempre foram consideradas períodos especiais na vida do ser humano, como o são atualmente.” (Simões, 2010: 2)

Contudo, a adolescência “tal como hoje é entendida, é um fenómeno recente”, [podendo essencialmente ser considerada como] “ (...) um tempo de crescimento, de desenvolvimento de uma progressiva maturidade a nível biológico, cognitivo, social e emocional.”

(Simões, 2010: 3)

A maioria dos hábitos de vida não saudáveis iniciam-se na adolescência.

Nesta linha de exposição e indo ao encontro da opinião de Simões (2010: 1), “muitos jovens hoje, e segundo as tendências apontadas em diversos estudos, muitos mais no futuro, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde.”

Na adolescência, os hábitos alimentares incorretos, a inatividade física, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a saúde sexual e reprodutiva precoce, e a saúde mental, encontram-se no cerne de atenção da Intervenção Comunitária.

A «escola» apresenta-se como um local privilegiado, onde, a Promoção e Educação para a dos alunos apossa-se de especial relevância.

Pois, tal como defende Carvalho & Carvalho (2006: XV) “interessados cada vez mais em estudar os fenómenos da saúde, os enfermeiros sabem que a Educação para a Saúde faz parte integrante da ação do cuidar (...).”

Em Portugal, no ano de 2006 foi publicado o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], documento técnico-normativo do sistema de saúde, estritamente direcionado para a área da saúde escolar, onde se estipulou a partir desse momento, que as escolas deveriam assumir-se como espaços seguros e saudáveis, facilitadores na adoção de comportamentos saudáveis, devendo para tal, adotar estratégias que tendam para a promoção da saúde,

prevenção de doenças, com a realização de ações a ser desenvolvidas durante cada ano letivo.

Atendendo a questões de Promoção da Saúde em ambiente escolar, com a realização de Educação para a Saúde a adolescentes, poder-se-á obter ganhos em saúde quando imperar a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Neste sentido, o enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deverá constituir-se como elemento promotor de saúde, junto de populações adolescentes privilegiando:

“os projetos de promoção da saúde em meio escolar que contribuam para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes em saúde, como a prevenção do início do consumo de tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, o aumento da ingestão de fruta e vegetais, o aumento da prática de atividade física, a promoção da mobilidade segura e a promoção de boas práticas em saúde oral.” (DGS, 2013: 3)

Assim sendo, como **objetivo geral**, o presente relatório de estágio pretende:

- ⇒ Descrever e analisar as atividades desenvolvidas pela mestranda no decorrer do estágio da especialidade, à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Como **objetivos específicos** foram determinados os seguintes:

- ⇒ Aprofundar conhecimentos sobre metodologia científica de investigação quantitativa;
- ⇒ Demonstrar a importância do Planeamento em Saúde, em contexto de promoção da saúde ao indivíduo e/ou comunidade;
- ⇒ Analisar a Teoria Aprendizagem Social de Albert Bandura, suporte teórico para a intervenção comunitária planeada;
- ⇒ Refletir sobre os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado;
- ⇒ Complementar a avaliação do estágio da especialidade.

No que concerne à estruturação do presente relatório, o mesmo encontra-se organizado em duas partes distintas, Enquadramento Teórico e Enquadramento Prático, respetivamente.

O Enquadramento Teórico, que procede à Introdução, é constituído por quatro capítulos. Inicia-se com a abordagem ao Planeamento em Saúde, ambicionando expor a importância

que detém a sua aplicabilidade na prática dos cuidados de saúde comunitários. Seguidamente, como subcapítulo, é averbada a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, com o intuito de relacionar perante efetivação de Planeamento em Saúde, o benefício da sua génese em termos de intervenção comunitária.

No segundo capítulo contempla uma breve abordagem à Adolescência, uma vez que constituiu esta, a faixa etária delimitada para o Diagnóstico da Situação de Saúde e posterior Intervenção Comunitária. Como subcapítulos, são definidos adolescência e o desenvolvimento, bem como estilos de vida e comportamento de risco nesta faixa etária, com o motivo de evidenciar as fases de desenvolvimento que a caracterizam, bem como enfatizar a importância dos riscos que imperam com a adoção de estilos de vida não saudáveis, principalmente no que diz respeito às temáticas: “consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas”, “violência na escola: *Bullying*” e “sexualidade na adolescência”.

O terceiro capítulo diz respeito à revisão histórica dos cuidados de saúde comunitária, onde, em termos latos, se pretende demonstrar a evolução dos respetivos cuidados de saúde.

No quarto capítulo, ambiciona-se averbar a génese da Enfermagem Comunitária, com destaque para a sua história a nível internacional e contexto português. Neste seguimento, são delimitados subcapítulos, competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, procedido de enfermagem comunitária e a promoção da saúde, bem como a enfermagem comunitária e a educação para a saúde, respetivamente. Os subcapítulos possuem o seu fundamento com o intuito de evidenciar as respetivas competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, elemento promotor de saúde, fundamental para a concretização de sessões de educação para a saúde.

No que concerne à segunda parte do relatório, nomeadamente Enquadramento Prático, o mesmo possui três capítulos.

O primeiro capítulo pretende proceder à caracterização da escola onde decorreu o estágio.

No segundo capítulo, intitulado “o Estágio”, serão abordadas todas as atividades desenvolvidas em estágio, atendendo especificamente a cada uma das etapas do planeamento em saúde, o que constitui os respetivos subcapítulos.

Posteriormente, o terceiro capítulo é dedicado à Reflexão da mestranda no que respeita ao seu percurso formativo, destacando com especial ênfase o período de estágio e as competências adquiridas como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

O presente relatório findará com uma nota conclusiva, e respetiva bibliografia que forneceu suporte bibliográfico à sua elaboração, assim como anexos e apêndices, considerados essenciais para o apoiar do mesmo.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

“ É por de mais conhecido o facto de a saúde ser determinada pela actuação simultânea de diversos factores, que vão desde os aspectos biológicos ao meio-ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 7)

Neste sentido, “planear em saúde” arroga-se cada vez mais algo imperativo, já que o Planeamento em Saúde assume-se como uma “ferramenta” privilegiada, no que diz respeito à tomada de decisões no campo da saúde das populações, dado que permite racionalizar os recursos de saúde, ou seja, é um dos elementos-chave do processo de gestão de prestação de cuidados à população.

De uma forma geral, poder-se-á considerar que «planear» consiste na elaboração de um curso de ações, face a necessidades previamente identificadas. Deverá equacionar o contexto em que se atua, e possuir um caráter prospetivo, dado que, “ identifica-se com o processo que representa e, consiste em determinar antecipada e claramente o que se pretende e, quais os objetivos que devem ser atingidos.” (Santos, 2011: 4)

Imperatori & Giraldes (1993: 3) atestam que, “ o planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socio-económica. Supõe que a realidade não é imutável nem tão-pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por fatores incontrolláveis. 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.”

Assim sendo, no que diz respeito ao nível do sistema de saúde, o processo de Planeamento em Saúde deverá “ proporcionar uma análise integrada das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e melhor aproveitamento dos recursos, fomentando sinergias e a promoção da capacidade, motivação e autonomia da comunidade.” (Brissos, 2004: 43)

Porém, ao imperar uma análise integrada das necessidades de uma população, o Planeamento em Saúde, deverá ter ainda em linha de conta, tal como nos refere Tavares (1990: 14) “dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.”

Nesta linha de pensamento, poder-se-á averbar que a metodologia do Planeamento em Saúde consiste em «modificar» o estado de saúde das populações e/ou comunidades, com o intuito de obter ganhos em saúde, uma vez que, os recursos são cada vez mais escassos, e torna-se assim fundamental utiliza-los de maneira mais eficaz e eficiente, “por forma a resolver o maior número de problemas de saúde ao mínimo custo e com uma eficácia máxima em termos de população abrangida.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23)

Dado a metodologia do Planeamento em Saúde possuir o seu fundamento, tal como nos afirmam Imperatori & Giraldes, (1993: 23), na “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.”, constitui-se terminante efetuarmos Planeamento em Saúde:

- ⇒ “para que se possa utilizar e adequar os serviços e os seus recursos, de modo a que os mesmos possam responder adequada e atempadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que foram identificados;
- ⇒ porque se torna necessário intervir nas causas dos problemas;
- ⇒ porque é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas na evidência, que a cada momento for possível recolher;
- ⇒ porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção e porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes.”

(Fonte: ARS Norte, I.P., 2013)

Focando-me no Diagnóstico da Situação de Saúde que efetuei em grupo, com a temática em estudo delimitado à faixa etária dos adolescentes, sobre o qual efetuo agora o presente Relatório de Estágio, como profissional de saúde, nomeadamente enfermeira generalista, integrada no III Mestrado em Enfermagem, com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e de Especialista em Enfermagem Comunitária, reflito que *Planear em Saúde*, assume uma importância extrema.

Sabe-se que muitos comportamentos «nocivos» para a saúde, poderão ser adquiridos na adolescência, dado que é um tempo de descobertas, escolhas e exploração.

“Experienciam-se novos desafios, novos comportamentos e o adolescente age em conformidade com o grupo; as pressões dos *media*, a procura de uma identidade pessoal e a afirmação de maturidade, bem como a noção de vulnerabilidade são factores que podem predispor o adolescente para comportamentos de risco.”

(Guerra, 2004: 6)

Todavia, imperam outros comportamentos adotados durante esta fase, que poderão por em risco a saúde e/ou vida do adolescente, estando intimamente relacionados com a morbilidade e mortalidade na idade adulta, “entre eles incluem-se a alimentação não equilibrada, um padrão de sono desadequado, a ausência de actividade física ou actividade em grau reduzido, o consumo de tabaco e álcool, e comportamentos sexuais de risco.”

(Ferreira, 2008: IX)

Neste sentido, e tal como define Cordeiro (2006: 121), “qualquer programa de prevenção ou de intervenção com adolescentes deve tomar em consideração as diversas mudanças físicas e psicológicas ocorridas durante este período do desenvolvimento Humano”.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 3), “o planeamento é um processo de intervenção sobre a realidade sócio-económica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo – que, para passar a uma prática institucionalizada, carece de uma base de aceitação alargada (legitimação social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação.”

Dado o Planeamento em Saúde ser “um esforço colectivo, em que intervêm os vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar.”, tal como nos atestam Imperatori & Giraldes (1993: 3), a génese dos objetivos a alcançar, as decisões a tomar, bem como os prazos em que se enquadram estabelecem diferentes tipos de planeamento.

Neste sentido, os diferentes tipos de planeamento que poderão ser aplicáveis são:

⇒ *Planeamento Estratégico; Planeamento Tático e Planeamento Operacional.*

No que concerne ao seu estabelecer, Imperatori & Giraldes (1993: 26), definem que “do ponto de vista do horizontal temporal, os planos classificam-se em longo, médio e curto prazos, com horizontes aproximados de dez, cinco e um anos, respetivamente (...)”, tal como a mestranda apresenta seguidamente na figura n.º 1.

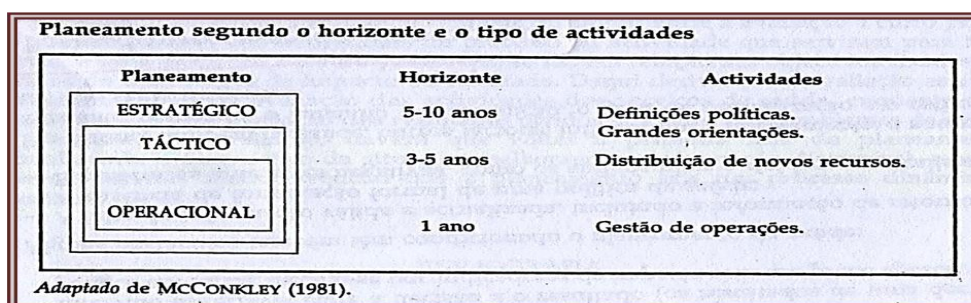


Figura n.º 1 – Planeamento segundo o horizonte e o tipo de actividades.
(Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 26)

No que diz respeito ao *Planeamento Estratégico*, o mesmo corresponde à tomada de decisões básicas, que futuramente constituirão um marco de referência para os planeamentos mais detalhados (tático, operacional), de forma a atribuir coerência às decisões durante o período. Dessa forma, necessita e utiliza prazos maiores, a longo prazo.

O *Planeamento Tático* focaliza-se nas técnicas de atribuição e distribuição de recursos e coordenação, preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões, estabelece os objetivos gerais e específicos. Assim sendo, no que diz respeito ao horizonte temporal, insere-se no medio prazo.

Por fim, o *Planeamento Operacional* encontra-se associado aos níveis inferiores da organização, preocupando-se com atividades mais coerentes, logo, ocupa-se da gestão de operações, direcionado para a gestão de recursos, no sentido de alcançar eficiência e otimização dos resultados. Em termos do horizonte temporal, insere-se no curto prazo.

(Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 26; 27)

“O Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)”. (Tavares, 1990: 37)

Neste sentido, procura a identificação de problemas de um grupo/comunidade, devendo essa identificação ser o mais exata possível, uma definição de objetivos, bem como o estabelecer de prioridades, o determinar da racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, com o intuito de que sejam alcançados ganhos em saúde.

“Para que aconteça um Plano, um Programa, ou um Projecto em Saúde é necessário percorrer-se um processo, cujos passos nem sempre são fáceis, mas cuja omissão poderia conduzir a uma má prestação de cuidados.” (Tavares, 1990: 38)

Deste modo, no que concerne à metodologia do Planeamento em Saúde, é da sua génese que emergem principais fases do seu processo.

Processo esse que, “(...) deverá ser entendido com um processo dinâmico e contínuo (...)”, [e nunca se poderá] “ (...) considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e colher mais informações que levem a refazer-la.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28)

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), são três as fases do Planeamento em Saúde, nomeadamente: **Elaboração do Plano** (que contempla: o Diagnóstico da Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de

Projetos e Programas e Preparação da Execução), como segunda fase: a **Execução**, e por fim, como terceira fase, a fase da **Avaliação**, tal como é evidenciado seguidamente na figura n.º 2.

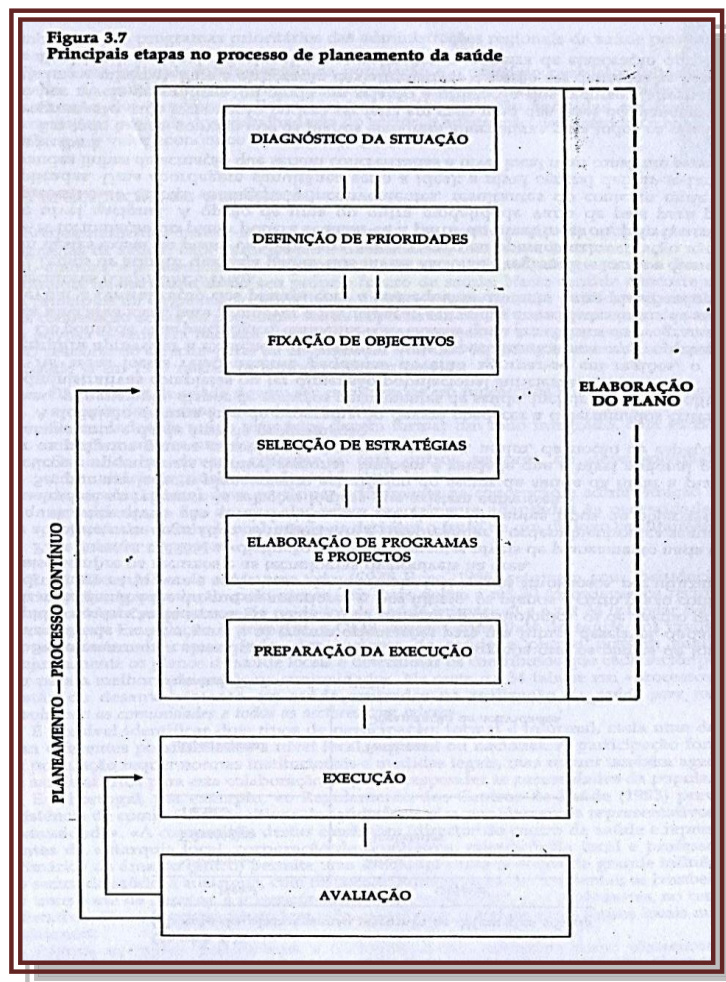


Figura n.º 2 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde.
(Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993:29)

No que concerne à primeira fase - *Elaboração do Plano*, a mestrandas aspira averbar o que caracteriza cada uma das suas etapas.

Assim sendo, como primeira etapa, destaca-se o **Diagnóstico da Situação**, devendo ter com principal característica a identificação dos problemas, e determinação das necessidades da população.

Após terem sido identificados os problemas no diagnóstico, teremos que hierarquiza-los, logo com segunda etapa, **Definição de Prioridades**, torna-se premente estabelecer prioridades, tendo em linha de conta a magnitude ou dimensão do problema, e a disponibilidade de recursos.

A terceira etapa, **Fixação de Objetivos**, deverá em linha de conta, o facto de os objetivos estabelecidos serem bem formulados, proporcionando normas e critérios, no que dirá respeito às atividades de planeamento e gestão do projeto.

Deste modo, o objetivo a fixar deverá ser pertinente (adequando-se às situações que suscitaram a intervenção), preciso (conter a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido), realizável (não deverá ser um objetivo muito ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado), e por fim, mensurável (no sentido de poder fornecer a possibilidade de uma correta avaliação posterior.)

Seleção de Estratégias é a quarta etapa, e traduz o meio através do qual os objetivos se cumprem.

Como quinta etapa impera a **Elaboração de Programas e Projetos**, que se caracteriza pelo facto de ser a primeira fase do Planeamento Operacional, consistindo essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução parcial, ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objetivos.

Contudo, no que concerne à elaboração de programas, a mesma exige que se tenha em consideração as suas principais componentes, nomeadamente: a identificação dos seus responsáveis, e a fixação dos objetivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e o seu funcionamento.

Preparação da Execução constitui a sexta e última etapa, mas não a menos importante, uma vez que é de extrema importância para o bom êxito de um programa ou projeto.

Nesta fase, deverá ser então especificado a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução, bem como cronogramas, e escolher quem será o responsável pelo seu acompanhamento, ou seja, traduz o que deve ser feito, quem deve fazer, onde deve ser feito, avaliação das atividades, o objeto que se pretende atingir e o custo da atividade.

Como segunda e terceira fase respetivamente, do Processo de Planeamento em Saúde, a fase da **Execução e Avaliação** são fulcrais.

No que diz respeito à **Execução**, a mesma faz já parte do Planeamento Operacional.

A fase de **Avaliação** perante um diagnóstico de saúde “necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 174)

Assim sendo, e em jeito de conclusão Imperatori & Giraldes (1993: 174), afirmam que, “a avaliação ou controle constitui a etapa final, ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo: a determinação do diagnóstico da situação (...)”.

No entanto, ainda na ótica dos dois autores, o que realmente traduz a finalidade da *Avaliação* “é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece.”

Imperatori & Giraldes (1993: 176-177), citando a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1981), patenteia que:

“o processo de avaliação é composto pelos seguintes componentes: Definição do objeto da avaliação; Verificação da Pertinência; Apreciação da adequação; Exame dos progressos; Apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto; Elaboração de conclusões e propostas com vista à acção futura.”

Com vista ao colmatar do presente capítulo, a mestrandia pretende ainda expor, que é muito importante diferenciar avaliações de curto e médio prazo. Isto porque, no que diz respeito à avaliação de curto prazo, a mesma só será possível através dos indicadores de processo ou de atividade, que serviram para fixar metas.

A avaliação a médio prazo está preconizada em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores de impacto ou resultado. (Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993)

Conclui-se portanto, que a “avaliação anual é, essencialmente, uma avaliação das actividades dos serviços de saúde, enquanto a de médio prazo é uma avaliação dos resultados obtidos nos principais problemas de Saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30)

Todavia, “terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, actualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 30)

Planear não nos deve apenas indicar o que pensar do futuro, ou até de que futuro precisamos, mas tem de indicar também quais as acções podem levar a esse futuro.”

(Santos, 2011: 4)

Deste modo, e indo ao encontro do autor acima averbado, a mestrandia considera que efetuar-se Planeamento em Saúde contribui grandemente para a profissão de Enfermagem, principalmente no que diz respeito à área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, isto porque, poder-se-á efetuar uma prática de cuidados de saúde e/ou

intervenção comunitária baseados na evidência, atuar sobre as problemáticas promovendo a saúde, proporcionado assim uma atividade conscientemente desenvolvida, dado que enfrentamos “sistematicamente o fenómeno ao qual ele se dirige, sendo assim "um esforço disciplinado" de racionalização dos processos pelos quais as decisões são tomadas e integradas (...).” (Guerra, 2000, citado por Santos, 2011: 6)

Por conseguinte, indo ao encontro do ponto II, da “Área de Intervenção – promoção da saúde e da literacia em saúde”, da orientação emanada pela DGS (2013: 12), está patenteado que:

“Tendo em conta a necessidade de obter ganhos em saúde e melhorar o nível de literacia em saúde das populações, é fundamental articular programas, projetos, atividades e intervenções que promovam a saúde e a cidadania, capacitem para a responsabilização dos indivíduos em matéria de bem-estar e de estilos de vida saudável.”

Paralelamente, no ponto VIII é definido que questões de promoção da saúde em ambiente escolar devem:

“Contribuir para melhorar a literacia em saúde, o que implica a aquisição de conhecimentos, de competências e de confiança na ação. As soluções práticas tem que se refletir na melhoria da saúde individual e da comunidade e em modificações dos estilos de vida.” (DGS, 2013: 12)

Neste sentido, se «planearmos em saúde», identificarmos problemáticas e atuarmos sobre as mesmas, tal facto poderá refletir a obtenção de melhorias de saúde individual e/ou coletiva (ganhos em saúde), logo, conseqüentemente “a melhoria das aprendizagens tem que se refletir nos indicadores de saúde e de educação.” (DGS, 2013: 13)

1.1 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL

“A promoção e a educação para a saúde, enquanto processos que combinam experiências de aprendizagem, desenvolvidas com o propósito de facilitar ações voluntárias dos indivíduos fomentadoras da saúde, em interação com o contexto ambiental em que se integram, assumem atualmente uma importância fundamental no que respeita ao desenvolvimento sustentado das condições de vida dos grupos e das comunidades.” (Arco, 2013: 117)

Com a realização de Programas de Promoção e de Educação para a Saúde, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, poderão contribuir para o melhorar do bem-estar e auto-suficiência do indivíduo, famílias, organizações e comunidades.

Contudo, imperam fundamentos de «aplicação de teorias» na prática da Promoção e Educação para a Saúde, que podem “ajudar-nos a compreender a natureza dos comportamentos de saúde alvo, explicar a sua dinâmica, os procedimentos para modifica-los e os efeitos das influências externas a que estão sujeitos.”

(Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 11)

Se consideramos que os indivíduos “em última análise tomam decisões que conduzem a comportamentos saudáveis ou de risco, os esforços de melhoria do estilo de vida centram-se tipicamente, no indivíduo como alvo dos cuidados.” (Stanhope & Lancaster, 2011: 333)

Quando o enfermeiro que «atua» na comunidade, tem o seu foco de atenção dirigido a questões de Promoção e Educação Saúde, deve ter em linha de conta «teorias educacionais» existentes, uma vez que “a teoria pode auxiliar-nos durante as várias etapas do processo de planeamento, implementação e avaliação de uma intervenção.”

(Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 11)

“Teoria é um conjunto de definições, proposições e conceitos interrelacionados que apresentam uma perspetiva sistémica de acontecimentos ou situações, ao especificarem relações entre variáveis, com o propósito de explicar e predizer os acontecimentos ou situações.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 14)

Não obstante, por si só, as «teorias» poderão ser abstratas, “só se tornam vivas quando se lhes incluem tópicos, problemas e objetivos práticos.”

(Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 14)

Atualmente não impera uma única «Teoria ou Modelo que domine» a área da educação e promoção da saúde, porque “os problemas de saúde, os comportamentos, as populações, as culturas e os contextos da suade pública são amplos e díspares.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 15)

No que respeita à Promoção da Saúde, a maioria das teorias têm a sua génese proveniente das Ciências Sociais e Comportamentais, todavia, para a sua aplicação, a Epidemiologia e Ciências da Motricidade também possuem especial relevância.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, como «promotor da saúde», no âmbito de processos de empoderamento e capacitação para estados de saúde saudáveis ao indivíduo e/ou comunidade, deve similarmente ser capaz de adequar uma teoria ou modelo à sua prática de cuidados, isto porque, “a capacidade para aplicar teorias de aprendizagem nas variadas decisões educacionais é essencial para guiar no pensar, na tomada de decisões e na prática dos enfermeiros comunitários.” (Stanhope & Lancaster, 1999: 266)

Nesta linha de exposição, se as “teorias e os modelos explicam o comportamento e sugerem vias para atingir mudanças de comportamento.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 11), mediante as Teorias Gerias de Educação vigentes, a que se considerou mais harmonizada, de acordo com o estágio desenvolvido na Escola Secundaria Mouzinho da Silveira [ESMS] em Portalegre, com uma população adolescente, foi a *Teoria da Aprendizagem Social*.

A Teoria da Aprendizagem Social fundamenta-se nos princípios das Teorias Behavioristas, dado sintetizar “conceitos e processos dos modelos de mudança de comportamento cognitivistas, comportamentais e emocionais.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 29)

É compreendido na Teoria da Aprendizagem Social, que o comportamento humano é influenciado por fatores pessoais, ambientais e comportamentais, que interagem continuamente. Tal como afirmam Sardinha, Matos & Loureiro (1999: 29) que “uma premissa base da Teoria da Aprendizagem Social é que as pessoas aprendem, não sô através das suas experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações.”

A individualidade Albert Bandura, psicólogo de formação, está estreitamente relacionado com Teoria da Aprendizagem Social, posteriormente denominada de *Teoria Cognitiva Social*, principalmente quando no Ano de 1970 Bandura publicou “um quadro relacional para a compreensão do comportamento humano baseado em formulações cognitivas a que chamou de teoria sócio-cognitiva. Esse enquadramento é correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 29)

Inerente à Teoria Social-Cognitiva de Albert Bandura, imperam cinco conceitos chaves, nomeadamente: *Determinismo Recíproco*; *Capacidade Comportamental*; *Expetativas*; *Auto-Eficácia* e por fim a *Aprendizagem Observacional*.

Como *Determinismo Recíproco*, “fatores pessoais (crenças, expetativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, consequências de ações e ambiente físico), assim como o comportamento (atos individuais, escolhas e declarações verbais) todos influenciam e são influenciados uns pelos outros. Bandura chama esta interação de forças de determinismo recíproco.” (Woolfolk, 2000: 201)

No que respeita à *Capacidade Comportamental*, Bandura determinou que “uma pessoa tem necessidade saber o que fazer e como fazê-lo. Assim, serão necessárias instruções claras e poderá ser necessário treino.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 30)

O conceito *Expetativas* está relacionado com “os resultados que a pessoa pensa que irão ocorrer como resultado da ação.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 30)

No que diz respeito à *Auto-Eficácia*, o conceito refere “o esforço do indivíduo para mudar o comportamento é a auto-confiança nas suas próprias capacidades, para realizar, com sucesso, um tipo de ação específico.” (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 30)

Por último, o conceito da *Aprendizagem Observacional* “é geralmente referida como uma modelação, isto é, as pessoas aprendem o que esperar através da experiência de outros. Isto significa que as pessoas podem obter uma compreensão concreta das consequências das suas ações observando os outros, e notando quando o modelo de comportamento é desejável ou não. (Sardinha; Matos & Loureiro, 1999: 31)

O conceber de intervenções/iniciativas no âmbito da Promoção e Educação para a Saúde, deverá estar sempre presente como foco de atenção da Enfermagem Comunitária ao indivíduo e comunidade. Ainda assim, considero que se deva ressaltar que:

“A promoção e educação para a saúde deverá ser integrada no âmbito do desenvolvimento social dos indivíduos, podendo ser encarada como um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos da infância, orientado para o conhecimento de si mesmo em todas as dimensões, tanto individuais como sociais, bem como do ambiente que o rodeia na sua dupla dimensão, ecológica e social, tendo como objetivo poder alcançar uma forma de vida saudável e participar na saúde coletiva.” (Arco, 2013: 120; citando Quesada & Hernando, 2007)

Nesta linha de exposição, tendo por base a premissa da Teoria da Aprendizagem Social – Teoria Social Cognitiva, e com o intuito de fazer a correlação com a citação anteriormente averbada, a mestranda pondera que no que respeita ao nosso quotidiano enfatizando questões de promoção e de educação para a saúde, «se pudermos aprender com as nossas

vivências/experiências, observar os que nos rodeiam, bem como retirar elações do que observamos», tal facto poderá contribuir positivamente para mudanças de comportamento, e nesse sentido imperarem escolhas conscientes de estilos de vida saudáveis.

A «aprendizagem» pode ser entendida, ainda que de forma simplificada, como o modo como adquirimos novos conhecimentos, desenvolvemos competências e/ou mudamos comportamentos.

Habitualmente, toda a mudança de comportamento resultante de processos de aprendizagem, advém de uma série de experiências práticas e de interações com o meio.

Neste sentido, decorrido o estágio, foi realizada intervenção comunitária junto de uma população adolescente, com o fundamento no promover da aquisição/manutenção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social, que possui como premissa “que o comportamento humano é amplamente adquirido e que os princípios da aprendizagem são suficientes para explicar o desenvolvimento e a manutenção desse comportamento.” (Almeida, Lima, Lisboa, Lopes & Júnior, 2013: 86)

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

Isto porque, “as representações cognitivas transmitidas por meio de modelação servem como guias para a produção de desempenho hábeis e como padrões para fazer ajustes corretivos no desenvolvimento da proficiência comportamental.”

(Bandura, Azzi & Polydoro, 2008: 18)

2 – A ADOLESCÊNCIA

Ao longo da vida do ser humano, o mesmo passa por diferentes etapas de desenvolvimento possuindo cada uma delas características muito próprias, que as tornam momentos distintos e únicos.

Neste sentido, a adolescência constitui-se como uma fase do ciclo vital do ser humano, fase de desenvolvimento, sendo por si só muito difícil de encontrar uma concordância fixa de quando se inicia, e quando poderá ser o seu término.

A palavra adolescência “vem do latim “*adolescere*” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976), sendo que somente a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento.” (Ferreira & Nelas, 2006: 142)

Na ótica de Ferreira, Alvim, Teixeira & Veloso (2007: 218), a adolescência “é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão bio-psicológica, quanto à cronologia e a social.”

“A palavra *adolescence* foi utilizada a primeira vez na língua inglesa em 1430, referindo-se às idades de 14 a 21 anos para os homens e 12 a 21 anos para as mulheres”.

(Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010: 228, citando Melvin & Wolkmar, 1993)

Contudo, Ferreira & Nelas (2006: 143), atestam que “retomando aos dados históricos, vemos que as primeiras teorias relativas ao estudo científico da adolescência datam de 1904, com o trabalho de Granville Stanley Hall, considerado o pai da psicologia da adolescência. Ele foi o primeiro psicólogo a destacar o período evolutivo da adolescência.”

Nesta linha de exposição, somente nos séculos XIX e XX é que “acontecimentos sociais, demográficos e culturais parecem ter propiciado o estabelecimento da adolescência como período distinto do desenvolvimento humano.” (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010: 228, citando Kimmel & Weiner, 1998)

Posto isto, Sampaio (2010: 2) atesta que a adolescência “é uma etapa do desenvolvimento humano caracterizada por profundas transformações físicas, psicológicas e sociais, iniciando-se no período pubertário e atingindo o seu termo com a formação do carácter que marca a adultícia, sendo um período de transição em que o jovem procura a sua identidade e autonomia.”

Por distintas razões, torna-se difícil ainda nos dias de hoje definir a adolescência em termos concludentes. Isto porque, cada indivíduo vivencia esta fase de modo diferente, dependendo de sua maturidade física, emocional, cognitiva, bem como de acordo com o meio ambiente em que se encontra inserido.

Deste modo, em termos latos, se a adolescência em pleno século XXI possui o seu período de tempo situado entre a puberdade e a idade adulta, «estar» na adolescência é viver uma fase de complexas e variáveis mudanças, tanto a nível físico, psicológico, cognitivo e biossocial.

“De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende o período entre os 11 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica.” (Ferreira & Nelas, 2006: 142)

Ainda assim, também Ferreira & Nelas, (2006: 142) afirmam que atualmente a adolescência é uma “fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, que possibilitam o aparecimento e comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento.”

Tal facto verifica-se, porque “a sociedade contemporânea ocidental estendeu o período da adolescência, que não é mais encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas passou a adquirir sentido em si mesma, como um estágio do ciclo vital.”

(Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010: 227)

Neste sentido, poder-se-á considerar que a adolescência inicia-se com as transformações fisiológicas do crescimento, mas não se «estanca» nelas. Constitui ainda, uma fase importante no processo de «solidificação» da identidade pessoal, psicossocial e sexual do indivíduo.

Numa primeira instância, o adolescente muda fisicamente para «adotar» novas formas de um corpo de adulto, sexualmente maduro. Isto porque, atualmente “as mudanças da puberdade são universais e visíveis, modificando as crianças, dando-lhes altura, forma, e sexualidade de adultos.” (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010: 227)

Todavia, paralelamente às mudanças físicas que transformam determinado agente social adolescente em adulto, dominam também outras transformações e adaptações, de certa forma mais variadas e «menos visíveis», que estão grandemente relacionadas com a adolescência, nomeadamente, alterações “do pensamento, da personalidade e da vida social,

com o reforçar de laços com o grupo de pares e a autonomização face aos pais.” (Galvão, 2011: 24, citando Coimbra de Matos, 2002)

Assim sendo, no que concerne à faixa etária da adolescência, enquanto se tenta entender a si próprio e aos outros, o adolescente experimenta novas sensações e diferentes sentimentos, passa por experiências únicas na sua vida, que o poderão conduzir a vivenciar determinadas situações problemáticas ou não, que irão influenciar direta e/ou indiretamente a construção da sua personalidade.

“O adolescente quer construir o seu mundo, e, até, um novo mundo, um mundo diferente daquele que lhe legaram, e mesmo lhe ensinaram a desejar, ou a suportar, um mundo em que possa viver melhor e com maior satisfação.” (Galvão, 2011: 10, citando Coimbra de Matos, s.d.)

Por conseguinte, coabitam nesta fase desejos ambivalentes de crescimento e regressão, de se sentir ainda criança e já ser adulto, de autonomia e dependência, ligado ao passado, mas com imensa vontade de alcançar o futuro.

Não existe uma adolescência, existem sim «muitas adolescências», conforme cada infância, cada fase de maturação, cada família, cada época, cada cultura e cada classe social.

Nesta fase da vida deparamo-nos com uma ambivalência relacionada com as transformações globais que ocorrem no indivíduo, e que tornam esta faixa etária tão peculiar.

De uma forma geral, os problemas que circundam o adolescente estão relacionados com a turbulência, com a rebeldia, com as alterações de humor e/ou dificuldade em esperar, as linhas de construção e destruição, o sucesso e o insucesso, a sua segurança ou o risco.

Em suma, a definição de adolescência é algo complexo, pois, “Se é difícil marcar o seu início, maior é a dificuldade em identificar o seu final.” (Ferreira & Nelas, 2006: 144)

A adolescência é um período em que se vivem experiências, imperam transformações e que se encaram questões, que nunca antes se tinham colocado de um modo muito peculiar, e que dificilmente se repetirão.

Desta forma, poder-se-á dizer que existem “várias abordagens e várias definições para a adolescência. Em seu redor estão subjacentes significados de transição, crescimento e mudança.” (Galvão, 2011: 22)

É durante esta fase de transição, que os jovens adolescentes poderão incorrer na aquisição de comportamentos de risco, com consequências tanto para a sua saúde física como mental.

Quando os comportamentos de risco “ (...) começam cedo têm mais probabilidade de se tornar verdadeiros problemas.” (Simões, 2010: 11)

Assim sendo, como comportamentos de risco na adolescência, poder-se-ão destacar o consumo precoce de álcool, tabaco e outras drogas, sedentarismo, hábitos alimentares incorretos, sexualidade de risco e violência.

Tal facto vai de encontro à opinião de Rodrigues; Carvalho; Gonçalves & Carvalho, (2007: 1), quando afirmam que é fulcral:

“ (...) promover a autonomia, a responsabilização e a participação ativa dos jovens na construção do seu quotidiano e assim ajudá-los a lidar com a vida em geral, e sem recurso a comportamentos desadequados, como seja o consumo de substâncias aditivas, a violência e a sexualidade de risco.”

Ainda assim, de acordo com o último relatório da UNICEF (2011: 19), é evidenciado que toda e qualquer «lesão» resultante de hábitos de vida incorretos, “são uma preocupação crescente da saúde pública em relação a crianças pequenas e adolescentes”, [mas, principalmente no que diz respeito à população adolescente, domina um foco de atenção especial porque], “os riscos à sobrevivência e à saúde do adolescente possuem diversas causas, inclusive acidentes, aids, gestação precoce, abortos inseguros, comportamentos de risco – como consumo de tabaco e uso de drogas, problemas de saúde mental e violência.”

(UNICEF, 2011: 19)

Por conseguinte, sabendo-se que os adolescentes passam grande parte do seu dia na escola, a mesma deve-se arrogar como «instituição» promotora de saúde, onde sejam contempladas abordagens pluridisciplinares de promoção da saúde.

Nesta linha de exposição, é na «escola» que poderão ser efetivadas intervenções de educação para a saúde, possuindo a sua génese na “implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar global assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que facilitam as relações interpessoais e capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde.” (PNSE, 2014: VII)

Todavia, assume-se premente “ (...) incluir todos os atores do processo de ensino aprendizagem: pais, professores, alunos e a comunidade em geral.” (Rodrigues *et al*, 2007: 1; citando Ministério da Educação, 2001)

Neste sentido, a família, escola, grupos de pares e os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, constituem alicerces de crescimento para o adolescente, isto porque, poderão contribuir acentuadamente para a promoção e/ou manutenção de estilos de vida saudáveis.

2.1 – ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO

“Algumas das mais complexas transições ou mudanças no ciclo de vida ocorrem na adolescência, quando as relações interpessoais tomam novos significados, quando o indivíduo se torna cada vez mais independente ou quando o corpo evolui para um corpo adulto.”

(Cordeiro, 2006: 22, citando Feldman & Elliott, 1990)

A adolescência é definida por muitos autores, como sendo o período do ciclo vital de determinado indivíduo, que decorre desde a infância até à idade adulta.

Porém, oscila de adolescente para adolescente, em prol do sexo, idade, e meio ambiente onde se encontra inserido.

Face a mudanças incessantes na adolescência, a mestranda aspira neste subcapítulo, descrever este período do ciclo vital, no que concerne ao seu desenvolvimento particularmente.

Deste modo, o seu foco de atenção direccionar-se-á para transformações fisiológicas e psicossociais que ocorrem na adolescência, onde inclui a importância da representação social, as interações adolescente/família, bem como a relação adolescente/grupos de pares.

Neste sentido, no que diz respeito às transformações fisiológicas que ocorrem no corpo do jovem adolescente, as mesmas tem a sua génese em questões hormonais, o que virá a evidenciar um crescimento físico acelerado, o aparecimento e desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

Maia (2008: 18), citando Nérici (1969), baseando-se em Patron, atesta que, “a puberdade deve ser entendida como o início da actividade de todas as glândulas de secreção interna que directa ou indirectamente provocam as mudanças anatómicas baseando-se no despertar das actividades sexuais e em geral no que se poderá chamar maturidade biológica.”

Sendo assim, tanto ao nível do sexo feminino, como masculino, as primeiras grandes alterações físicas que se denotam dizem respeito aos:

- ✓ *Carateres Sexuais Primários*, (órgãos sexuais internos e externos responsáveis pela reprodução);
- ✓ *Carateres Sexuais Secundários*, (os que permitem diferenciar os dois sexos, não sendo responsáveis pela fecundação).

Em ambos os sexos, as modificações do corpo na adolescência acontecem maioritariamente de forma célere e distinta, com a entrada dos órgãos sexuais em funcionamento, respetivamente: o aparecimento da primeira menstruação nas raparigas (menarca), e da ejaculação nos rapazes.

Nesta linha de exposição, no que concerne às transformações físicas que ocorrem no sexo feminino, as mesmas são:

RAPARIGAS	<ul style="list-style-type: none">⇒ Formação de um pequeno nódulo mamário e desenvolvimento das glândulas mamárias;⇒ Mudança da voz, (resultante da hipertrofia da mucosa laríngea e cordas vocais, emitindo sons mais graves);⇒ Aparecimento de pelos púbicos e axilares;⇒ Poderá surgir Acne;⇒ Crescimento ósseo mais acentuado ao nível da cintura pélvica;⇒ Sobre a ação da hormona do estrogénio, o crescimento do esqueleto ósseo processa-se de forma mais rápida, (no entanto os rapazes acabam por ultrapassar as raparigas)
------------------	--

(Fonte: Maia, 2008: 19)

No que diz respeito às transformações físicas que ocorrem no sexo masculino, estas são:

RAPAZES	<ul style="list-style-type: none">⇒ Desenvolvimento dos órgãos sexuais, com aumento do volume dos testículos;⇒ Mudança da voz, (resultante da hipertrofia da mucosa laríngea e cordas vocais, alternado em sons graves e agudos);⇒ Aparecimento de pelos púbicos, axilares e barba;⇒ Poderá surgir Acne;⇒ Crescimento ósseo mais acentuado ao nível da cintura escapular;⇒ Sobre a ação da hormona testosterona, o crescimento do esqueleto ósseo processa-se de forma mais lenta e prolongada, resultando uma estrutura mais alta e maior comprimento dos membros.
----------------	--

(Fonte: Maia, 2008: 19)

Uma vez averbadas as principais transformações físicas que acontecem na adolescência, torna-se premente patentear que similarmente a essas transformações que ocorrem no corpo de cada adolescente, o surgir e o despertar do impulso sexual, provocam alterações ao nível do equilíbrio interno de cada jovem adolescente.

Neste sentido, durante algum tempo, só se atribuiu importância às transformações físicas dos adolescentes, descurando-se a parte psicológica, intimamente relacionada com a representação social que o adolescente possui no meio em que se encontra inserido.

Por conseguinte, nos dias de hoje é tido em linha de conta que, a maioria das «crises da adolescência» ocorrem devido a um aprofundamento do ser, de uma tomada de consciência no que concerne ao «interior» de cada um.

Erikson foi um dos precursores no que concerne à caracterização dos desafios próprios da adolescência, defendendo que as competências que o indivíduo adquiriu/apreendeu, durante a infância, concedem um «esboço da ideia de si».

Tal facto é corroborado por Nunes (2011: 5), fazendo referência a Erikson (1968), quando o mesmo patenteia que “a fase da adolescência é, neste modelo, identificada como a

quinta fase, a da Identidade vs Difusão de Identidade, em que a tarefa central do desenvolvimento é justamente a definição da identidade.”

Nesta linha de pensamento, “cada adolescente, diremos que ele se caracteriza, primeiro, por um período de espera, depois por um período de mudança, e por fim por uma fase de descoberta.” (Braconnier & Marcelli, 2000: 20)

Assim sendo, uma vez alcançado o conceito de si próprio, o encontrar a si mesmo, ser-lhe-á muito mais fácil manter um equilíbrio para fazer jus aos desafios e sucessivas interações com o mundo que o abarca, isto porque, tal como nos refere Nunes (2011: 7), citando Case; [et al], (1991), “a representação de si é modelada pelas relações intersubjetivas e interpessoais e pelas inter-relações com o mundo social e cultural”.

Uma vez definida a identidade do adolescente, a representação que tem de si próprio, o determinar dos seus gostos, sentimentos, pensamentos e/ou comportamentos, a interação com a família e/ou grupos de pares, têm na adolescência também um especial momento e importância.

Na família, são principalmente os pais, os responsáveis pela transmissão de valores éticos, culturais, sociais, cívicos e educacionais, que permitirão a realização e desenvolvimento humano, em que o indivíduo adolescente se afirma como pessoa.

Tal como nos afirma Aviana (2001: 48), quando atesta que “A família constitui um foro no qual podem ser levadas a cabo as tarefas do desenvolvimento do adolescente.”

Na ótica de Matos & Sampaio (2009:329), “o comportamento social dos pais medeia o comportamento social com os pares, a família, bem como o contexto em que o adolescente se encontra inserido, direta e/ou indiretamente poderá moldar o seu desenvolvimento, a sua vertente relacional.”

Todavia, e em jeito de dicotómico, ao desenvolvimento do adolescente impera ainda a emancipação dos pais, a relação adolescente/família, dado que constitui tal facto papel preponderante na procura da sua autonomia.

“(…) A família tem de delimitar novas fronteiras (...). Cada um dos seus membros tem de encontrar um novo lugar, um novo papel, rever os seus investimentos num mundo exterior.” (Gammer & Cabié, 1999: 18)

É na adolescência que o «grupos de pares» adquirem um papel basilar na vida do adolescente.

“Os amigos são uma oportunidade de exploração, crescimento pessoal, fornecendo um contexto de experiência, desenvolvimento e validação de expectativas, de ajuda na adaptação a situações novas, nomeadamente situações de stress, e estão associados a uma perceção de felicidade pessoal, a uma maior autoestima (...).” (Matos & Sampaio, 2009: 332)

O «grupo» desempenha assim um papel perentório no comportamento do adolescente, fazendo com que este se guie e/ou oriente pelas vivências e experiências, dentro desse mesmo grupo, de forma positiva ou negativamente.

Os adolescentes desenvolvem a sua autoimagem através da perceção que imaginam que «os outros» têm deles, principalmente porque, “a qualidade da interação entre a pessoa e o ambiente onde está inserida é também um fator crucial para o seu desenvolvimento.”

(Cordeiro, 2006: 47)

«Ter amigos» permite a partilha de experiências, sentimentos, auxílio na resolução de conflitos. Porém, «não ter amigos», poderá conduzir a escassos e /ou limitados contatos sociais, bem como a processos de isolamento.

Nesta linha de pensamento, o não estabelecimento de relações com o grupo de pares, direta e/ou indiretamente poderá dificultar o processo de desenvolvimento do adolescente, e neste sentido, resultar num possível desajustamento social e emocional.

Nos dias de hoje, impera a sapiência de que a adolescência se caracteriza por uma fase em que os adolescentes possuem a necessidade de ter amigos próximos, sentimentos de pertença a determinado grupo.

“Ao longo da adolescência os pares passam a ser as figuras de referência e uma relação próxima com os pares, pode providenciar menos sintomas de depressão e ansiedade”. (Tomé, 2011: 20)

Posto isto, torna-se claro que se existir rejeição por parte do grupo de pares, em que determinado adolescente tente ser membro integrante, tal poderá ser motivo para o aumento dos níveis de ansiedade e também do insucesso escolar, isto porque, a baixa de autoestima e a falta de suporte de alguém chegado, pode conduzir a baixa motivação e/ou aumento de *stress* emocional.

Neste sentido, tal como refere Tomé (2011: 22), “para além de evitar os sentimentos de solidão e tristeza, durante a infância e adolescência, a amizade é essencial para satisfazer a necessidade de manter relações interpessoais, desenvolvendo competências sociais fundamentais para manter essas relações.”

2.2 – ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

“A adolescência é um período do ciclo da vida que tem sofrido algumas alterações ao longo da história, quer relativamente à localização dos indivíduos no seio dos grupos, quer em relação às suas normas de condutas.” (Ferreira & Nelas, 2006: 146)

Nesta linha de exposição, dado a adolescência ser caracterizada como um tempo de escolhas, descobertas, exploração, e pela busca de uma identidade e autonomia, alguns dos comportamentos adotados durante esta fase pelos demais jovens adolescentes, poderão colocar em risco a sua vida e/ou saúde, principalmente se pensarmos a longo prazo, e «associarmos» os comportamentos de risco, a fatores de possível morbidade e/ou mortalidade na idade adulta.

Após revisão sistemática da literatura torna-se claro que em pleno século XXI, o papel desempenhado pelos grupos de pares na adolescência, tem o seu exponencial máximo.

É na adolescência, que os jovens distanciam-se dos pais e compartilham as suas experiências com os pares, uma vez que estes possuem “um papel essencial no desenvolvimento dos adolescentes.” [Contudo, tal facto não significa que os pais] “sejam suprimidos”, [uma vez que], “continuam a constituir o suporte emocional e psicológico.”

(Tomé, 2011: 15)

Ou seja, os pais não deixam de ser importantes na vida dos adolescentes, mas acabam por ser detentores de um papel distinto. São os amigos, grupos de pares, que na adolescência experienciam e cumprem o papel de maior proximidade com os seus filhos.

Tal como refere Tomé (2011: 15), quando cita Hair, Moore, Garrett, Ling, & Cleveland (2008), “durante a adolescência verifica-se uma tendência para passar mais tempo com os pares do que com a família, mas a relação dos adolescentes com os pais continua a ter uma função protectora e a providenciar segurança aos jovens.”

Nesta linha de pensamento, torna-se claro que os adolescentes deparam-se com uma fase de mudança na relação que mantêm com a sua família, deixando de ser diretamente influenciados pelos pais, passando a ter de tomar decisões em busca de uma autonomia, em termos de um sentimento de pertença a determinado grupo de pares.

Assim sendo, se conjuntamente “à necessidade de integração num grupo de pares, os adolescentes tendem a distanciar-se do controlo parental e de outras figuras de autoridade”, como averba Tomé (2011: 15), referenciando Engels & Bogt (2001), são os grupos de pares que poderão ser coadjuvantes na facilitação para a transição de determinado ambiente social.

Neste sentido, conhecer o tipo de grupo em que o adolescente se encontra incluído e o tipo de comportamentos em que se envolve poderá “facilitar a prevenção de comportamentos de risco.” (Sussman, Pokhrel, Ashmore, & Brown, 2007; citados por Tomé, 2011: 16)

Por conseguinte, embora os adolescentes possam ser considerados agentes sociais «jovens e saudáveis», é durante esta fase da vida que se criam hábitos e se adotam comportamentos que poderão influir na sua saúde e segurança, quer em termos presentes como futuros.

Deste modo, é fundamental conhecer os hábitos dos jovens adolescentes, e paralelamente promover a sua saúde.

Como fatores de risco associados à adolescência, poder-se-ão destacar: uma alimentação não equilibrada, a pouca e/ou inexistência de exercício físico, padrões de sono desadequados, o consumo de substâncias ilícitas (tabaco, álcool e/ou outras drogas), escassez de preocupação com questões de segurança e prevenção de acidentes, circunstâncias de inquietação em termos da sua Saúde Mental, e no que concerne a contendas da sua saúde sexual e reprodutiva, em termos da adoção de comportamentos sexuais de risco.

Em 2011, a UNICEF elabora o Relatório “Situação Mundial da Infância 2011”, onde se pode contatar que a fase da adolescência encontra-se “associada à necessidade psicológica de explorar limites como parte do desenvolvimento da identidade individual”.

(UNICEF, 2011: 21)

Neste sentido, tal disposição para assumir riscos conduz muitos adolescentes “a experimentar tabaco, álcool e outras drogas que causam dependência, sem a devida compreensão dos danos que podem causar à saúde ou de outras consequências de longo prazo (...)”.(UNICEF, 2011: 21)

Em questões de hábitos alimentares, é ressaltado no Relatório da UNICEF (2011: 22), que no que respeita “a países industrializados e em desenvolvimento, a obesidade é uma preocupação séria e crescente.” Em 2007, entre os países da OCDE, os níveis mais altos de obesidade foram contatados em quatro países da Europa Meridional, nomeadamente: Espanha, Grécia, Itália e Portugal.

No que dita respeito a questões de saúde sexual e reprodutiva, segundo dados do Relatório da UNICEF (2011: 22), imperam dois principais motivos para se investir em

«serviços e conhecimentos» sobre saúde sexual e reprodutiva nos jovens adolescentes, isto porque, em primeiro lugar “alguns adolescentes estão-se envolvendo em relações sexuais na fase inicial da adolescência.” [E em segundo lugar verificou-se uma] “alarmante e consistente disparidade nas práticas e nos conhecimentos de saúde sexual e reprodutiva entre os meninos e meninas adolescentes.”

Num estudo recente realizado em Portugal a jovens adolescente, de Lomba, Apóstolo & Cardoso (2012: 2), os mesmos patenteiam que na adolescência “o consumo de álcool e de drogas é amplamente referenciado como um dos fatores de risco de maior peso e como tendo uma relação direta com comportamentos violentos na generalidade.”

Não obstante, existe ainda a ressaltar que “as substâncias psicoativas potenciam a adoção de outros comportamentos de risco, na área da sexualidade, condução rodoviária e violência.” (Lomba *et al*, 2012: 2)

No que concerne à adolescência, o estudo *Health Behaviour in School-aged Children* [HBSC] (2010-2014), promovido pela OMS, realizado de quatro em quatro, e sendo liderado em Portugal pela equipa do Projeto Aventura Social, o mesmo, assume-se como um instrumento único no país, facultando informações indispensáveis sobre os comportamentos associados à saúde dos jovens adolescentes portugueses, através de uma ampla gama de medidas de saúde, de educação social e de família.

Em termos latos, o objetivo unânime deste estudo é conhecer os comportamentos ligados à saúde, os estilos de vida e respetivos contextos dos demais adolescentes. Porém, ambiciona-se ainda compreender a forma como os jovens «apreendem e conhecem» a sua saúde.

Os dados obtidos neste estudo ao longo dos últimos anos têm demonstrado que a maioria dos adolescentes portugueses transpõe este período das suas vidas sem apresentar grandes problemas.

“No entanto, uma (preocupante) minoria evidencia contextos, processos e comportamentos lesivos da sua saúde.” (Simões, 2010: 13)

Neste sentido, torna-se fulcral evidenciar que a perspectiva de que a «construção da saúde e do bem-estar» desde um início muito precoce poderá prevenir sérios e dispendiosos problemas para o adolescente, e para a sociedade.

Simões (2010: 1), fazendo referência à OMS (2003), atesta “nas suas diretrizes a prevenção primária como uma parte importante dos programas nacionais de saúde e educação.”

Deste modo, e indo ao encontro do estudo anteriormente referido, penso que os nossos jovens adolescentes são uma faixa etária, e/ou grupo de intervenção prioritária, com vista à promoção e/ou empoderamento, no que concerne à sua saúde, para que desta forma possamos obter ganhos em saúde e minimizar danos futuros, principalmente no que diz respeito às várias esferas da sua vida, nomeadamente: pessoal e interpessoal, familiar, escolar e profissional.

3 – CUIDADOS DE SAÚDE COMUNITÁRIOS: REVISÃO HISTÓRICA

“A preocupação do homem em proteger a saúde é tao antiga quanto a própria história da humanidade.” (Sobreira, 1981: 3)

Em tempos remotos, os cuidados de saúde viram a sua evolução em consonância com o tempo em questão.

Neste sentido, e indo ao encontro da opinião de Stanhope & Lancaster (1999: 4), existiram sete momentos temporais, que concorreram para a evolução dos Cuidados de Saúde [CS]. Nomeadamente a *Era: Pré-Helénica; Helénica; Romano; Idade Media; Renascimento; Revolução Industrial e Colonial*.

No que diz respeito à *Era Pré-Helénica*, os indivíduos preocuparam-se com os acontecimentos relacionados com o nascimento, morte e a doença. Na luta pela sua existência e sobrevivência, os povos primitivos tentavam já entender a doença, e associa-la a agentes produtores de doença. Todavia, o seu esforço era limitado, dados as suas práticas de saúdes serem baseadas em superstições e magia.

Os primeiros indícios de saúde comunitária, vê o seu surgir quando as primeiras civilizações conhecidas, designadamente os *Babilónicos* dão ênfase aos cuidados de higiene e à capacitação para o uso de medicamentos para tratar os doentes.

Posteriormente, Mil Anos A.C., é com o Povo Egípcio que surgem princípios baseados na observação e conhecimento empírico, em detrimento da magia. Desenvolvem então, fossas, sistemas de drenagem públicos, processos para embalsamento, bem como variedades de preparações farmacêuticas.

Na *Era Helénica*, os antigos Povos Gregos percecionavam «a pessoa» como parte da natureza, acreditando que a saúde provinha de uma relação harmoniosa com a própria natureza. Na altura, a prestação de CS era entendida como uma responsabilidade de uma sociedade civilizada. Neste sentido, é com Hipócrates, considerado «Pai da Medicina», que se estabelece um Código de Ética, e se tenta empiricamente sistematizar e desmitificar o «tratamento da doença». Em termos globais, o Povo Grego tenta neste período de tempo, atribuir especial importância a questões como a higiene pessoal, exercício físico, dieta e saneamento.

Quanto ao período da *Era Romana*, a mesma é caracterizada pelo momento da história, em que feitos administrativos e de engenharia ganham principal destaque. Tal facto, veio contribuir grandemente para a evolução dos CS. O Povo Romano considerava a medicina numa perspetiva de Saúde Pública, e de Medicina Social, em que destacavam a sua regulação com drenagem de pântanos, castigos para a negligência, fornecimento de água potável, estabelecimento de sistemas de esgotos, preparação pública de comida, e ainda atribuindo grande importância à supervisão de limpeza das ruas.

Na *Era da Idade Média*, após o declínio da era Greco-Romana domina um retrocesso nos CS, quando ocorre a desintegração da organização e prática de saúde comunitária (que de certo modo já se operacionalizava anteriormente). Tal acontece, uma vez que entre 500 e 1500 D.C., ser este um momento temporal em que a magia, e superstições voltam a adquirir importância.

Na *Idade Média*, as populações construíam muros em volta das cidades para se protegerem de eventuais invasões e /ou grupos hostis. Reinou um crescente populacional, onde questões sanitárias e higiénicas, fornecimento de água potável, e a acumulação de lixo, conduziram a consequências negativas, como foi a prevalência de doenças contagiosas como o Sarampo, Varíola, Difteria e a Peste Bubónica.

Dado o misticismo e questões de superstição ter ganho especial destaque neste tempo, premissas como o saneamento foram postas de lado, havendo uma paragem na evolução da Medicina.

Todavia, é na *Idade Média* que emanam os primeiros Mosteiros e Conventos, como locais onde se tratavam as «pessoas enfermas», facto que conduziu ao desenvolvimento inicial das atividades de enfermagem.

Com a *Era do Renascimento*, entre o Ano de 1500 e 1700, a Medicina volta a avançar em termos de conhecimentos. O Renascimento é caracterizado como o período da história onde se destaca conhecimentos em termos de arte, atividades escolares, crescimentos no comércio e na indústria. Assim, os muitos conhecimentos e avanços tecnológicos neste momento da história da humanidade para tentarem colmatar as Epidemias da Idade Média, forneceram ferramentas fulcrais para o tratamento e evolução dos CS.

Durante o Renascimento, os cidadãos atribuíam grande importância às questões de salubridade, pois tentavam manter as suas ruas limpas, empresas privadas forneciam o abastecimento de água, e as cidades proporcionavam assistência às pessoas doentes e

deficientes. Os hospitais tornam-se lugares não só para «tratar» de doentes, como também para estudar e ensinar Medicina.

No que concerne à *Era da Revolução Industrial*, neste período de tempo existiu um retrocesso em muitos dos ganhos obtidos no *Renascimento*, devido à atribuição de especial importância em questões de «poder e nos lucros».

Neste período de tempo, a população aumentou drasticamente imperando vários problemas, como por exemplo: elevada mortalidade infantil, assassinio de crianças ilegítimas, condições deficientes de trabalho, doenças causadas por certos ofícios e a incidência crescente de doenças do foro mental, sendo que, no que respeita a este último ponto, durante o século XVIII, as pessoas com doenças mentais, foram «fechadas» em prisões, asilos ou manicómios.

Vincenzo Chiarugi, defensor de pessoas portadoras de doença mental, tem especial importância na *Era da Revolução Industrial*, quando em 1788, em Itália na cidade de Florença, criou um sistema em que enfermeiros devidamente formados, que cuidaram de pessoas com doenças mentais.

Ainda assim, é com a *Revolução Industrial* que se presencia grande avanços em termos dos transportes, comunicações e outras formas e tecnologia.

No que respeita aos CS, em termos de «Saúde Pública Moderna», os mesmos «começaram» em Inglaterra, tendo o seu enfoque no «cuidar das pessoas pobres».

Florence Nightingale, considerada «enfermeira pioneira» da história de Enfermagem, após a “Gerra da Crimeia, a sua fama estava consolidada. Então, ela organizou a prática de Enfermagem hospitalar e a educação de enfermagem nos hospitais para substituir as enfermeiras leigas por enfermeiras Nightingale. Foram duas as preocupações de Nightingale, o desenvolvimento da enfermagem hospitalar e a ênfase na enfermagem de saúde pública. Realçou que: «A saúde de uma pessoa é a saúde da comunidade.»” (Stanhope & Lancaster, 2011: 26)

Com vista ao fim do período da *Revolução Industrial*, as mulheres que desempenhavam funções de enfermagem, passaram de um grupo de individualidades fortemente tido em conta, a um grupo muitas das vezes tido em conta como a «escória da comunidade, sujas, bêbadas e desonestas».

Por fim, no que diz respeito à *Era do Período Colonial*, na Europa, e no que mais tarde viria a constituir os Estados Unidos da América, durante a *Revolução Industrial*, sucederam diversos acontecimentos que influenciaram o curso da Saúde Comunitária.

Sendo assim, no século XIX, dominava ainda a existência de epidemias, fator terminante para a fixação de colonos na América do Norte, uma vez que as doenças que «transportavam» consigo, eram fatais para os nativos desprovidos de imunidade, perante tais doenças.

Os serviços coloniais de saúde comunitária preocupavam-se com a recolha de estatísticas vitais, melhoria do saneamento e o evitar de doenças exóticas (muitas das vezes transmitidas nas «rotas das trocas»). Contudo, faltava aos colonos um mecanismo contínuo e organizado, com vista ao estabelecer de serviços de saúde comunitária apoiados e exercidos.

Após a Revolução Americana, os tratamentos de várias doenças, em especial a “Febre-Amarela”, influenciou o determinar de quadros oficiais de saúde.

Nos finais do século XVIII, foram estabelecidos na América comités de Saúde Pública com o intuito de assegurar a qualidade da água, construção de esgotos, drenagem de pântanos, plantação de árvores e vegetais, construção de muros de cimento ao longo das linhas de água, e enterro de mortos. (Fonte: Stanhope & Lancaster, 1999: 4-7)

Ainda que de forma sucinta, mas com o intuito de manter a máxima autenticidade, após revisão sistemática da literatura, uma vez averbada a evolução dos CS, a mestranda ambiciona agora, em termos de um passado recente, reportar-se à realidade Portuguesa.

Em Portugal, a primeira Lei Orgânica da Saúde data de 1837, que em consonância com a Reforma de 1868, mostram as duas primeiras tentativas de atualizar Portugal, no que concerne a novas experiências e conhecimentos.

Em meados do século XIX, o médico Ricardo Jorge, encarregado na altura da reorganização dos serviços de saúde, elaborou uma profunda legislação assente nos seguintes princípios: “Luta contra as doenças evitáveis por meio de imunização e vigilância dos fatores de risco para o meio ambiente; Higiene no fabrico e comércio de géneros alimentícios; Formação de Técnicos de Saúde, designadamente médicos, engenheiros e agentes sanitários.”

(Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995: 29)

Em 1945, com o Decreto-Lei n.º 45108, “tenta-se introduzir algumas alterações de fundo nos Serviços de Saúde. Os principais reflexos da reforma incidem no desenvolvimento dos grandes Institutos (Saúde Materna e Infantil, Luta Anti-Tuberculose e Psiquiatria).” (Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995: 29)

Contudo, só em 1958 é que é criado um Ministério da Saúde em Portugal, que ainda assim, não se traduziu a sua existência em alterações muito significativas. “Os cuidados de

saúde continuaram a ser prestados, fundamentalmente, por serviços e instituições particulares que coexistem com as oficiais e semi-oficiais sem uma coordenação eficaz por parte da tutela.”

(Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995: 29)

Nesta linha de exposição, Portugal teve que esperar pelo Ano de 1971, onde, com a reforma concretizada pelo Decreto-Lei N.º 413/71, de 27 de setembro, “se reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e a intervenção do Estado deixa de ser supletiva para ser responsável tanto pela política da saúde como pela sua execução.”

(Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995: 29)

Sendo assim, foi partir deste momento que se inicia a «criação» dos Centros de Saúde, que tiveram como primário pilar a “Saúde da mãe e da Criança”.

Os Centros de Saúde “têm uma história recente, sendo criados em 1971, numa Rede Nacional de CS (1ª Geração) a nível distrital e concelhio, com ramificações a nível das freguesias, sob a forma de centros concebidos para desenvolver actividades de saúde pública e produção de cuidados com uma ampla componente preventiva.” (Cassiano, 2003: 26)

Com a Revolução Militar de 1974, o Programa do Movimento das Forças Armadas, preconiza a criação de um Serviço Nacional de Saúde [SNS], sendo que na data de 1976, com o Regime Democrático, a Constituição Portuguesa, no Artigo N.º 64 atribui expressão legal à sua pretensão.

Porém, diretrizes emanadas por organismos que «regem» a saúde da população mundial, nomeadamente a OMS, possuíram e possuem ainda nos dias de hoje, na área dos *Cuidados de Saúde Primários* [CSP], também um papel basilar.

Em 1978, a OMS organiza e realiza a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários - *Conferência de Alma-Ata*, marcando o princípio de uma inovada compreensão do «conceito de saúde».

Após a realização da mesma, terminantes socioeconómicos e socioculturais, constituíram-se “Direito Humano Fundamental”, conjuntamente à responsabilização dos Governos pela saúde dos cidadãos e o direito da participação da população nas decisões no campo da saúde.

“ (...) todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social.” (OMS, 1978)

Quanto ao panorama português, só em 1979, com a Lei N.º 56/79, de 15 de setembro, é que é criado oficialmente o SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, como ferramenta do Estado “para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.” (DGS, 2010)

Com o Despacho Normativo N.º 97/83, de 22 de abril, os *Centros de Saúde de 2ª Geração*, são criados e abarcam os *Centros de Saúde de 1ª Geração*, Postos de Serviços Médico-Sociais, bem como Hospitais Concelhios.

Quase uma década percorrida, em Portugal, no ano de 1990, é aprovada a “Lei de Bases da Saúde”, com o Decreto-Lei N.º 48/90, de 24 de agosto, “onde pela primeira vez, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.” (DGS, 2010)

Em 1999, o Decreto-Lei N.º 157/99, de 10 de maio, rege a criação dos *Centros de Saúde de 3ª Geração*, onde, com a sua vinda, se dá especial destaque e importância a questões de autonomia e gestão dos Centros de Saúde, insurgindo-se ainda o conceito de organização interna descentralizada por equipas multiprofissionais, e simultaneamente a criação de uma direção clínica/técnica particularizada.

Em termos do âmbito de atuação à população que lhe é atribuída, os *Centros de Saúde de 3ª Geração*, deverão garantir cuidados primários, desenvolvendo atividades no que concerne à:

- ⇒ *Promoção da saúde e Prevenção da doença;*
- ⇒ *Prestação de cuidados na doença;*
- ⇒ *Continuidade de cuidados sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços ou outras especialidades;*
- ⇒ *Vigilância epidemiológica;*
- ⇒ *Formação profissional;*
- ⇒ *Investigação em cuidados de saúde;*
- ⇒ *Melhoria contínua da qualidade dos cuidados;*
- ⇒ *Monitorização de atividades;*
- ⇒ *Avaliação de resultados e ganhos em saúde (decorrentes da sua atividade).*

(Fonte: DGS, 2002)

O Decreto-Lei N.º 60/2003, de 1 de abril, cria a *Rede de Cuidados de Saúde Primários*.

Neste sentido, com o intuito de se continuar a garantir uma “missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

(DGS, 2010)

O Ano de 2006 é indicado como sendo o ano em que é criada a *Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados*, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, “visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.”

(DGS, 2010)

Em 2007, impera nova reestruturação ao nível dos Centros de Saúde, com reforma ao nível dos CSP, aquando do surgimento das primeiras *Unidades de Saúde Familiar* [USF]. O Decreto-Lei N.º 298/2007, de 22 de agosto, é responsável pelo estabelecer do regime jurídico da organização e funcionamentos destas unidades, bem como “o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.” (DGS, 2010)

Contudo, no ano de 2008, assiste-se novamente a alterações nos CSP, quando imperou a criação de *Agrupamentos de Centros de Saúde* do SNS, mediante o Decreto-Lei N.º 28/2008, de 22 de fevereiro. A finalidade do agrupamento consistiu em “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.”

Por fim, o ano de 2009, com o Decreto-Lei N.º 81/2009, de 2 de abril, é caracterizado pelo ano em que acontece a reestruturação e a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando-se com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.

O objeto maior de tal reestruturação teve o seu enfoque porque, num horizonte próximo “está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.” (DGS, 2010)

4 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“A prática dos cuidados de enfermagem confunde-se com a história das mulheres e é, provavelmente, uma das mais antigas ocupações femininas.” (Rodrigues, 2013: 143)

A Enfermagem Comunitária arroga-se como a “área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a de saúde pública numa prática centrada na população e que se destina a promover e preservar a saúde das comunidades.” (Stanhope & Lancaster, 1999: 196)

Com o intuito de explicitar a génese da Enfermagem Comunitária em Portugal, a mestranda pensa que se torna fundamental, mesmo que de forma sucinta, retratar a «origem» da Profissão de Enfermagem.

Indo ao encontro da opinião de Rodrigues (2013: 143), citando Collière, é afirmado que “desde a sua origem a enfermagem foi um saber dominado por mulheres dirigido essencialmente aos mais fracos e excluídos.”

Ainda assim, “vários autores são unânimes em considerar que até ao final do século XIX, no mundo ocidental, a enfermagem era, essencialmente, ocupação de religiosas, sendo a função negativamente considerada quando era remunerada.” (Rodrigues, 2013: 143)

Nesta linha de pensamento, no que diz respeito à realidade portuguesa, as origens da Enfermagem Comunitária “remontam à prestação de cuidados na comunidade por enfermeiros religiosos, que desde do século XIII foram assumindo um papel progressivamente mais interventivo.” (Rodrigues, 2013: 219)

É com prática de Enfermagem nas Misericórdias Portuguesas, desenvolvida por enfermeiros laicos, particularmente na visita domiciliária aos pobres e enfermos, que se constitui um importante marco no princípio dos cuidados de Enfermagem Comunitária em Portugal.

Contudo, embora a prática de cuidados comunitários, intimamente ligada à tradição religiosa cristã “tivesse ganho maior espaço de intervenção com a separação entre o Estado e a Igreja e com a laicização da sociedade, ocorrida nos finais do século XIX e início do século XX, não teve uma afirmação social fácil.” (Rodrigues, 2013: 150)

Durante o período cronológico finais da década de 1920 e início da década de 1930, foram fundadas escolas, e discutidas questões como: “os currículos, a vocação, a formação, o casamento, as virtudes e as imperfeições, o lugar e o *status*, os vencimentos e as práticas, a ciência e arte das enfermeiras e dos enfermeiros.” (Rodrigues, 2013: 150)

Neste sentido, é por esta altura que “a enfermagem laicizou-se e profissionalizou-se. Das várias áreas de intervenção específica dos enfermeiros, a prática da enfermagem comunitária surgiu como espaço de desenvolvimento e autonomia das enfermeiras.” (Rodrigues, 2013: 150)

Como período temporal terminante que foi para a história da Enfermagem Comunitária, foi também durante este tempo que foram criados “cursos de enfermeira visitadora e visitadora sanitária”.

Tal facto vai de encontro à opinião de Stanhope & Lancaster (2011: 23), quando afirmam que “No passado os enfermeiros com uma prática centrada na população eram designados como enfermeiros de saúde pública, de distrito e de visitantes; outras vezes eram enfermeiros de saúde escolar, de saúde no trabalho e domiciliários.”

Posto isto, reportando-se presentemente a mestrandagem para um «passado recente», atesta-se que a história da Enfermagem Comunitária em Portugal está intimamente relacionada com a própria evolução do Sistema de Saúde Português.

“Em Portugal, no final do século XIX e no século XX, assistiu-se a um crescente investimento legislativo, político e organizacional, com o objetivo de responder aos desafios das novas formas de entender a saúde e às solicitações provocadas pelo desenvolvimento urbano e tecnológico, pela mobilidade populacional e pelos avanços terapêuticos.” (Rodrigues, 2013: 1)

Embora se possa considerar que “Os enfermeiros utilizam abordagens históricas para analisar o presente e o futuro da profissão.” (Stanhope & Lancaster, 2011: 23), o Ano de 1981 constitui-se fulcral para a vinculação de Profissão de Enfermagem.

Neste sentido, foi em 1981, que a Carreira de Enfermagem foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro, “procurando responder a situações de injustiça criadas ou agravadas pelo Decreto n.º 534/76, de 8 de Julho, que aprovara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais, bem como aos progressos técnicos e científicos entretanto verificados e à realidade do país.” (DGS, 2010)

Todavia, decorrida uma década, em 1991, o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem, “visando regulamentar o exercício da profissão, garantindo a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos e a prestação de cuidados de enfermagem de

qualidade aos cidadãos. O diploma clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos.”

(DGS, 2010)

Posteriormente, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], homologado inicialmente com Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, tendo sido alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, teve especial importância no que concerne ao desenvolver e afirmação da profissão, dado que, “O conhecimento que fundamenta a Enfermagem é construído através da interseção de várias áreas do saber, tendo como base a fundamentação científica da disciplina de Enfermagem, a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 9)

Assim, para além do estabelecer do REPE, a criação de *Especialidades* para áreas de atuação específicas em Enfermagem, trouxeram à profissão uma mais-valia.

Neste sentido, e segundo o Artigo 9.º, capítulo III do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, “Os cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem visam assegurar a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural numa área específica da enfermagem.”

Em 2002, ao abrigo da Portaria n.º 268/2002 de 13 de março, do Diário da República, é averbado o “Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, onde, no que respeita à Especialização em Enfermagem Comunitária”, é contemplado o seu estipular, entre outras áreas de especialização em Enfermagem.

O Regulamento n.º 128/2011 (Anexo IV), de 18 de fevereiro de 2011, publicado em Diário da República, veio definir o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tal como a mestrandagem aspira evidenciar no subcapítulo que se segue.

4.1 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Enfermagem tem vindo a percorrer ao longo dos últimos anos, tanto a nível da formação académica, quer profissional, bem como no que diz respeito à regulamentação das suas funções para o desenvolver do exercício profissional, um percurso incessante com vista a dotar os enfermeiros como grupo profissional cada vez mais exigente e rigoroso, para com a sua profissão.

Collière citado por Bento (1997: 33) afirma que, “é a formação que constrói o papel da Enfermagem e ajusta a esse papel, a prática dos cuidados prestados pelos enfermeiros.”

Dado a Profissão de Enfermagem se encontrar em constante evolução, os enfermeiros, desde o início da sua aprendizagem deverão ter em linha de conta o desenvolver de capacidades e/ou competências, com vista ao atualizar dos seus conhecimentos, no que diz respeito à sua identidade profissional, não devendo descorar o meio que os rodeia para desenvolver uma auto-reflexão crítica. Assim, poder-se-ão tornar «construtores» ativos do seu saber.

Cada prática especializada em Enfermagem possui a sua essência.

Todavia, antes de especificada a essência, torna-se fundamental, realçar que o n.º 3, do Artigo 4.º, do Capítulo II (Disposições Gerais,) averbado no REPE, é definido “Enfermeiro Especialista”, como:

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2012: 15)

No que concerne ao Regulamento n.º 122/2011, “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, publicado em Diário da República, em 18 de fevereiro de 2011, é atestado que:

“Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (Regulamento n.º 122/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Nesta linha de exposição, “dirigida a todos os grupos etários, a enfermagem comunitária ocorre numa vasta gama de locais e inclui educação para a saúde, manutenção,

restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos, incluindo comunidades.” (Stanhope & Lancaster, 2011: XIV)

Tal como é declarado no Regulamento n.º 122/2011, anteriormente mencionado, o Enfermeiro Especialista, “também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 122/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Ainda assim, há a ressaltar que no Artigo 4.º - “Domínios das competências comuns”, do Regulamento 122/2011, imperam quatro domínios de competências dos Enfermeiros Especialistas, nomeadamente, “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

Similarmente, ainda no Ano de 2011, a Ordem dos Enfermeiros [OE], através do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro, publicado em Diário da República (Anexo IV), vê decretadas as “*Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.*”

Em termos de Preâmbulo do Regulamento acima referido, é atestado que:

“A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.” (Regulamento n.º 128/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Deste modo, tendo por base o seu percurso de formação especializada é consignado ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a aquisição de:

“ (...) competências que lhe permite 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.” (Regulamento n.º 128/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

A título de complementaridade, a mestrandia considera que se torna relevante registar que, uma vez adquiridas competências específicas é permitido ao Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a intervenção “em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.” (Regulamento n.º 128/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

É no Artigo 4.º - “Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública”, do Regulamento 128/2011, que são descritas:

“1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

“ 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.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).” (Regulamento n.º 128/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Assim, e em jeito de término, a mestranda cita que:

“Desde os finais de 1880, os enfermeiros comunitários têm sido líderes a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde para indivíduos, famílias, e comunidades. Tornou-se claro que a enfermagem comunitária ao longo do mundo, de um país ao outro, tem mais semelhanças do que diferenças.” (Stanhope & Lancaster, 1999: 2)

4.2 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em pleno século XXI, a sociedade que nos circunda, e na qual estamos inseridos revela-se por modificações a todo momento.

A inserção e desenvolvimento de conhecimentos científicos “nas múltiplas áreas do conhecimento humano e a compreensão dos fenómenos sociais e a sua influência no bem-estar das populações, veio determinar a evolução do conceito de saúde.” (Martins, 2005: 2)

As novas *Políticas de Saúde* para o século XXI, enfatizam o “desenvolvimento dos cuidados na comunidade como um meio para o desenvolvimento das populações.”

(Stanhope & Lancaster, 2011: [29])

No que respeita à Enfermagem, a mesma “ocorre em vários contextos públicos e privados e inclui a prevenção da doença, a promoção da saúde, a proteção da saúde, a vigilância, a educação, a restauração, a coordenação a gestão e a avaliação dos cuidados a indivíduos, famílias, populações, incluindo comunidades.” (Stanhope & Lancaster, 2011: XIV)

Ainda assim, em tempos remotos, o *Homem Primitivo* atribuía a ocorrências de processos de saúde/doença à punição ou à recompensa de entidades sobrenaturais.

Da causalidade «sobrenatural» evoluiu-se nas civilizações antigas, nomeadamente Civilização Grega, Romana e Egípcia, para uma «interpretação natural», ou seja, física, onde “as causas que determinam o processo de saúde/doença tem origem no corpo; daí que, a saúde seja definida por um bem-estar físico.” (Martins, 2005: 2)

Atribui-se a Hipócrates, 460 Anos A.C., a “primeira interpretação natural do binómio saúde/doença, substituindo a causalidade divina pela causalidade física. Hipócrates explica as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Durante longo período de tempo e até meados de século XVI, dominaram estas duas interpretações.” (Martins, 2005: 3)

Com a evolução dos tempos, especialmente a partir do século XVII, devido ao aparecimento de meios que permitiram a identificação de microrganismos causadores de doença, atribuiu-se a fatores ambientais a «causa da doença».

Com o desenvolvimento das ciências bacteriológicas no século XIX, conheceu-se a génese das doenças transmissíveis.

No século XX o *Conceito de Saúde* modificou-se “e com o passar dos anos foi adquirindo um significado mais amplo e completo.” (Martins, 2005: 3)

A conceção do Conceito de Saúde, determinado por questões temporais, evoluiu com a experiência. Apesar de se conhecer que a influência que os demais contextos sociopolíticos, culturais e ambientais, possam exercer na saúde dos indivíduos, “têm sido desenvolvidos vários paradigmas para responder à questão sobre o que é a saúde.” (Basto *et al*, 2000: 14)

Com a criação da OMS, a 7 de abril de 1948, emerge a “Carta de Princípios” da qual consta que a “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. (OMS, 1948:1, citado por Brito, 2012: 25)

Embora tal conceito seja percecionado nos dias de hoje totalmente «desajustado», e tivesse sido alvo de diversas críticas no passo, assumiu-se como fator impulsionador para questões como a pertinência dos CSP e a *Promoção da Saúde*.

Neste sentido, no século XX, na década de Setenta, a problemática de *Promoção da Saúde* foi detentora de peculiar importância, principalmente após “ (...) as recomendações resultantes da Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), e dos documentos daí decorrentes, tais como a Carta de Ottawa (OMS, 1986), e as Recomendações de Adelaide (II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1988.)” (Basto *et al*, 2000: 14)

A Conferência Internacional sobre CSP - *Declaração de Alma-Ata*, decorrida em 12 de setembro de 1978, no Cazaquistão, constituiu um marco terminante na *Promoção da Saúde*, quando determinou “Saúde para Todos no 2000”. Porém, há a ressaltar que como primeiro ponto e em jeito de reformulação da definição de *saúde* da OMS em 1948, é averbado que *Saúde* é o,

“ (...) estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a acção de muitos outros sectores sociais e económicos.” (OMS, 1978)

Posteriormente, em 1986, com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - *Carta de Promoção da Saúde* adotada em Ottawa, lançou um novo “desafio dirigido a uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir.”

(Martins, 2005: 5)

Deste modo, considerou-se que foi partir deste momento, “que a promoção da saúde começou teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada.”

(Martins, 2005: 5)

Os encontros e conferências internacionais que provieram, tanto a nível internacional, como a nível específico de Portugal, constituíram marcos importantes na «perceção da saúde», isto porque, as suas contribuições tornaram-se necessárias e fundamentais para se *Promover a Saúde*, tal como de seguida a mestranda evidencia:

⇒ II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Conferência de Adelaide (Estabelecer de Políticas Públicas Saudáveis)*, realizada na Austrália em 1988;

- ⇒ III Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Conferência de Sundsvall (Criar meios favoráveis à Saúde)*, que decorreu na Suécia em 1991,
- ⇒ IV Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Declaração de Jacarta (com vista ao responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI)*, concretizada na República da Indonésia, no ano de 1997;
- ⇒ V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Conferência Declaração do México (Promoção da Saúde visando Equidade em Saúde)*, que decorreu em 2000, na Cidade do México;
- ⇒ VI Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Carta de Bangkok (Promoção da Saúde no Mundo Globalizado; Empowerment Comunitário como chave do sucesso)*, realizada em 2005 na cidade de Bangkok;
- ⇒ VII Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Declaração Para a Ação (Call to action – Identificação de Estratégias e Compromissos Fundamentais necessários para a eliminação das lacunas na implementação da Saúde e do Desenvolvimento através das Promoção da Saúde; O Sistema de Saúde inclui tanto os Serviços Individuais como coletivos assim como atividades que influenciam as políticas e as ações de outros setores para resolução de questões sociais, ambientais e os determinantes da saúde; Os Determinantes Sociais da Saúde ultrapassam o setor da Saúde e a sua resolução exige uma ação multissetorial e pluridisciplinar)*, tendo decorrido em Nairobi, Quênia, em 2009;
- ⇒ VIII Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: *Declaração Saúde em Todas as Políticas (Facilitação na troca de experiências e aprendizagens que norteiem mecanismos efetivos para a promoção de ações intersectoriais)*, ocorreu no Ano de 2013, em Helsínquia, Finlândia.

A OMS, após Carta de Otawa, descreveu «Promoção da Saúde» como:

“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (OMS, 1986)

“A necessidade de centrar atenção na promoção da saúde, nos fatores do estilo de vida e na prevenção da doença leva ao desenvolvimento de uma política pública central sobre a saúde da nação.” (Stanhope & Lancaster, 2011: [11])

Nesta linha de reflexão, e indo ao encontro de Ferreira & Nelas (2006: 141), a adolescência “é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida.”

De acordo com a opinião de Galvão (2011: 22), “as vivências da infância e a forma como se processa esse estágio são fundamentais para as vivências futuras nomeadamente as negativas.”

Neste sentido, dado a adolescência ser caracterizada como período de transição, escolhas, e afirmação, a adoção de comportamentos prejudiciais à sua saúde poder-se-á concretizar.

A complexidade dos problemas de saúde é uma realidade que se tem vindo a contactar atualmente.

Perante tal facto, e no que diz respeito «à Saúde dos Adolescentes», por parte dos profissionais de saúde, concretamente dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, o desafio de corresponder com cuidados flexíveis, inovadores, pró-ativos, e com uma qualidade exima, através de uma intervenção concreta e efetiva de sistemas de reforços de participação no adolescente, deverá ser máxima premissa.

Assim, assume-se primordial que a Promoção da Saúde seja encarada como estratégia, em que a implementação de ações educativas para a faixa etária dos adolescentes, constituam o garantir da aquisição e/ou manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Isto porque, tal como esclarece Ferreira & Nelas (2006: 142) “a adolescência é um período de vida que merece atenção, pois esta transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo.”

Cordeiro (2006: 21) afirma que no que concerne aos adolescentes, “os papéis sociais que hoje lhes são propostos são necessariamente diferentes e mais exigentes.”

Nesta linha de exposição, a mestrandia considera e reflete que é fulcral promover uma prática de cuidados dirigidos a esta faixa etária, com vista a intervenções precoces, tendo principalmente por base:

- ⇒ Artigo 4.º - *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, do Regulamento 128/2011, do Diário da República, de 18 de fevereiro de 2011;
- ⇒ *Prática de Enfermagem Baseada na Evidência*, de acordo com a Tomada de Posição da OE (2006), onde define Eixos Prioritários de Investigação, e a mestrandagem outorga especial importância aos dois primeiros pontos, nomeadamente:
- “ 1. *Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão* - Estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de concepção dos enfermeiros. Em particular, estudos que ajudem a definição de um conjunto de indicadores de resultado que dêem visibilidade ao contributo desses cuidados na saúde das populações.
2. *Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades* - Estudos na área da Educação para a Saúde e aprendizagem de capacidades que promovam programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente aspectos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006)
- ⇒ *Empoderamento Comunitário*, onde os profissionais de saúde, particularmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, poderão assumir o «papel» de Promotores de Saúde, com o facultar de «ferramentas/estratégias» em que os adolescentes impulsionadores da sua própria saúde, possam tomar decisões com vista a aquisição e/ou manutenção de Hábitos de Vida Saudáveis.

Em ações de Promoção da Saúde, “podem ser contemplados diversos assuntos desde o crescimento e o desenvolvimento juvenil, os estilos de vida, as condutas que envolvem riscos para a saúde, a expressão da sexualidade e a saúde reprodutiva.” (Guerra, 2004: 73)

Todavia, “O nosso principal desafio consiste em demonstrar que os enfermeiros de cuidados de saúde primários têm um papel relevante e fundamental na educação para a saúde e na promoção da mesma e que os ganhos em saúde da população são consequência desse trabalho.” (Gomes, 2003: 39)

4.3 – A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

“A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.” (Schall & Struchiner, 1999: 1)

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

“A saúde de cada pessoa depende de vários aspectos, nomeadamente do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e dos comportamentos e estilos de vida que decide seguir.”

(Simões *et al*, 2011)

Basto *et al* (2000: 16), fazendo referência a Ribeiro (1987), expõe que “a importância da educação para a saúde é realçada como um pré-requisito essencial nos programas de promoção da saúde, criando uma consciência pública, acompanhada de alterações ambientais e legislativas, que conduzem a uma boa saúde.”

Nesta linha pensamento, o «papel» dos enfermeiros nos CSP é reconhecido desde a Conferência Internacional de CSP, nomeadamente Alma-Ata em 1978, sendo à posteriori, fortalecido com a Carta de Ottawa em 1986.

A Educação para a Saúde surge como um meio facilitador,

“ no sentido de preparar os indivíduos para um papel activo na saúde. Assim, um dos seus principais objectivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adopção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

(Simões *et al*, 2011)

Em Portugal, em termos políticos, desde há algum tempo atrás que os demais Ministérios da Educação têm vindo a desenvolver medidas de política de «Promoção e Educação para a Saúde», com o intuito de se “dotar as crianças e os jovens com conhecimentos e valores que os ajudem a desenvolver atitudes e a adotar comportamentos promotores de saúde e do seu bem-estar físico, social e mental.” (DGE, 2014: 6)

No ponto 2, do Artigo 47.º (Desenvolvimento Curricular), Capítulo VII (Desenvolvimento e Avaliação do Sistema Educativo), da Lei de Bases do Sistema Educativo, publicada em Diário da República Lei n.º 46/86 de 14 de outubro de 1986, foi feita pela primeira vez referência à «Educação para a Saúde», quando em termos dos planos

curriculares do ensino básico, em todos os ciclos, e em consonância com outras áreas, a mesma deveria constituir-se parte integrante.

Mais recentemente, a «Promoção e Educação para a Saúde» em Portugal, provinha da adesão e interesse por parte das escolas, à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde [RNEPS].

A partir do Ano de 2005, o «Projeto Educativo de Escola», levado a cabo pelas escolas, teria de incluir a área da Educação para a Saúde.

Porém, só desde o Ano de 2012, ao abrigo da Portaria n.º 258/2012, de 28 de agosto, é que se tornou idoneidade da Direção-Geral da Educação [DGE], através da Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos:

“conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas de educação especial e de apoio educativo, designadamente as de orientação escolar e profissional, de educação para a saúde e de ação social escolar”. (PAPES, 2014: 6-7)

Neste sentido, no que diz respeito em «matéria de saúde», atualmente, e segundo o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde [PAPES], o Ministério da Educação e Ciência tem pretendido “adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e da *Schools for Health in Europe (SHE)*, organismos nos quais está representado, através da divulgação de documentos e na definição de políticas comuns.” (PAPES, 2014: 7)

O que se torna uma verdade presentemente é que o “enfermeiro assume um papel relevante na promoção da saúde em geral e na Educação para a Saúde em particular.”

(Simões *et al*, 2011)

Se consideramos que a “Educação para a Saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção.” (Redman, 2003: 4), então:

“Ao nível local, as unidades de saúde têm colaborado com as escolas no diagnóstico, na definição a nível local: de prioridades de intervenção e no desenho dos projetos de educação para a saúde. Deste modo, as equipas de saúde escolar - sediadas nas unidades de saúde locais - integram as equipas de promoção e educação para a saúde (das escolas) e intervêm ativamente no processo.” (PAPES, 2014: 7)

Na ótica de Redman (2003: 6), a Educação para a Saúde “é uma área em expansão e evolução, compreendida agora como parte essencial para alcançar resultados adequados de cuidados. É integrada ao longo dos cuidados aos indivíduos e grupos em todos os setores e contextos.”

Enquanto Enfermeira Generalista, com a ambição de obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, a mestranda considera que «Promovemos para Educar».

A faixa etária de indivíduos adolescentes, por si só torna-se algo «aliciante», isto porque, a adoção de comportamentos de risco nesta faixa etária, a curto, médio e/ou longo prazo, poderá ter consequências prejudiciais/nefastas para a sua saúde. Como tal, se pudermos intervir atempadamente na saúde dos adolescentes, com a explicitação da importância da aquisição/manutenção de hábitos de vida saudáveis, poderemos assim, capacitar o adolescente a salvaguardar a sua saúde, o seu bem-estar.

É maioritariamente nos CSP, efetivado por enfermeiros em parcerias com escolas, que é “utilizado um modelo processual de diagnóstico-intervenção-avaliação para proceder à Educação para a Saúde.” (Redman, 2003: 6)

Assim, é essencial que “ a escola e saúde trabalham em parceria, com o apoio da restante comunidade, para a promoção da literacia em saúde, da equidade em educação e em saúde e na melhoria dos indicadores de saúde, que se pretende que as escolas, progressivamente, integrem e assumam nas suas práticas quotidianas.”
(PAPES, 2014: 7)

II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO: ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA, DE PORTALEGRE

No Ano de 1851, a cidade de Portalegre, como capital de distrito foi contemplada com um Liceu Nacional.

Num tempo inicial foi apenas considerado como «Liceu masculino», onde foram estabelecidas como «cadeiras específicas» a Agricultura e Economia Rural.

Todavia, no que diz respeito ao seu primeiro ano de funcionamento, as aulas ocorriam em casa dos professores, e só em julho de 1852, o Governo decretou a instalação do Liceu Nacional de Portalegre, no Seminário Episcopal.

Por necessidade de «mais espaço físico», o Liceu mudou o seu funcionamento para as instalações do Convento de São Bernardo (hoje extinto na cidade de Portalegre), e mais tarde, em 1887 para o Palácio *Achaioli*, onde permaneceu até ao Ano de 1976.

O Palácio *Achaioli*, cedendo as suas instalações à Escola Superior de Educação de Portalegre, os recursos humanos e o valiosíssimo património cultural do designado Liceu, mudaram-se para um edifício construído para o efeito, na Estrada do Bonfim em Portalegre, no Ano de 1976.

Ate à sua atual denominação, em similitude com as várias disposições físicas que ocupou, também o Liceu teve vários nomes, nomeadamente e de forma sequencial: Liceu Nacional de Portalegre (1851), Liceu Central de Mouzinho da Silveira (1916), Liceu Mouzinho da Silveira (1928), Liceu Nacional de Portalegre (1947), Escola Secundária Mouzinho da Silveira (1976).

Decorrida a ditadura do «Estado Novo» em Portugal, a escola recuperou o nome Mouzinho da Silveira, em homenagem a José Xavier Mouzinho da Silveira, individualidade natural de Castelo de Vide, um estadista, legislador e político que se assumiu como uma das personalidades marcantes da Revolução Liberal, promovendo algumas das mais profundas alterações institucionais nas áreas da fiscalidade e da justiça em Portugal.

Atualmente e desde o Ano de 1976, a Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS], situa-se na Avenida do Bonfim, da cidade de Portalegre, Capital de Distrito do Alto Alentejo.

Recebe alunos da sua área geográfica de influência, e ainda de outros concelhos contíguos, nomeadamente de Castelo de Vide, Marvão, Crato, Arronches e Monforte.

A ESMS faz parte do Agrupamento de Escolas do Bonfim, e recentemente sofreu remodelações, pela entidade *Parque Escolar*, face às diretrizes definidas pelo *Programa de Modernização das Escolas do Ensino Secundário*, tendo por base as novas exigências decorrentes do projeto educativo da escola, e ainda dos modelos de ensino-aprendizagem contemporâneos e dos atuais parâmetros de qualidade ambiental e eficiência energética.

O espaço físico global da escola foi reorganizado através da remodelação das estruturas já existentes, com a construção de um novo corpo destinado à biblioteca, sala polivalente e espaço museológico, interligado com os «blocos» já existentes.

Assim sendo, o funcionamento da escola distribui-se por blocos, sendo que:

- ⇒ O *Bloco A* está reservado às áreas Tecnológicas, que inclui desde os Laboratórios (Laboratórios de Física, Biologia, Geologia e dois de Química e um biotério) às salas Informática e de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), e sala de Teatro.
- ⇒ No *Bloco B* está incluída a sala de música e são também lecionadas aulas.
- ⇒ O *Bloco C* é destinado a salas de aulas.
- ⇒ O *Bloco D* faz a ligação dos serviços administrativos e de direção, sala de professores com os serviços de apoio como o refeitório/bar e áreas sociais destinadas aos alunos (sala de convívio, reprografia, loja de conveniência e associação de estudantes, biblioteca).
- ⇒ No *Bloco E*, situa-se o pavilhão gimnodesportivo que também foi reabilitado, tendo sido ampliados os respetivos balneários e construída uma nova sala de ginástica.
- ⇒ No *Bloco F* são também lecionadas aulas, e está ainda reservado como centro de formação de professores.

A título de complementaridade, é de referir que todas as salas de aula possuem computador e projetor, sendo que algumas possuem ainda quadros interativos.

Aquando da aplicação do Questionário, face ao Diagnóstico da Situação de Saúde, dirigimo-nos ao *Bloco C e F*, uma vez que pela própria dinâmica da escola é no *Bloco C* que são lecionadas as aulas de todas as turmas de 7º Ano, e é no *Bloco F* que decorrem as aulas de todas as turmas do 8º Ano.

Anualmente, no dia 4 de abril, aniversário da morte de José Xavier Mouzinho da Silveira, comemora-se o «Dia da Escola».

Em termos de Recurso Humanos, no Ano Letivo 2013/2014, a população escolar era constituída por:

- ⇒ 736 Alunos matriculados, distribuídos desde o 7º Ano até ao 12º Ano de Escolaridade;
- ⇒ 96 Docentes que desempenham funções no estabelecimento de ensino;
- ⇒ 12 Administrativos;
- ⇒ 18 Assistentes Operacionais.

Em termos de parcerias, a ESMS, segundo um «Informante Privilegiado», nomeadamente o Exmo. Senhor Professor Diretor da ESMS constitui-se como uma das Escolas Nacionais Promotoras de Saúde [EpS], onde impera uma cooperação entre escola e unidade de saúde local, nomeadamente o Centro de Saúde, onde equipas de saúde, principalmente Enfermeiros, trabalham com a comunidade escolar no que respeita a questões de Educação para a Saúde, em particular na questão de Educação Sexual, ao abrigo da Lei n.º 60/2009 – Educação Sexual em Meio Escolar, regulamentada atualmente pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril de 2010, que estabelece o regime de aplicação de Educação Sexual em meio escolar.

Ainda assim e a título de complementaridade, no que respeita ao Ano Letivo 2013/2014, a ESMS integrou o Projeto “Parlamento dos Jovens”, direcionado nesse ano letivo para a temática: “Drogas, evitar e enfrentar as dependências.”

2 – O ESTÁGIO

Em termos de Preâmbulo, no Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011 (Anexo IV), é referido que Enfermagem Comunitária “desenvolve uma prática globalizante centra na comunidade.”

Neste sentido, no que respeita a Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo por base todo o seu percurso de formação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, deverá ter em linha de conta as competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva, e ao exercício da cidadania.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

“Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.”

(Regulamento n.º 128/2011: 8667)

Ainda assim, e reportando-se a mestranda especificamente à alínea «a», Primeiro Ponto, do Artigo 4.º, do Regulamento 128/2011, publicado em Diário da República, e já anteriormente mencionado, onde estão patentes as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é afirmado que o enfermeiro “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.”

Neste contexto, é tido em consideração pela mestranda, que se torna fundamental intervir junto das comunidades com cuidados de saúde eficazes e ajustados a grupos com necessidades específicas, como é o caso da comunidade adolescente, no nosso caso particular em ambiente escolar.

“Ao nível do sistema de saúde, o processo de planeamento deve basear-se numa estrutura descentralizada que valorize as soluções adequadas a cada território e a aceitação de uma abordagem diferente numa óptica de mercado; deve assumir a forma de um processo de negociação, perspectivado num contexto de mudança, o

que facilita a obtenção dos objectivos e aumenta a capacidade de aprendizagem e de inovação dos actores.” (Brissos, 2004: 43)

Planear em Saúde, poder-se-á assumir como sendo “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida (...).” (Tavares, 1990: 29)

Porém, Planear em Saúde, mas tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, é passível de se “escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.” (Tavares, 1990: 29)

Posto isto, no que concerne ao decorrer do estágio, é primordial atestar que previamente à sua realização foi elaborado em grupo, por quatro mestrandas, onde me incluo, um Diagnóstico da Situação de Saúde (Primeira etapa do Planeamento da Saúde), intitulado “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre”, na ESMS, com a população alvo dirigida aos alunos adolescentes do 7.º e 8.º Anos, respetivamente, durante o Ano Letivo 2012/2013.

Mediante o Diagnóstico da Situação de Saúde, verificou-se a necessidade de intervenção comunitária, com o objetivo de realização de Sessões de Educação para a Saúde, direcionadas às problemáticas que advieram do Diagnóstico de Saúde.

Neste sentido, o estágio desenvolvido pelas mestrandas operacionalizou-se desde o dia 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014, no âmbito da metodologia do planeamento em saúde.

O estágio, ao ser analisado e indo ao encontro da ótica de Tavares (1990: 32), considerou-se como um Planeamento Operacional, uma vez que “determina objetivos operacionais (metas); está voltado para a otimização e maximização de resultados; é de carácter imediatista – curto prazo; é detalhado no estabelecimento de tarefas; está voltado para a gestão de recursos e para a eficiência – ênfase nos meios.” (Tavares, 1990:32)

Em termos de Perspetiva Populacional, no Planeamento Operacional, “ (...) a população beneficiária ou população-alvo, é o primeiro e principal objeto do planeamento.”

(Tavares, 1990: 33)

2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

“A ciência tem como objetivo fundamental chegar à veracidade dos fatos.”

(Gil, 1989:27)

Não obstante, para que um conhecimento possa ser considerado científico, é imperativo “identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação.”

(Gil, 1989:27)

A *Investigação*, enquanto Disciplina e Ciência, é detentora de especial importância, uma vez que “de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.” (Fortin, 1999: 17)

Dado a investigação científica se assumir numa primeira instância com «um processo», processo esse considerado sistemático, possibilita assim “examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.” (Fortin, 1999: 17)

O processo e/ou método científico, segundo Fortin (1999: 17), “comporta certas características inegáveis, entre outras: ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.”

Nesta linha de reflexão, é com o estudo sistemático de fenómenos que nos é permitido alcançar novas descobertas e aumentar saberes específicos.

Enfermagem, enquanto Disciplina e Ciência, não descora a *Investigação*, particularmente porque “ a investigação serve também para definir os parâmetros de uma profissão.” (Fortin, 1999: 18)

Posto isto, a mestranda pretende neste subcapítulo atestar como «constructos do estudo» desenvolvido em grupo por quatro mestradas, que todo o trabalho científico principia-se com a escolha de determinada temática a ser investigada.

Uma vez identificada a problemática em estudo, e após a revisão bibliográfica, procedeu-se à formulação do enquadramento teórico. Todavia, é a fase metodológica que surge após o delimitar do quadro conceptual teórico.

A fase metodológica “diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador sobre a maneira de responder às questões de investigação ou às hipóteses formuladas na fase conceptual.” (Fortin, 1999: 354)

Ainda assim, Fortin (1999: 372) afirma que a metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”

São “inúmeros os métodos utilizados pelos pesquisadores em Enfermagem, no estudo dos problemas que interessam ao desenvolvimento de uma base científica para essa ciência.”

(Polit & Hungler, 1995: 17)

Deste modo, uma vez que a natureza do problema de investigação influencia diretamente o método de colheita de dados a utilizar, atesta-se que no caso particular das mestrandas, devido à natureza do estudo de investigação que se propuseram elaborar, nomeadamente um Diagnóstico da Situação de Saúde foi a *Metodologia Quantitativa* que dominou, isto porque, ambicionou-se medir as necessidades dos Adolescentes face a «Hábitos de Vida Saudáveis».

Tal facto é corroborado por Imperatori & Giraldes (1986:19) quando afirmam que “o Diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados.”

“A quantificação do comportamento ou, de maneira mais geral, a utilização dos números para estudar as populações já tem cerca de 2000 anos, mas foi perto dos finais do século XIX que se tornou importante e quase habitual.” (Huot, 2002: 37)

No que respeita à *Metodologia Quantitativa*, a mesma “baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo.” (Fortin, 1999: 322)

Porém, embora seja delimitada a metodologia de investigação (ou paradigma) utilizada, constitui-se fulcral, evidenciar qual o tipo de estudo utilizado no trabalho de investigação.

Para o delimitar do tipo de estudo, existem critérios que terão de ser salvaguardados, nomeadamente: os conhecimentos que os demais investigadores possuem relativamente à problemática em estudo, e não menos importante, ir ao encontro dos objetivos do estudo traçados inicialmente.

Sendo assim, o tipo de estudo que as mestrandas consideraram mais adequado para a efetivação do trabalho de investigação, foi o «Tipo de Estudo Descritivo, Exploratório e Transversal».

Considerou-se ser este o tipo de estudo o mais pertinente, porque no que diz respeito ao «Tipo de Estudo Descritivo», o mesmo tem como objetivo, “discriminar os fatores

determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.” (Fortin, 1999: 162)

Este tipo de estudo permitiu-nos evidenciar determinado fenómeno, visto que com a investigação descritiva são fornecidas “informações sobre as características das pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos.” (Fortin, 1999:371)

No que concerne ao «Tipo de Estudo Exploratório», Fortin (1999: 184) atesta que, “as investigações do tipo experimental caracterizam-se pelo estudo das relações de causalidade.”

Assim sendo, pode-se verificar se imperaram ou não relações de causa/efeito, com fim a explicar e/ou prever determinado resultado, principalmente porque, a investigação experimental assume-se como sendo “objetiva e sistemática realizada com o objetivo de explicar, prever e de controlar fenómenos.” (Fortin, 1999: 371)

Por fim, pensámos que o «Tipo de Estudo Transversal» também se harmonizava ao nosso estudo de investigação, uma vez que se pretendia identificar, analisar e expor as características de uma determinada população, num momento particular, procedendo à posteriori, à sua análise e descrição de imediato (tal como foi feito).

O Diagnóstico de Situação «é o primeiro passo» do planeamento em saúde, devendo desde logo harmonizar-se com as necessidades da população «beneficiária».

Perante a existência de um projeto, entende-se que o mesmo proporcione a satisfação de uma, ou das necessidades identificadas.

Neste sentido, elaborar um Diagnóstico da Situação de Saúde implica “à partida, o conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade.” (Tavares, 1990: 51)

O «problema de saúde», na visão de Tavares (1990: 51), “corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pelas coletividade.”

A «necessidade» “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado.” (Tavares, 1990: 51)

Ainda assim, no que respeita ao conceito «necessidade», o mesmo encontra-se relacionado com a existência de «necessidades reais», e/ou «necessidades sentidas». Nas «necessidades sentidas», as mesmas poderão ser «necessidades expressas» e/ou «necessidades não-expressas».

Todavia, é importante realçar que o Diagnóstico de Situação torna mais amplo o conceito de «necessidade», isto porque, “ diagnóstico envolve uma noção da causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidade.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 45)

O Diagnóstico de Situação para além de suficientemente alargado deve ser aprofundado, sucinto, rápido, claro e coincidir com às necessidades do planeamento, uma vez que “a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programas ou atividades.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 43)

Sendo assim, reportando-se a mestranda para o Diagnóstico da Situação de Saúde “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre”, o mesmo foi realizado pelas mestrandas, na ESMS.

A escolha da escola anteriormente referida, para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi-nos indicada pela Senhora Professora Doutora Maria Filomena Martins, Professora Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem (no qual a mestranda se insere), e Professora da Unidade Curricular Enfermagem Comunitária, adjacente à qual desenvolvemos o Diagnóstico da Situação de Saúde, ao abrigo de um «projeto trabalho conjunto» Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP] vs. Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre [ESMS].

A população-alvo correspondeu aos alunos adolescentes que frequentavam o 7.º e 8.º Ano de Escolaridade, durante o Ano Letivo 2012/2013, perfazendo um total de 232 alunos.

Embora estivessem previstos 269 alunos, só participaram no estudo os 232 alunos como referido anteriormente, dado imperarem Encarregados de Educação que não consentiram a participação dos seus educandos no estudo, e por motivos de não presença aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados, apresentado em sala de aula.

Com a realização do Diagnóstico ambicionou-se analisar as atitudes dos adolescentes face a «Hábitos de Vida Saudáveis».

“A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar”. (Fortin, 1999: 239)

Neste sentido, atendendo ao que se pretendia analisar, as mestrandas recorreram a um trabalho com metodologia quantitativa, elegendo como instrumento de colheita de dados o «Questionário».

O questionário “é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.” [Ainda assim, a sua aplicabilidade na metodologia quantitativa possui grande interesse porque], “ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999: 249)

Aplicou-se como instrumento de colheita de dados um questionário já validado (Anexo II), tendo sido o mesmo preenchido pelos próprios sujeitos da investigação de forma voluntária e anónima, e não pelos investigadores, após consentimento prévio dos encarregados de educação (Apêndice II).

Dado o grande número de questionários a aplicar, 11 turmas no total, do 7.º e 8.º Ano respetivamente, existiu a necessidade de dividir os elementos do grupo em dois, ou seja, dois grupos de duas mestrandas. Esta articulação do grupo, conjuntamente com a direção da ESMS, permitiu uma aplicação mais célere de todos os questionários previstos, diminuindo a interferência nas atividades escolares das turmas selecionadas.

A aplicação dos questionários foi então efetuada pelas mestrandas nos dias 13 e 14 de maio de 2013, na ESMS, obtendo um número total de 232 questionários respondidos.

Do número de questionários previstos inicialmente (269), não responderam os alunos não autorizados pelos encarregados de educação, e os que faltaram no dia da sua aplicação.

O referido questionário (Anexo II) encontra-se dividido em oito partes distintas, de acordo com temas/dimensões, que descrevo em seguida:

- I. **Dados Gerais** (Idade, Sexo, Ano Escolar, Área de residência e com quem vive, Profissão, escolaridade e situação de emprego do pai e mãe);
- II. **Alimentação e Exercício Físico** (Número de refeições por dia, realização das refeições principais, Alimentos ingeridos nas refeições principais, quantidade de água ingerida diariamente, Realização de exercício físico, tipo, duração e frequência);
- III. **Saúde Oral** (Número de cáries, Número de escovagens por dia, frequência de idas ao dentista, Consumo de doces);
- IV. **Sono e Repouso** (Número de horas de sono por dia);
- V. **Segurança e Prevenção de Acidentes** (Viagens entre casa e escola, Frequência de praias/piscinas, acidentes ocorridos);
- VI. **Consumos** (Consumo de Álcool, Tabaco, e outras substâncias ilícitas);

VII. **Situações de Risco** (Violência na escola, Problemas de Saúde Mental, Nível de ansiedade antes dos testes e exames);

VIII. **Saúde Sexual e Reprodutiva** (Aceitação do corpo, Reconhecimento da importância do amor nos relacionamentos, Início da atividade sexual, Uso de contraceptivos, Esclarecimento de dúvidas e diálogo sobre o tema).

Uma vez aplicados os questionários, as mestrandas procederam ao tratamento dos dados utilizando o *software* SPSS® [Statistical Package for the Social Sciences], versão 21.0 para *Windows*, tendo sido criada uma base de dados, onde os mesmos foram introduzidos informaticamente.

Neste estudo, os questionários foram numerados pelas mestrandas de forma aleatória, e os dados foram introduzidos de acordo com a sequência e ordem do questionário, o que facilitou a sua introdução e posterior análise dos mesmos.

Por conseguinte, os resultados obtidos revelaram que:

I – Dados Gerais: a idade dos adolescentes inquiridos variou entre 12 e 17 anos, sendo que a maioria dos adolescentes tinha entre 13 (38,4%) e 14 anos (37,9%). O sexo feminino foi o mais representativo da população, com 122 indivíduos (52,6%).

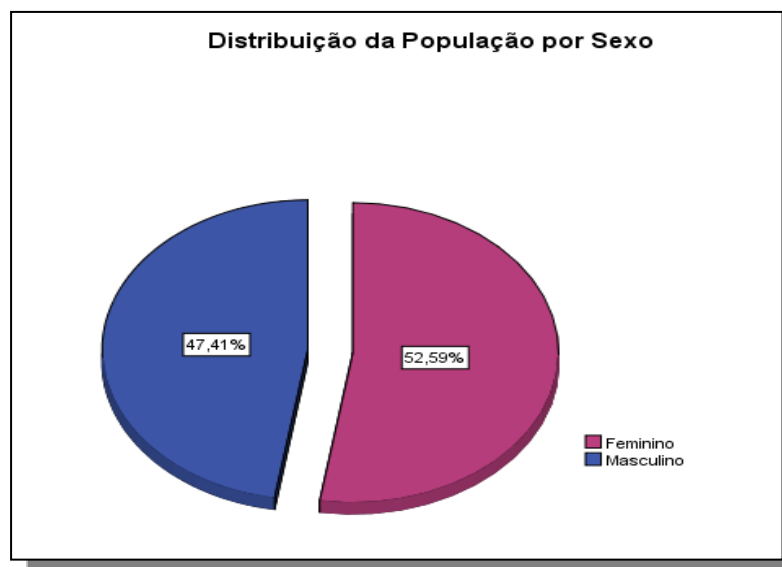


Gráfico n.º 1 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Sexo.

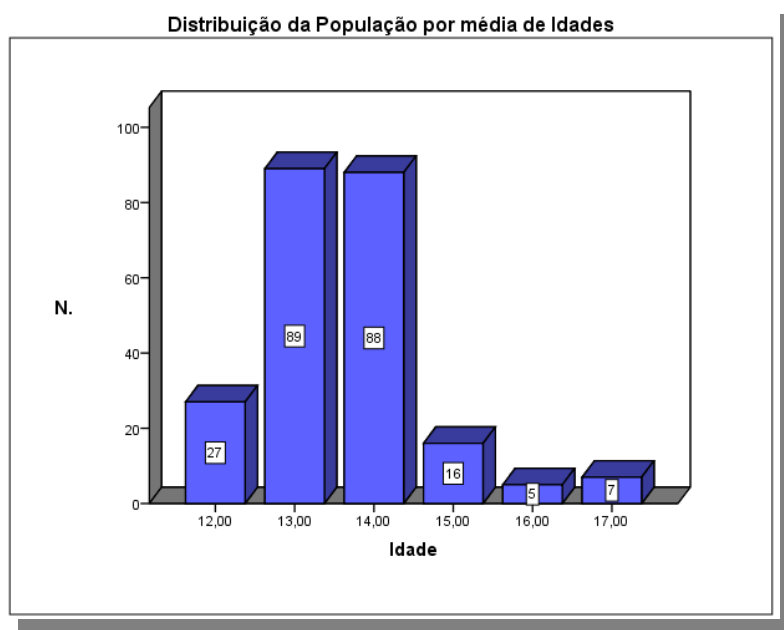


Gráfico n.º 2 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Idades.

Verificou-se que a maioria dos adolescentes vive em famílias nucleares, sendo que (50,4%) vive com os pais e irmãos, e (24,6%) vive com apenas com os pais. O número de alunos que vive com famílias monoparentais, só com a mãe ou só com pai respetivamente foi de (6.9%) e (0.9%).

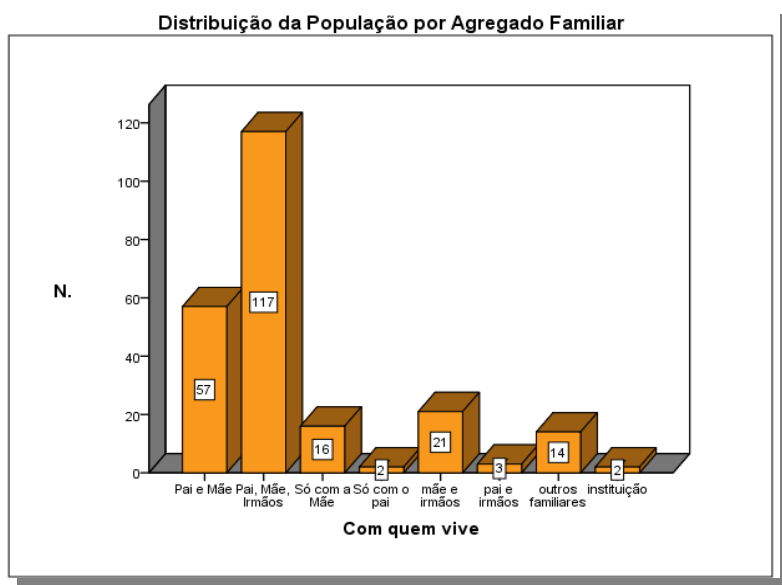


Gráfico n.º 3 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Agregado Familiar.

No que diz respeito à área de residência, verificou-se que a maioria dos adolescentes da ESMS a frequentar o 7.º e 8.º Ano de Escolaridade residiam na cidade de Portalegre (66,4%), contrapondo com 33,6% a residir na periferia.

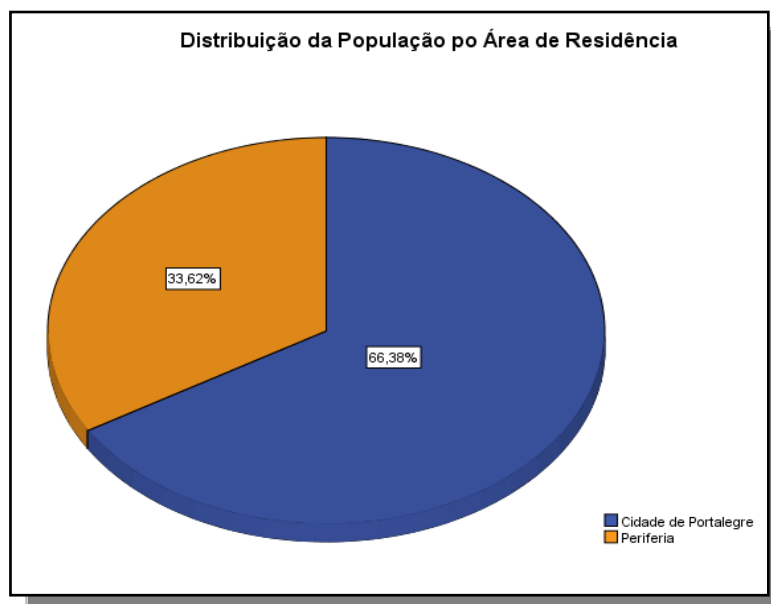


Gráfico n.º 4 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Área de Residência.

No que concerne ao índice de escolaridade dos encarregados de educação, as mestrandas apuraram que a maioria são detentores do Ensino Secundário (27,8% os pais, e 25,8% as mães) e Ensino Superior (26,1% os pais e 41,6% as mães).

Em ambos os sexos dos encarregados de educação constatou-se pouca representatividade de encarregados de educação sem escolaridade, nomeadamente 0,6% os pais, e 6,8% as mães.

Detentores do Primeiro Ciclo de escolaridade, contactou-se 8,3% no caso dos pais, e 6,8% das mães. Com o Segundo Ciclo de escolaridade, os pais com valores para 12,2% e as mães com 6,8%.

Segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2010), as profissões que estes exercem são maioritariamente do Grupo 3 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (21% os pais e 37,9% as mães) e Grupo 6 – Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores (Pais com 23,7% e mães 20,7%).

A maior parte dos pais estão empregados (85,1% os pais e 84,1% as mães), sendo a percentagem de indivíduos desempregados e reformados pouco significativa, atingindo o desemprego no caso dos pais (10,3%), e nas mães sobe ligeiramente (15,4%).

No que diz respeito à altura, 1,60 m foi a altura mais referida pelos adolescentes, sendo a média de $\mu=1,61m$.

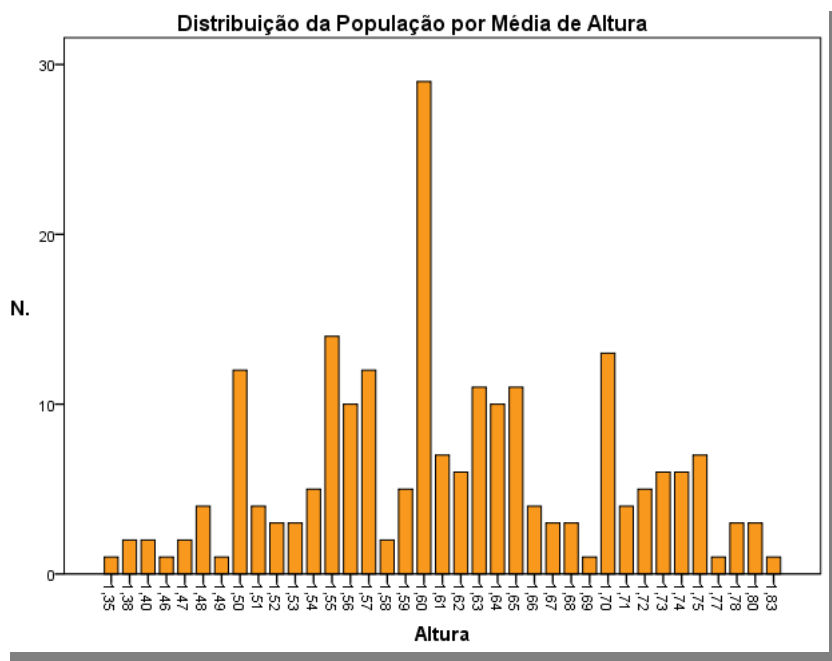


Gráfico n.º 5 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Altura.

No que concerne ao peso dos adolescentes, constatou-se que a média de peso dos adolescentes foi de $\mu=52,30$ kg, e a moda de $Mo=50$ kg.

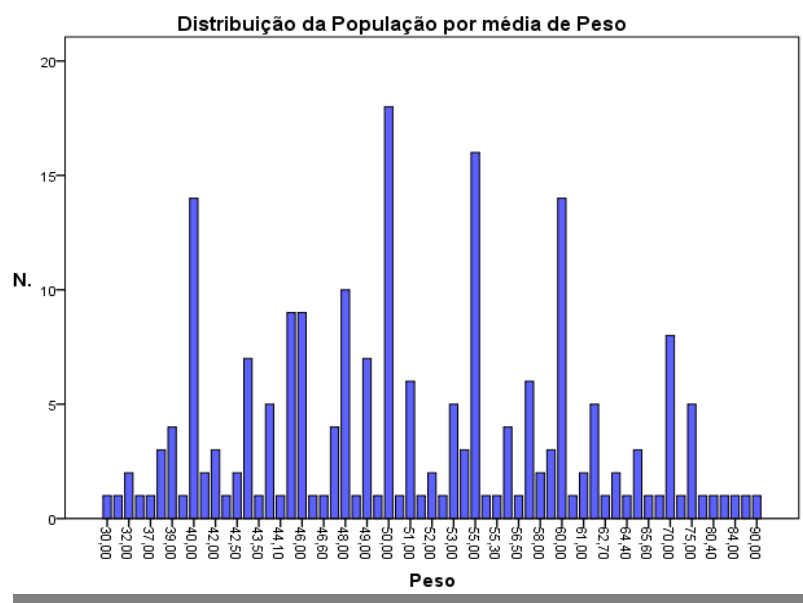


Gráfico n.º 6 – Distribuição da População do Diagnóstico da Situação de Saúde por Média de Peso.

II - Alimentação e Exercício Físico: No que diz respeito à frequência com que os adolescentes ingerem o pequeno-almoço, verificou-se que a resposta mais evidenciada foi “sempre”, ou seja, maioritariamente todos os adolescentes ingerem o pequeno-almoço antes de sair de casa para a escola, sendo que (69,7%) das respostas corresponderam ao sexo feminino e (78,2%) ao sexo masculino.

Pudemos constatar que a percentagem de adolescentes que saem de casa sem comer foi muito baixa, atingindo (3,3%) nas raparigas, e (1,8%) nos rapazes.

Os alimentos serem mais consumidos ao pequeno-almoço: foram o leite com (71,9%) seguido dos cereais com (57,9%). O pão e o iogurte também possuíram algum destaque nas escolhas dos adolescentes com (45,2%) e (23,7%) respetivamente. Os alimentos menos consumidos foram os sumos de fruta com (7%) e os refrigerantes com (2,2%).

A maior parte dos alunos referiu que toma frequentemente o lanche a meio da manhã, sendo os rapazes quem mais o referiu fazer (37,3%) atingindo as raparigas uma percentagem de 33,6%. A percentagem de alunos que referiu “nunca toma o lanche da manhã” foi pouco significativa, sendo os rapazes quem mais o referiu (4,5%), estando o valor percentual muito próximo do respondido pelas raparigas (4,1%).

No que diz respeito aos alimentos mais consumidos no lanche a meio da manhã verificou-se que são os Bolos/Bolachas com (53,8%) e o pão com (48,9%) que são mais apetecidos pelos adolescentes, contrapondo com (9,7%) e (10%) da fruta e chocolates respetivamente que foram descritos como os alimentos menos consumidos.

Relativamente ao lanche da tarde, a maior parte dos alunos referiu que o come “sempre”, sendo os rapazes quem mais o referiu fazer (47,3%). A percentagem de alunos que mencionaram “nunca” consumir lanche a meio da tarde foi pouco significativa na população estudada, sendo que, as raparigas referiram (2,5%) e os rapazes (1,8%).

No lanche da tarde, os alimentos mais consumidos foram o pão (64,8%), o leite/iogurte (50,2%) e os bolos ou bolachas (43,2%).

Nas refeições principais verificou-se a existência de percentagens elevadas no que se refere ao consumir de sopa (79,3%), prato principal (95,3%), salada (50,4%), fruta (68,1%) e ingestão de água (60,3%). Os doces, sandes, refrigerantes, e o vinho/cerveja apresentaram percentagens inferiores a 20%.

Porém, N=10 adolescentes (4,3%) referiram consumir vinho e cerveja nas principais refeições.

Quanto à prática de exercício físico, constatou-se que são os adolescentes do sexo masculino quem mais praticam exercício físico, com 87%. Todavia, o sexo feminino apresentou percentagens não muito inferiores, com 81%.

No que diz respeito à frequência com que os adolescentes se dedicam à prática de exercício físico, observou-se que os rapazes têm uma prática desportiva mais intensiva (3 a 5 vezes por semana), comparativamente às raparigas (1 a 2 vezes por semana).

Quanto à duração da prática do exercício físico, constatou-se que em ambos os sexos, os adolescentes referiram praticar exercício físico “de 60 a 120 minutos diários”. Ainda assim, em termos da duração da prática de exercício físico foi o sexo feminino com 71,3%, que obtém percentagens mais elevadas comparativamente ao sexo masculino com 63,2%.

III – Saúde Oral: No que se refere o número de cáries, a estatística demonstrou que mais de metade da população do estudo não apresentou problemas de saúde oral, sexo masculino (54,1%), e no sexo feminino com (57%), quando referiram «zero caries». Todavia, no que se refere ao ter «mais que seis cáries», apesar de pouco significativo em termos de percentagem, os rapazes apresentam (7,1%) e as raparigas (13%).

Relativamente ao número de vezes que os adolescentes referiram que escovam os dentes, verificou-se com percentagens mais elevadas «duas escovagens por dia», o que significou (54,1%) dos adolescentes do sexo feminino e (52,7%) dos adolescentes do sexo masculino.

No que se refere às idas ao dentista, apurou-se que a percentagem mais alta foi a resposta de “6 em 6 meses”, sendo o sexo feminino com percentagens de (37,2 %), e os adolescentes do sexo masculino com (30,8%). A resposta “outro” também apresentou valores consideráveis (20,7%) no sexo feminino, e (15,9%) no sexo masculino. Sendo esta uma resposta aberta, muitos adolescentes atestaram que vão mensalmente ao dentista por “usarem aparelho”.

IV – Sono e Repouso: Em relação ao Sono e Repouso dos adolescentes pudemos verificar que a Média de Sono foi de $\mu=8$ horas e meia (8,32) e a $Mo=8$ horas.

Porém, é de realçar que obtivemos 51 alunos a referir que dormem menos de 8 horas por dia, o que pode interferir com a sua capacidade de atenção e desempenho escolar.

Ainda assim, em 232 alunos inquiridos, imperaram $N=67$ com (29,8%) que referiram dormir pelo menos 8 horas por noite, $N=58$ com (25,8%) que dorme pelo menos 9 horas por noite, e por fim, $N=38$ com (16,9%) que dorme pelo menos 10 horas por noite.

Deste modo, totalizando os adolescentes anteriormente referidos, existiu um total de 163 adolescentes, o que fez mais de metade da nossa população do estudo inquirida, que possui um «padrão de sono saudável», no que concerne aos seus hábitos de vida perante o sono.

V – Segurança e Prevenção de Acidentes: De acordo com os dados obtidos, concluiu-se que o acompanhamento dos adolescentes em estudo nas deslocações casa/escola é realizado na sua maioria pelos pais. Na sua maioria, foi o sexo feminino que privilegiou o acompanhamento dos pais com (51,6%), procedido do acompanhamento de amigos/colegas com (33,6%).

No que concerne aos adolescentes do sexo masculino, os mesmos também evidenciaram o acompanhamento dos pais com (50%) e em segundo plano, os amigos/colegas com (23,1%).

Para as deslocações entre a casa e a escola, o meio de transporte referido a ser mais utilizado foi o automóvel, seguido dos transportes públicos. No caso do automóvel, foram os adolescentes do sexo masculino quem mais o referiram com (56,5%). Já no caso dos transportes públicos, foram as raparigas maioritariamente que mencionaram recorrem a este meio de transporte com (26,2%). Curiosamente, no sexo feminino não imperou qualquer adolescente a referir deslocar-se no trajeto casa/escola de bicicleta.

Quanto à utilização do capacete quando os adolescentes andam de bicicleta ou de mota, percebemos que a maioria dos inquiridos, em ambos os sexos, não têm como prática comum o uso deste dispositivo. O sexo feminino apresentou N=74 com (63,8%), e o sexo masculino N=61 com (57,5%), o que de certa forma nos evidenciou dados preocupantes, já que, em termos de hábitos de vida, tal comportamento não se demonstra o mais assertivo, podendo em alguma situação, colocar em risco a vida destes jovens adolescentes.

Nos momentos de lazer os adolescentes procuram praias ou piscinas que tenham vigilância/nadador-salvador, sendo as raparigas que mais cumprem as bandeiras com (56,7%) contra (38,9%) dos rapazes.

No que concerne à utilização de proteção solar, foram as raparigas quem o mais o prática, com (47,9%). No entanto, também os adolescentes do sexo masculino relevam preocupação em fazê-lo, apresentando (33,9%).

Quando questionados sobre o tempo que passam expostos ao sol, em ambos os sexos constatou-se que é durante o período “Até as 11:30 e/ou a partir das 16:00”, apresentando o sexo feminino N= 79 com (65,8%) e o sexo masculino com N=68 com (63,6%).

Ainda assim, observou-se que logo a seguir ao cumprir de um horário que em termos de hábitos de vida beneficia os adolescentes inquiridos, verificou-se que as percentagens mais altas foram as do horário exposição ao sol “Durante todo o dia”, apresentado as raparigas com (33,3%) e os rapazes com (28%).

VI – Consumos (Consumo de Álcool, Tabaco, e outras substâncias ilícitas): Na **ingestão de bebidas alcoólicas**, constatou-se que da população em estudo, «a maioria já o fez», sendo os rapazes que apresentaram uma percentagem mais elevada com N=58 (52,7%), mas com uma diferença pouco significativa em relação ao sexo feminino, que apresentou N= 63 (51,6%).

No que diz respeito ao não consumo de bebidas alcoólicas, no total da população-alvo, o sexo feminino apresentou N=99 com (81,1%) e o sexo masculino apresentou N=93 com 85,3%. Totalizando o total dos adolescentes que referiram “nunca ter ficado embriagados”, observou-se que 192 alunos adolescentes possuíam hábitos de vida saudáveis, quanto ao consumo de álcool.

Contudo, no caso dos adolescentes que já ficaram embriagados, verificou-se que foi o sexo feminino que possuiu percentagens mais elevadas, apresentando N=23 com 18,9%, contra N=16 o que corresponde a 14,7% do sexo masculino.

No que respeitou ao **consumo de tabaco** observou-se que a maioria dos adolescentes inquiridos em ambos os sexos não consumiu tabaco. Os rapazes apresentam N=91 com (83,5%), e as raparigas N=70 com (59,8%). Contudo, verificou-se que em termos da população que já consumiu tabaco, foi o sexo feminino quem mais se evidenciou, com N=47, o que correspondeu a (40,2%) da população inquirida, comparativamente ao sexo masculino, que apresentou N=18 com (16,5%).

Em termos da frequência do consumo de tabaco, o sexo feminino apresentou N=15 com (32,6%), o que correspondeu ao “Nunca”. Todavia, a percentagem que logo mais se evidenciou foi N=14 (30,4%), que correspondeu ao facto de as raparigas consumirem tabaco “Ocasionalmente”. O sexo masculino, N=6 (33,3%), referiu que em termos de consumo de tabaco, fá-lo “Ocasionalmente”, mas em segundo plano verificou-se que “Nunca” o fazem.

Na frequência “Diariamente”, em termos globais, constatou-se que imperam N=13 adolescentes que «o fazem», sendo N= 9 do sexo feminino (19,65), e N= 4 adolescentes do sexo masculino com (22,2%).

Ao consumo de **outras substâncias ilícitas**, os adolescentes responderam maioritariamente que não consomem tais substâncias. Embora se tenha verificado que em 232 alunos adolescentes inquiridos, a maioria não consome substâncias ilícitas, entre o sexo feminino e masculino, existiram N= 10 adolescentes a mencionar que já o «fizeram ou fazem», sendo o sexo feminino que está na frente do consumo como primeira experiência, com N=8 (6,7%), para N=2 (1,8%) do sexo masculino.

No que diz respeito à substância mais consumida entre os adolescentes, verificou-se que foi o *haxixe* o mais mencionado, onde o maior consumo é por parte das raparigas, dado que N=3 (42,9%) indivíduos deste sexo indicaram esta resposta.

Relativamente à frequência do consumo, foi também o sexo feminino que assumiu maior percentagem neste item. Assim, nas respostas “ocasionalmente” e “semanalmente” apresentaram N=5 (62,5%) e N=1 (12,5%) respetivamente.

VII – Violência e Saúde Mental: No que concerne a esta temática, constatou-se que a maioria dos adolescentes referiu que não foi vítima de violência na escola.

Ainda assim, em 232 adolescentes, 45 jovens assinalaram ter sido «vítimas de violência na escola», o que merece especial atenção tanto pela parte da comunidade escolar, como em termos de promoção de saúde. Observámos que foi o sexo feminino que apresentou valores mais elevados de violência na escola correspondendo a N=31 com (25,6%), comparativamente ao sexo masculino com N=14 o que correspondeu a (12,7%).

Ao tentarmos analisar quais os tipos de violência que os adolescentes «são vítimas» na ESMS, pudemos verificar o seguinte: O sexo feminino referiu todos os tipos de violência, porém foi a violência verbal a mais referida com (77,4%), seguiu-se a violência psicológica com (45,2%) e a violência física com (32,3%). No que diz respeito à violência sexual, a mesma foi referida apenas por um adolescente do sexo feminino. Ainda assim, no sexo masculino, a “violência física” foi a que apresentou valores mais elevados (69,2%), seguindo-se a “violência psicológica” com (53,8%), e por fim a verbal com (46,2%).

Os adolescentes do sexo masculino não referiram ter sido vítimas de violência sexual.

Dos adolescentes vítimas de violência, pudemos verificar que a maioria referiu que foram os colegas os responsáveis por esta violência, sendo isto referido por N=23 raparigas e N=10 rapazes. Na resposta aberta “outros” observaram-se algumas respostas, indicando que tinham sido vítimas de violência por parte dos “Neaguers”.

Questionámos os nossos adolescentes, sobre o facto se já tiveram ou possuem algum problema de saúde mental. Perante tal, constatámos que a grande maioria dos inquiridos referiu não sofrer ou ter sofrido de nenhum tipo de problema de Saúde Mental.

Verificou-se apenas no sexo feminino N=2 com (1,7%), e no sexo masculino N=1 com (0,9%), já terem sofrido determinado problema de saúde mental.

Quando questionados quanto à tipologia do problema, no que concerne aos dois inquiridos do sexo feminino, o problema encontra-se relacionado com o “divórcio dos meus pais”. O inquirido do sexo masculino referiu, “por causa da morte da minha mãe”.

Relativamente à importância atribuída ao desempenho escolar e às notas, verificou-se que o sexo feminino atribui “máxima importância” com (38,7%), enquanto o sexo masculino atribui como “importante” com (56,7%).

Pudemos verificar que a maioria dos adolescentes referiu sentir medo ou ansiedade nos testes e exames, sendo de salientar que foi o sexo feminino que apresenta a percentagem mais elevada, com N= 95 (77,9%), contra N= 54 (50,5%) do sexo masculino.

VIII – Saúde Sexual e Reprodutiva: Na questão “aceitação do corpo tal como ele é”, verificou-se que no sexo feminino a maioria respondeu que “concorda”, com uma percentagem de (35,2%), enquanto no sexo masculino, a maioria respondeu que “concorda totalmente”, com uma percentagem de (60%).

Ao serem questionados sobre se reconhecem que o “afeto ou amor devem existir nos relacionamentos sexuais”, observou-se que a maioria dos adolescentes inquiridos “concorda totalmente”, o sexo masculino que apresenta N= 63 o que correspondeu a (58,9%), contra N=54 com (45%) do sexo feminino.

No que concerne ao início da atividade sexual, verificou-se que a maioria dos adolescentes inquiridos ainda não a iniciou.

Todavia, observou-se que na totalidade da população-alvo do estudo, existem adolescentes que já iniciaram a sua atividade sexual N=32. Reportando a análise dos dados em termos de sexo, foram os rapazes com N=21, o que correspondeu a (19,4%), que possuíram percentagens mais elevadas, comparativamente ao sexo feminino que apresentou N=11, com (9,2%).

De entre os adolescentes que responderam que “já tinham iniciado a sua atividade sexual” (N=32), percebemos que a média de idades com que foi realizada foi cerca de $\mu=13,18$.

No que diz respeito à análise dos dados em termos dos adolescentes “utilizarem algum método contraceptivo ou proteção nas suas relações sexuais”, constatou-se que ambos os sexos o fazem. Todavia, no sexo feminino, imperaram N=2 jovens adolescentes que referiram “não utilizar qualquer método contraceptivo ou proteção” nas relações sexuais.

Em termos do sexo masculino, houve N= 1 adolescente que referiu “não utilizar” também qualquer método ou proteção, mas também se verifica que existe um outro adolescente que quando inquirido não sabe e/ou não responde.

No que toca ao método contraceptivo ou de proteção utilizado pelos adolescentes inquiridos que já iniciaram a sua atividade sexual (N=32), observou-se que em ambos os sexos foi o “preservativo masculino”.

Na questão “com quem se sente à vontade para falar sobre sexualidade?” a maioria dos adolescentes e em ambos os sexos, referiram que é com os “amigos” que mais falam sobre esta temática, sexo feminino apresentou N=86, e os rapazes N=81. É de salientar que de seguida, com percentagens mais elevadas aparecem os “pais”, sexo feminino manifestou-se com N=37, e os rapazes N=33.

Os “professores” constituem o grupo de individualidades que possuem percentagens mais baixas com N=3 (2,5%) para o sexo feminino, e N=7 (6,6%) para o sexo masculino.

A resposta “outros” era de questão aberta e muitos adolescentes referiram que falavam com “namorado(a), com primos, madrinha, irmãos, e até animais”.

Por fim, e curiosamente, existiu ainda um elevado número de adolescentes que referiu “não falar com ninguém”, mencionando tal facto na resposta aberta “outros”.

Deste modo, ao nível do sexo feminino existiram N=37 raparigas que “não falam sobre sexualidade” “com ninguém”, e ao nível do sexo masculino contabilizou-se N=40 rapazes.

Por conseguinte, com base nos resultados obtidos do Diagnóstico de Situação, foram identificados problemas e determinadas necessidades relacionadas com as atitudes dos adolescentes em análise face a «Hábitos de Vida Saudáveis».

2.1.1 – Problemas Identificados

Tendo por base o Diagnóstico de Situação efetuado, em termos de «Problemas Identificados», as mestrandas concluíram que as áreas prioritárias com vista a intervenção comunitária seriam as temáticas relativas ao: consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas; a violência na escola, nomeadamente *Bullying*, e no que concerne a Saúde Sexual e Reprodutiva, uma vez que:

- ⇒ Em relação ao **consumo de álcool**, verificou-se que a maior parte dos adolescentes já consumiu (52,7% os rapazes e 51,6% as raparigas). Torna-se fulcral referir que, embora com percentagens relativamente baixas, imperaram ainda assim adolescentes, tanto do 7.º como do 8.º ano (de ambos os sexos) que “ingerem bebidas alcoólicas (vinho/cerveja) às principais refeições”, o que demonstra um conhecimento inadequado sobre os efeitos inconvenientes do seu consumo, em idades tão jovens.
- ⇒ Relativamente ao **consumo de tabaco**, as percentagens dos adolescentes que já iniciaram o consumo desta substância foram de (40,2%) no sexo feminino e de (16,5%) no sexo masculino. Todavia, quando se fala de um consumo de tabaco mais regular, são os rapazes que mais o referiram.
- ⇒ O **consumo de substâncias ilícitas**, também foi mencionado por estes adolescentes (6,7% as raparigas e 1,8% os rapazes). A substância mais referida foi o *Haxixe*, tendo sido referida em maior número por adolescentes do sexo feminino N=3. Relativamente a esta dimensão, os resultados obtidos apresentaram percentagens baixas, porém importa referir que se tratou de adolescentes do 7.º e 8.º Ano de Escolaridade, com uma média de idades de 13 anos.
- ⇒ Em relação ao **Bullying**, constatou-se que a maioria dos adolescentes nunca foram vítimas de violência na escola, no entanto, em 232 inquiridos, existiram 45 jovens adolescentes que o manifestaram. O sexo feminino apresentou valores mais elevados com N=31 raparigas a referi-lo (25,6%) e o sexo masculino apresenta 12,7%, correspondendo a N=14 rapazes. Estes valores merecem especial atenção, tanto por parte da comunidade escolar, como pelos profissionais de saúde, uma vez que pode interferir com a saúde física e psicológica dos adolescentes.
- ⇒ No que diz respeito ao **início da atividade sexual**, verificou-se que a maioria dos adolescentes ainda não iniciou a sua atividade sexual, havendo no entanto N=21 rapazes e N=11 raparigas a referir já ter iniciado a mesma. A média aferida do

início da atividade sexual foi de 13 anos, mas verificaram-se diferenças entre os sexos, sendo o sexo masculino a referir o início da atividade sexual precoce.

- ⇒ Constatou-se ainda que a maioria dos adolescentes encontram-se informados quanto à **utilização de métodos contraceptivos**, sendo que quase todos referem utilizar preservativo. Ainda assim, verificámos em três casos (duas raparigas e um rapaz), que não utilizam qualquer tipo de contraceção. Este resultado merece especial atenção pois poderá ser sinal de desconhecimento, e/ou falta de acompanhamento por parte dos pais, familiares e/ou profissionais de saúde.
- ⇒ Ao **falar sobre sexualidade**, os adolescentes falam na maior parte dos casos, com os “amigos” o que pode ser uma lacuna para a aquisição de conhecimentos fundamentais nesta área, sendo assim necessário o desenvolver de promoção e educação para a saúde, junto da comunidade adolescente.

Uma vez averbados os principais problemas identificados pelas mestrandas face aos resultados obtidos do Diagnóstico de Situação, torna-se premente justificar a pertinência dos mesmos, uma vez que “A Saúde é vital para a Educação. A Educação é vital para a Saúde.”

(DGS, PNSE 2014: 5)

Nesta linha de exposição, e indo ao encontro do Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 [PNSE 2014: 5] é tido à consideração que «a Saúde»:

“é o resultado da interação entre as pessoas e o seu ambiente, contribuindo as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) para melhorar as condições de saúde da comunidade educativa, o comportamento individual, a qualidade das relações sociais, a satisfação no trabalho, o ambiente escolar e a imagem da escola.”

Hoje em dia, dos técnicos de educação e de saúde espera-se que no cumprimento das suas funções, seja assumida uma atitude de *empowerment*, um dos princípios básicos da promoção da saúde.

Neste sentido, perante os resultados obtidos e tendo em conta que o Diagnóstico da Situação foi elaborado junto de uma população adolescente, os dados obtidos poderão ser considerados inquietantes, dado se tratar de uma população com uma média de idades de $\mu=13,59$ e moda de $Mo=13$ anos, que já consome bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas.

Foram identificados a existência de comportamentos violentos associados a fenómenos de *Bullying*. Quanto a questões de saúde sexual e reprodutiva, em alguns casos já foi

iniciada, e em certas situações não é utilizada qualquer tipo de contraceção. No que diz respeito a esclarecimento de dúvidas sobre a sua sexualidade, os adolescentes falam maioritariamente com «amigos», o que se considera diminuto tais «fontes de informação».

Deste modo, e indo ao encontro do enquadramento teórico, perante os problemas identificados, a mestranda pondera que a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados aos estilos de vida dos adolescentes, poderão ser prevenidos e/ou significativamente reduzido, através da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar.

Isto porque, no que concerne à prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, “a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas.” [Sendo que] “ (...) a promoção da autonomia e da responsabilização dos jovens, e a sua operacionalização implica, geralmente, qualquer atividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades (...)” da adoção de estilos de vida não saudáveis.

(DGS, PNSE, 2006: 17)

2.1.2 – Necessidades Determinadas

“As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 45)

O devido conhecimento das necessidades da população constitui-se terminante para o diagnóstico. Porém, no que concerne as «necessidade», tal como já foi referido anteriormente, e atendendo à ótica de Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993), as necessidades podem ser «reais» (identificadas pelo investigador), ou «sentidas» (podendo ou não ser expressas pelos indivíduos e/ou comunidades analisadas).

Neste sentido, dominaram «necessidades reais» identificadas pelas mestrandas em função dos resultados obtidos no Diagnóstico da Situação de Saúde, e foram identificadas «necessidades sentidas expressas» de acordo com um «Informante Privilegiado», nomeadamente o Exmo. Senhor Professor Diretor da ESMS António Luís Sequeira.

Um «informante privilegiado» “são pessoas que, pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.”

(Quivy & Campenhoudt, 2005:71)

A ESMS, no que respeita ao Ano Letivo 2013/2014, integrou o Projeto “Parlamento dos Jovens”, direcionado neste ano letivo para a temática: “Drogas, evitar e enfrentar as dependências.”

O “Parlamento dos Jovens” é desenvolvido a cada ano letivo, proposto pela Assembleia da República, com o objetivo de motivar as escolas básicas e secundárias portuguesas, para que junto dos seus respetivos alunos, os jovens reflitam sobre assuntos atuais e importantes da sociedade e possuam a capacitação de educar para a cidadania. O Projeto permite ainda, conhecer a Assembleia da República, bem como as regras do debate parlamentar, promove o debate democrático, incentiva a reflexão e discussão sobre um tema, proporciona a experiência de participação em processos eleitorais e estimula a capacidade de argumentação. A iniciativa é composta por três fases: Sessão Escolar, Sessão Distrital e, por fim, a Sessão Nacional. No Ano Letivo 2013/2014, contou com a participação de 367 escolas. (Fonte: Parlamento dos Jovens, 2014)

Dado a ESMS ser uma das Escolas que integrou o Projeto “Parlamentos dos Jovens” no Ano Letivo 2013/2014, e devido à peculiaridade da temática, o Exmo. Sr. Professor Diretor da ESMS e restante corpo da Direção, considerou por demais pertinente e justificável a necessidade de intervenção comunitária, no que respeita ao “consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”, constituindo deste modo uma «necessidade sentida expressa».

Neste sentido, em consonância com o averbado anteriormente, as mestrandas consideraram as seguintes necessidades:

- ⇒ Identificar o que é o álcool, tabaco e outras drogas ilícitas;
- ⇒ Esclarecer os adolescentes relativamente à problemática de “consumo de álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas”, tendo em conta os efeitos prejudiciais do seu consumo a curto, médio e/ou longo prazo;
- ⇒ Definir o fenómeno *Bullying*;
- ⇒ Evidenciar que o fenómeno *Bullying* foi uma realidade identificada na ESMS, no seio da população dos adolescentes inquiridos;
- ⇒ Esclarecer dúvidas relacionadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes inquiridos;
- ⇒ Validar o facto da importância que os adolescentes inquiridos atribuem à utilização de métodos contraceptivos nas relações sexuais;

⇒ Esclarecer os adolescentes inquiridos da importância de falarem com fontes de informação, nomeadamente: pais, professores e profissionais de saúde, no que respeita a questões de sexualidade, não se remetendo apenas aos «amigos».

Neste sentido, após análise às «necessidades determinadas», a mestranda destaca que emergiu ainda a necessidade de abordar as questões relativas ao consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas, violência na escola: *Bullying* e sexualidade, juntos dos adolescentes, indo ao encontro dos objetivos da saúde escolar, mais concretamente do PNSE (2006) e (2014), e Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril, que estabelece o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar.

Tal facto tem o seu fundamento, uma vez que deverá ser encarada a Saúde Escolar como uma «ferramenta» indiscutível, quanto ao seu papel na promoção e educação para a saúde, devido ao seu contributo para a criação de condições favorecedoras de saúde e de bem-estar, sucesso educativo e pessoal.

“A Educação para a Saúde dá ênfase à mudança voluntária e o seu foco são as atitudes e os comportamentos de saúde, o conceito de risco e perceção do risco.”

(Carvalho & Carvalho, 2006: XVI)

2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

“ A definição, escolha ou seleção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde. Aparece, por esse motivo, condicionada pela etapa anterior – o diagnóstico da situação – e determinará a seguinte – a fixação de objetivos.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 63)

A definição de prioridades constitui a segunda fase do planeamento em saúde, sendo que é nesta fase do planeamento que se visa um processo de tomada de decisão.

Nesta linha de exposição, tendo por base “o planeamento, a pertinência do plano, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto, torna-se necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema (s) se deve (m) tentar solucionar em primeiro lugar.” (Tavares, 1990: 83)

Por conseguinte, ao se tomarem decisões no que concerne aos problemas que se querem resolver em primeiro lugar, torna-se fulcral recorrer ao uso de critérios.

A escolha de critérios, bem como a atribuição da sua valorização “são uma tarefa importante porque dela resultará a lista final de prioridades.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64)

Ao se estabelecerem critérios os mesmos poderão ter determinados obstáculos, como é o caso da subjetividade, magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Na subjetividade, a escolha de critérios dependerá do gosto e experiência dos planificadores. Como tal, quanto maior for o grupo de investigadores e a sua multidisciplinidade, maior a probabilidade de ponderações.

O critério magnitude, caracteriza o problema pela sua dimensão. O critério da Transcendência é frequentemente utilizado valorizando as mortes por grupos etários.

Por fim, a vulnerabilidade, está associada a critérios em que impera a possibilidade de prevenção. (Fonte: Tavares, 1990: 86)

A etapa da definição de prioridades deverá “ser tão objetiva quanto possível.” [Ainda assim, ao depender] “das preferências e da experiência do próprio planificador (...) facilmente esta etapa se torna bastante subjetiva”. (Tavares, 1990: 83)

Contudo, é nesta fase que “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).” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64)

Neste sentido, aos investigadores “não se lhes pede as suas perceções dos problemas existentes no seio da população, mas que se debrucem sobre o conjunto de problemas identificados na etapa anterior, ordenando-os prioritariamente.” (Tavares, 1990: 83)

Mediante a identificação dos problemas e determinadas as necessidades, dada a magnitude e vulnerabilidade que caracteriza a etapa da adolescência, a mestranda (em consonância com as respetivas colegas e coordenação do III Mestrado), atesta que não houve necessidade de recorrer a qualquer técnica que facilitasse a determinação de prioridades, uma vez que existia a possibilidade de intervir junto da população adolescente do estudo.

Por conseguinte, consideraram prioritário direcionar a sua atuação para a intervenção comunitária, a ser desenvolvida em sala de aula, recorrendo a meios tecnológicos, informáticos, e audiovisuais, de modo a tornar as sessões de educação para a saúde mais atrativas, motivadoras e passíveis do empoderamento dos indivíduos com fim a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Tal como é evidenciado por Arco (2013: 114), “A implementação de sistemas educativos que capacitem os indivíduos, grupos e comunidades para usufruir das potencialidades emergentes da sociedade da informação e do conhecimento representa uma estratégia essencial, incrementando a sua prosperidade e dos que os rodeiam, com base numa conceção de equidade e de inclusão, alicerçada na democratização do conhecimento e do acesso às oportunidades facultadas pelas tecnologias.”

Não obstante, a mestranda evidencia ainda que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, ao colaborarem com escolas promotoras de saúde [EpS], poderão possuir um papel proactivo como elementos promotores da saúde junto da população, no caso particular das mestrandas, uma população adolescente, principalmente ao se considerar que as “ intervenções educativas desempenham um papel central no fortalecimento da literacia em saúde.” (PNSE, 2014: 5)

2.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos arroga-se como a terceira etapa do planeamento em saúde.

“Na fase anterior foram seleccionadas as prioridades e já se conhece agora o âmbito do projeto a desenvolver.” (Tavares, 1990: 113)

No que respeita ao definir e formular de um objetivo, o mesmo dever-se-á adequar à situação que suscitou o planeamento em saúde, sendo:

- Pertinente (adequado às situações que suscitaram a intervenção); Preciso (contendo a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido);
- Realizável (não se deve constituir como um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado)
- Mensurável (possibilitando uma correta avaliação posterior).

(Fonte: Tavares, 1990: 116)

Ainda assim, a título de complementaridade, existem cinco elementos que deverão estar contidos na formulação dos objetivos, respetivamente:

- a natureza da situação desejada;
- os critérios de sucesso ou de fracasso;
- a população-alvo do projeto;

- o local de aplicação do projeto, e por fim,
- o tempo em que deverá ser atingido. (Fonte: Tavares, 1990: 117)

Por conseguinte, para a efetivação desta etapa do planeamento e posteriormente se proceder a uma avaliação dos resultados obtidos, existem 4 fases terminantes, nomeadamente:

- Seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- Determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- Fixação dos objetivos a atingir a medio prazo e por último,
- Tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

(Imperatori & Giraldes, 1993: 77)

Atendendo à seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, constitui-se fundamental atestar que um “indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77)

No planeamento em saúde dominam dois tipos de indicadores: indicadores de resultado ou impacto; ou indicadores de atividade ou de execução.

No que diz respeito aos indicadores de resultado ou impacto, os mesmos ambicionam “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema”. [Os indicadores de atividade ou de execução pretendem], “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 77-78)

Uma vez selecionado o indicador que melhor pode traduzir a dimensão atual dos problemas de saúde é importante proceder à determinação da sua respetiva Tendência.

Neste sentido, a tendência de um problema de saúde diz respeito “à evolução natural do problema caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 78)

A projeção da tendência constitui a “determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78). Para se proceder à sua realização é essencial recorrer a métodos de análise qualitativos e quantitativos.

Por fim, no que diz respeito à fixação dos objetivos, os mesmos são ponderados como enunciados “de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema,

traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo.” [A meta] “é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo.” (Tavares, 1990: 133)

Uma vez determinadas as prioridades, e atendendo tal como foi já referido anteriormente, que os objetivos devem adequar-se à situação que suscitou o planeamento em saúde, conter a exatidão do percurso a realizar e definir o novo estado a atingir, as mestrandas indo ao encontro do Projeto de Estágio que efetuaram em grupo definiram como objetivo geral:

- ⇒ Contribuir para a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 8.º e 9.º Ano, no Ano Letivo 2013/2014, da ESMS, em Portalegre.

Com objetivos específicos foram determinados os seguintes:

- ⇒ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas (Objetivo n.º 1);
- ⇒ Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas”, “Violência na Escola: *Bullying*” e “Sexualidade na Adolescência” (Objetivo n.º 2);
- ⇒ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, na adolescência (Objetivo n.º 3).
- ⇒ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito da Intervenção Comunitária desenvolvida no que respeita à aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis (Objetivo n.º 4).

Após o traçar dos objetivos, a mestranda destaca que os mesmos possuem a sua pertinência justificada, indo ao encontro do PAPES (2014: 5), onde se pode constatar que OMS preconiza que numa EpS, os alunos e restante comunidade, deverão ser capacitados a:

- “Cuidar de si e dos outros;
- Tomar decisões saudáveis, e tendo controlo sobre as circunstâncias da vida;
- Criar condições que conduzam à saúde (por meio de políticas, serviços, condições físicas / sociais);

- Desenvolver competências para a equidade, a justiça social e o desenvolvimento sustentável;
- Prevenir as principais causas de morte, doença e incapacidade: uso do tabaco, drogas e álcool, HIV / DST, má nutrição (sobre e subnutrição), sedentarismo, violência e lesões;
- Influenciar comportamentos relacionados à saúde: conhecimentos, crenças, habilidades, atitudes, valores, de apoio. ”

Ainda assim, a título pessoal, a mestranda evidencia que embora fosse parte complementar de um grupo (4 elementos onde se incluí respetivamente), para a efetivação do Estágio, a mesma possuiu aspirações pessoais, delimitando objetivos específicos para o seu desempenho, nomeadamente:

- ⇒ Promover a capacitação e empoderamento dos adolescentes do 8.º e 9.º Ano, no Ano Letivo 2013/2014, da ESMS de Portalegre, no âmbito da aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis, até ao final de janeiro de 2014;
- ⇒ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes do 8.º e 9.º Ano, no Ano Letivo 2013/2014, da ESMS de Portalegre, de acordo com os problemas identificados e as necessidades determinadas, até final de janeiro de 2014;
- ⇒ Adquirir Competências Específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

Nesta linha de exposição, uma vez definidos os objetivos em grupo, as mestrandas consideraram ser pertinente a elaboração de quadros, onde, de forma esquematizada, se enumeram as atividades, metas definidas, bem como os indicadores para cada objetivo específico traçado.

Quadro n.º 1 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 1)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RECURSOS	ATIVIDADES	METAS	INDICADORES DE ATIVIDADE OU EXECUÇÃO	TEMPO
<p>▪ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Direção e Professores da ESMS ▪ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ▪ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ▪ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de janeiro 2014.

**Quadro n.º 2 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo.
(Objetivo n.º 2)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RECURSOS	ATIVIDADES	METAS	INDICADORES DE ATIVIDADE OU EXECUÇÃO	TEMPO
<p>▪ Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas”, “Violência na Escola: <i>Bullying</i>” e “Sexualidade na Adolescência”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Direção e Professores da ESMS ▪ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ▪ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ▪ Obter 70% na visualização do vídeo dos adolescentes que assistiram à sessão “consumo de álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas” ▪ Que 70% dos adolescentes participem na realização do jogo 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de janeiro 2014.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de um vídeo alusivo à temática “consumo de álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas”; ▪ Elaboração de um jogo “perguntas e respostas” alusivo à temática “consumo de álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas”; ▪ Elaboração de um panfleto informativo alusivo à temática “Violência na escola: <i>Bullying</i>” 	<p>“perguntas e respostas” alusivo à sessão: “consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar 70% dos panfletos informativos aos adolescentes que assistiram à sessão: “Violência na Escola: <i>Bullying</i>” ▪ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de avaliação de satisfação, após a realização da Sessão de Educação para a Saúde. 	<p>N.º alunos que visualizaram o vídeo</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>N.º alunos previstos para visualizar o vídeo</p> <p>N.º alunos que participaram no jogo “perguntas e respostas”</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>N.º alunos previstos para participaram no jogo “perguntas e respostas”</p> <p>N.º panfletos informativos entregues</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p>N.º panfletos informativos previstos para entrega</p>	
--	--	--	--	--	--

Quadro n.º 3 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo. (Objetivo n.º 3)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RECURSOS	ATIVIDADES	METAS	INDICADORES DE ATIVIDADE OU EXECUÇÃO	TEMPO
<p>▪ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis na adolescência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Direção e Professores da ESMS ▪ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ▪ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Realização de Sessões de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ▪ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<p>N.º de reuniões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p> <p>N.º de sessões efetuadas _____ X 100</p> <p>N.º sessões previstas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de janeiro 2014.

**Quadro n.º 4 – Delimitação de Objetivo Específico: Recursos, Atividades, Metas, Indicadores de Atividade ou Execução e Tempo.
(Objetivo n.º 4)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RECURSOS	ATIVIDADES	METAS	INDICADORES DE ATIVIDADE OU EXECUÇÃO	TEMPO
⇒ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito da Intervenção Comunitária desenvolvida, no que respeita à aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ▪ Alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ▪ Direção e Professores da ESMS ▪ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Após Sessões de Educação para a Saúde, aplicar o Questionário de Avaliação de satisfação aos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde. 	<p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais no “modo como te sentiste durante a sessão” _____ X100</p> <p>N.º questionários entregues</p> <p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais na “Pertinência dos temas abordados” _____ X 100</p> <p>N.º questionários entregues</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até ao final de janeiro 2014.

				<p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais em “Modos como os temas foram abordados” _____ X 100</p> <p>N.º questionários entregues</p>	
				<p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais quanto a “Esclarecimento de dúvidas” _____ X100</p> <p>N.º questionários entregues</p>	

				<p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais em se “A sessão correspondeu às tuas expetativas?” _____ X 100</p> <p>N.º questionários entregues</p>	
				<p>N.º de respostas com nível de satisfação “Muito Satisfeito” ou mais quanto ao “Grau de satisfação da sessão em geral” _____ X 100</p> <p>N.º questionários entregues</p>	

Posto isto, a mestranda destaca que os indicadores de atividade ou execução definidos, os mesmos permitem quantificar atividades em prol da alcance de metas, que consequentemente permitirão atingir os objetivos.

Contudo, existe a referir que não foram definidos indicadores de resultado ou impacto em contexto da metodologia do planeamento em saúde, uma vez que estes obrigam a avaliação das alterações verificadas a médio, e/ou longo prazo nos problemas identificados.

No caso específico do estágio das mestrandas, tal situação não se verificou, dado o estágio possuir um curto limite temporal, respetivamente cerca de 4 meses e meio, e não estar previsto tanto pelo grupo, como pela mestranda, um novo contato com a população adolescente do estudo.

Ainda assim, a mestranda ambiciona ter contribuído para que 70% dos adolescentes envolvidos no estudo estejam capacitados e empoderados para a tomada de decisões saudáveis relativamente a «Hábitos de Vida Saudáveis».

2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A Seleção de Estratégias é a quarta etapa do processo de Planeamento em Saúde.

Esta assume-se como uma das etapas fundamentais do planeamento em saúde, uma vez que “pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 87)

Neste sentido, atendendo a uma definição de estratégias “em termos inovadores e criativos, pretende-se propor novas formas de atuação que permitem alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 87)

Aquando da elaboração de estratégias, na ótica de Imperatori & Giraldes, (1993: 87), dever-se-ão ter em linha de conta as seguintes fases:

- “Estabelecer os critérios de conceção das 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 objetivos (se necessário).”

Ainda assim, o escolher da melhor estratégia a utilizar, deverá ser feito de acordo com quadro dimensões, nomeadamente: custos (de cada estratégia); obstáculos (a cada estratégia); pertinência (de cada estratégia) e por fim vantagens e inconvenientes (de cada estratégia).

(Fonte: Tavares, 1990: 149)

Por conseguinte, a mestranda selecionou as seguintes estratégias:

- Articulação entre mestrandas do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, com a Equipa Coordenadora do III Mestrado, nomeadamente Exma. Senhora Professora Doutora em Enfermagem Maria Filomena Martins da ESSP.

Foram efetuadas reuniões quinzenais, entre as mestrandas e equipa coordenadora do III Mestrado, com vista ao delinear da estruturação do estágio, e no que respeitou ao seu decorrer.

▪ Envolvimento e articulação das mestrandas, com equipa coordenadora do III Mestrado e Direção da ESMS.

Realizou-se uma reunião com a direção da ESMS, onde foram expostos os objetivos do estágio, evidenciadas as temáticas com pertinência para a intervenção comunitária, definidas datas e respetivos locais para a realização das sessões de educação para a saúde.

Contudo, mediante solicitação da Direção da ESMS e restante corpo docente, foi elaborada uma apresentação em *PowerPoint*, com vista à apresentação do Diagnóstico de Saúde efetuado no Ano Letivo 2012/2013 (Apêndice VI), com o intuito de tomarem conhecimento dos resultados obtidos.

Com esta estratégia, ambicionou-se agilizar a racionalização e maximização dos diferentes tipos de recursos, necessários para o desenvolver das sessões de Intervenção Comunitária na ESMS.

▪ Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes do 8.º e 9.º Ano de Escolaridade, a frequentar o Ano Letivo 2013/2014, na ESMS.

No que respeita as planificações das sessões, as mesmas tiveram como fundamentação a «Teoria Cognitivo-Social» de Albert Bandura, dado se ter aspirado alterar ou modificar comportamentos considerados «não responsáveis» para a saúde dos adolescentes.

Deste modo, foram elaboradas três Sessões de Educação para a Saúde, em virtude dos objetivos traçados e das necessidades determinadas, sendo respetivamente:

- “Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas” (Apêndice VII);
- “Violência na Escola: *Bullying*” (Apêndice IX);
- “Sexualidade na Adolescência” (Apêndice XI).

Para a sessão de educação para a saúde “Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas”, as mestrandas elaboraram ainda um filme (Apêndice VIII) sobre a temática. No final da apresentação em *PowerPoint* e do filme, realizaram um «jogo de perguntas e respostas» relacionado também com a temática abordada, com a finalidade de interagirem com os adolescentes e tornando-os agentes participativos na sessão de educação para a saúde.

Para a sessão de educação para a saúde “Violência na Escola: *Bullying*”, as mestrandas para além da apresentação em *PowerPoint* sobre o tema, elaboraram um folheto informativo (Apêndice X) com vista a ser distribuído no final da sessão aos adolescentes, para que a título

de complementaridade tivessem em seu poder mais informação relativamente a esta problemática identificada.

Como estratégia, o planeamento das sessões de educação para a saúde ambicionou a envolvimento dos adolescentes no seu processo de saúde, com vista à aquisição e/ou manutenção de «Hábitos de Vida Saudáveis».

- Proporcionar aos adolescentes momentos de aprendizagem com a realização de sessões de educação para a saúde.

A Educação para a Saúde constitui-se como uma «ferramenta chave» para se promover a saúde. Neste sentido, os adolescentes ao participarem em momentos formativos face a temáticas consideráveis «problemáticas», tomam consciência dos seus riscos, tornam-se agentes sociais consciencializados, parte integrante de um ecossistema, passível de escolhas ao fomentarem a reflexão sobre aspetos da sua realidade.

A identificação «do risco» torna-se passível de acontecer, perante uma consciência crítica.

Como estratégia, a mestranda justifica a importância do empoderamento dos jovens adolescentes do estudo, por forma a adotarem comportamentos saudáveis na sua vida, minimizando e/ou erradicando prejuízos futuros.

- Contribuir para a consciencialização dos adolescentes sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis.

A realização de Intervenção Comunitária em termos de Educação para a Saúde têm o seu fundamento e elo estratégico, se a mesma tiver focalizada para que os jovens adolescentes apreendam e adotem estilos de vida saudáveis.

Como estratégia, a mestranda atesta que se torna fundamental capacitar os adolescentes para aprenderem e/ou apreenderem a mobilizarem conhecimentos sobre a aquisição de estilos de vida saudáveis, durante toda a sua vida.

- Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões.

As mestrandas elaboraram um questionário de avaliação de satisfação (Apêndice XII), com a finalidade de ser aplicado aos adolescentes que assistiram às sessões de educação para a saúde. Posteriormente foi feito tratamento e análise dos dados obtidos.

Como estratégia, a mestrada destaca que se desejou validar os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes do estudo, com a realização das sessões.

- Adquirir Competências Específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

Do seu percurso ao nível do III Mestrado em Enfermagem, e posteriormente com a elaboração do estudo, embora a mestranda fosse parte integrante de um grupo, a título particular constitui-se como «pedra angular» e eixo estratégico, a aquisição de Competências Específicas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

2.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

“Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento: a formulação de programas e projetos.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 129)

A fase de Elaboração de Programas e Projetos arroga-se com sendo a quinta fase do Planeamento da Saúde.

Neste sentido, numa primeira instância é fundamental caracterizar cada um dos conceitos.

O conceito «programa» está associado ao facto de a sua implementação se desenvolver de forma continua ao longo do tempo. Por sua vez, o conceito «projeto», reporta-se ao seu desenvolvimento, mas num período de tempo bem delimitado.

No âmbito do Diagnóstico de Situação realizado, tendo por base o PNS (2012-2016), PNSE (2006), as mestrandas no que diz respeito a esta fase do Planeamento da Saúde, realizaram um Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária em Grupo – (Apêndice IV).

Assim, a mestranda e indo ao encontro da opinião de Imperatori & Giraldes (1993: 152), considera que:

“Haverá toda a vantagem em *fazer conhecer a organização do projeto* através de um documento escrito após as conversações do diretor do projeto com os responsáveis de atividades e com os elementos de ligação com a estrutura existente de que constem os acordos escritos do pessoal e dos recursos do projeto, organograma, uma descrição da autoridade/responsabilidade de cada unidade principal e o calendário de execução.”

2.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 149), esta etapa do planeamento em saúde é a “ (...) que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anteriores e posteriores.”

Nesta linha de pensamento, e indo ao encontro da opinião dos autores anteriormente citados, a mestranda considera que nesta fase dominam uma série de aspetos que deverão ser tidos em conta quando se prepara a execução das atividades, nomeadamente no que diz respeito à definição de responsabilidade dos intervenientes no estudo, poderá imperar a necessidade de se estabelecerem «pequenos grupos» a fim de evitar sobreposições, evitar excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos de tempo, proceder a uma definição detalhada das atividades, estabelecimento de relações entre atividades, as necessidades dos recursos, bem como a duração das atividades.

Deste modo, existe a realçar que o recorrer a cronogramas para o estabelecer de atividades poderá ser uma mais-valia, isto porque, possibilita aos investigador (s) a esquematização cronológica das estratégias e atividades definidas.

“Do ponto de vista *técnico*, será necessário que o calendário das atividades seja elaborado por um grupo de trabalho que conheça em detalhe o projeto.”

(Imperatori & Giraldes, 1993: 150)

Neste contexto, as mestrandas aquando da planificação do projeto de estágio elaboraram um cronograma de atividades – Sessões de Intervenção Comunitária, que se encontra averbado no presente relatório, ao nível do Apêndice V.

A programação da execução das sessões de educação para a saúde foi definida de acordo com a autorização e disponibilidade da Direção da Escola Mouzinho da Silveira, respetivos

diretores de turma, professores e de acordo a não prejudicar as normais atividades letivas dos alunos.

Posto isto, a mestrandas atesta que foram realizadas reuniões periódicas entre as mestrandas e a coordenadora de curso de mestrado, com o intuito de acordar as estratégias, atividades e recursos a utilizar nas sessões, para esclarecimento de dúvidas que se constituíram pontuais, bem como reuniões com a Direção da ESMS.

Foram formalizados momentos para a realização da Intervenção Comunitária.

A título de complementaridade, a mestrandas atesta que participou diretamente em todos os momentos – preparação da execução, que de seguida evidencia:

QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Mestrandas▪ Coordenação do III Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária	<ul style="list-style-type: none">▪ março e abril de 2013	<ul style="list-style-type: none">▪ Gabinete da professora coordenadora do III Mestrado	<ul style="list-style-type: none">▪ Reunião com as mestrandas e equipa coordenadora do III Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária.	<ul style="list-style-type: none">▪ Mestrandas▪ Coordenação do III Mestrado

Quadro n.º 5 - Preparação da Execução para a Estratégia “Articulação entre mestrandas do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, com a Equipa Coordenadora do III Mestrado.”

QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Coordenação do III Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária ▪ Direção da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abril de 2013 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de reuniões da Direção da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com as mestrandas, coordenadora do III Mestrado e Direção da ESMS para exposição dos objetivos, acordar temáticas a desenvolver e definição de datas para as sessões de Intervenção Comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Coordenação do III Mestrado ▪ Direção da ESMS ▪ Sala de reuniões ▪ Computador portátil

Quadro n.º 6 - Preparação da Execução para a Estratégia “Envolvimento e articulação das mestrandas, com equipa coordenadora do III Mestrado e Direção da ESMS.”

QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Adolescentes do 8.º e 9.º Ano de Escolaridade, a frequentar o Ano Letivo 2013/2014, na ESMS. ▪ Direção e professores da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dezembro de 2013 ▪ janeiro de 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver Sessões de Educação para a Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Adolescentes ▪ Coordenação do III Mestrado ▪ Direção da ESMS ▪ Anfiteatro da ESMS ▪ Computador portátil ▪ Projetor ▪ Panfletos ▪ Jogo “perguntas e respostas”

Quadro n.º 7 - Preparação da Execução para a Estratégia “Elaboração de sessões de educação para a saúde aos adolescentes do 8.º e 9.º Ano de Escolaridade, a frequentar o Ano Letivo 2013/2014, na ESMS.”

QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Adolescentes do 8.º e 9.º Ano de Escolaridade, a frequentar o Ano Letivo 2013/2014, na ESMS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dezembro de 2013 ▪ janeiro de 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anfiteatro da ESMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação dos questionários de “Avaliação de Satisfação” ▪ Tratamento e análise dos resultados obtidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestrandas ▪ Adolescentes ▪ Anfiteatro da ESMS ▪ Questionários

Quadro n.º 8 - Preparação da Execução para a Estratégia “Avaliação da satisfação dos adolescentes que assistiram às sessões.”

No que concerne à fase da execução propriamente dita, a mestranda evidência que a mesma deveria ter começado a operacionalizar-se no dia 13 de novembro de 2013, tal como se encontra atestado no Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária em Grupo (Apêndice IV), e respetivos cronogramas de atividades (Apêndices V e XIV), em resultado da solicitação da Direção da ESMS e restante corpo Docente, quando mostraram especial interesse em conhecer o Diagnóstico da Situação de Saúde que pelas mestrandas foi efetuado aos adolescentes que frequentavam o 7.º e 8.º Ano, durante o Ano Letivo 2012/2013, na ESMS de Portalegre.

Neste sentido, a título informativo, a mestranda destaca que em virtude do pedido da Direção da ESMS foi feita pelas mestrandas uma apresentação em *PowerPoint* do Diagnóstico de Saúde (Apêndice VI).

Para a referida apresentação foi a própria Direção da ESMS que definiu data e local para a exposição da mesma.

De acordo com a data marcada, nomeadamente 13 de novembro de 2013, às 14 horas no auditório da ESMS, as mestrandas e professora coordenadora do III Mestrado encontravam-se em local e hora marcado, mas, no que respeita à Direção da ESMS e/ou restante corpo docente não compareceram para assistir à apresentação.

Foi agendada e definida nova data pela Direção da ESMS para a apresentação, respetivamente o dia 27 de novembro de 2013, às 14 horas no anfiteatro da ESMS, mas, mais uma vez, estando mestrandas e coordenadora do III Mestrado presentes, no que respeita à Direção da ESMS e restante corpo docente ninguém compareceu.

Deste modo, só foi possível às mestrandas iniciarem «a sua execução», no dia 16 de dezembro de 2013, com a realização de uma Sessão de Educação para a Saúde relativamente à temática “Consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas”. A sessão de Educação para a Saúde contemplou uma apresentação em *PowerPoint* no Anfiteatro da ESMS.

Com a realização da Sessão as mestrandas pretenderam especificar junto dos adolescentes presentes: «o que são drogas; classificação das drogas; formas de consumo de drogas; e demonstrar quais os efeitos das drogas no organismo».

Após a apresentação, as mestrandas exibiram um filme que produziram sobre a problemática. Posteriormente à exibição do filme desenvolveram uma actividade, designadamente um «jogo de perguntas e respostas», com o grupo de adolescentes presentes na sessão. A realização do jogo posteriormente à apresentação e filme, teve como principal

fundamento tornar a Sessão de Intervenção Comunitária mais interactiva, proporcionado aos jovens adolecentes um momento fulcral para a colocação de dúvidas, verbalização de inquietudes, medos e/ou angustias. Torná-los agentes participativos, fundamentais e capacitados para a adopção de «Hábitos de Vida Saudáveis».

Neste momento de exposição, a mestrandas considera fundamental atestar que na Sessão de Intervenção Comunitária “Consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas” só estiveram presentes um total de 22 alunos, dizendo respeito aos Delegados de Turma e respectivos Subdelegados, alunos das turmas do 8.º e 9.º Ano, do Ano Letivo 2013/2014, da ESMS.

A presença única de 22 alunos foi intencionalmente definida pela Direção da ESMS, com o intuito de não prejudicar o normal funcionamento das atividades letivas dos restantes alunos, que, incluindo os delegados e subdelegados, no Ano Letivo 2012/2013 contemplavam a população alvo do Diagnóstico da Situação de Saúde, perfazendo um total de 11 turmas, o que ditou respeito a 232 alunos.

Tal fato, só foi percebido pelas mestrandas, tendo surpreendido as mesmas *in loco*, devido ao «pequeno número» de alunos presentes no dia e hora marcada para a sessão de intervenção comunitária (tal como anteriormente já havia sido definido entre as mestrandas, equipa coordenadora do III Mestrado e Direção da ESMS), tendo sido informadas da decisão da Direção da ESMS, por uma e única professora Diretora de Turma presente na sessão.

Ainda assim, a mestrandas realça que a sessão decorreu positivamente, respeitando tudo o que anteriormente tinha sido definido, e após a sua efetivação as mestrandas procederam junto dos adolescentes presentes, à aplicação de um questionário de avaliação de satisfação da sessão.

Por conseguinte, tanto o dia 16 de janeiro de 2014, bem como 17 de janeiro de 2014, deveriam ter sido momentos em que as mestrandas, tal como averbado em Projecto de Estágio de Intervenção em Grupo (Apêndice IV) e respetivo cronograma de atividades (Apêndice V), procediam a mais duas execuções.

No dia 16 de janeiro de 2014 deveria ter sido realizada pelas mestrandas uma sessão de intervenção comunitária respeitante à temática “Violência na Escola: *Bullying*”, e no dia 17 de janeiro de 2014, uma sessão de intervenção comunitária no que concerne à problemática “Sexualidade na Adolescência”.

Com a sessão de Intervenção Comunitária respeitante à temática: “Violência na Escola: *Bullying*”, as mestrandas desejavam explicitar aos adolecentes que este tipo de violência

tinha sido identificada por eles próprios no instrumento de colheita de dados, constituindo uma «realidade negativa» na ESMS. Dado ser um «fenómeno» associado a violência, para a sessão pretendia-se expor «o que é o *Bullying*; que tipos de *Bullying* existem, bem como consequências nefastas do *Bullying*.»

Decorrida a sessão de educação para a saúde “Violência na Escola: *Bullying*”, as mestrandas tencionavam distribuir um folheto informativo (Apêndice X), que elaboraram para os adolescentes, com o intuito de complementar as informações transmitidas.

A sessão de intervenção comunitária do dia 17 de janeiro de 2014 diria respeito ao tema: “Sexualidade na Adolescência”, e para a sessão de intervenção as mestrandas também elaboraram uma apresentação em *PowerPoint*, tendo com motivo: «explicitar as principais alterações fisiológicas que ocorrem em ambos os sexos; o despertar do impulso sexual; quais os métodos de contraceção; o que são doenças sexualmente transmissíveis; importância do preservativo para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; evidenciar a importância de partilha de informação e/ou esclarecimento de dúvidas com pais, professores, e profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.»

Posto isto, a mestranda vê-se obrigada a afirmar que as mesmas não se concretizaram, dado a Direção da ESMS não considerar oportuno a sua realização (embora anteriormente já havia sido definido entre as mestrandas, equipa coordenadora do III Mestrado em Enfermagem e Direção da ESMS num contato formal).

Neste sentido, as sessões anteriormente referidas não foram realizadas, e após «contacto informal» com a Direção da ESMS, a mesma não mostrou interesse em determinar novos períodos temporais com o intuito de as mestrandas realizarem as respectivas Sessões de Intervenção Comunitária.

Neste sentido, as mestrandas viram assim o seu estágio limitado à execução única de uma Sessão de Intervenção Comunitária.

A título de complementaridade, dadas as mestrandas não terem sido possibilitadas à realização de estágio tal como definido, a Exma. Senhora Professora Doutora em Enfermagem Maria Filomena Martins, coordenadora do III Mestrado em Enfermagem, considerou que se poderia constituir uma «mais-valia» para as mestrandas, a realização de uma sessão de apresentação da Metodologia do Planeamento em Saúde, a duas turmas do 1.º Ano da Licenciatura em Enfermagem, ao abrigo da Unidade Curricular Epidemiologia, na ESSP.

Neste sentido, as mestrandas elaboraram uma apresentação em *PowerPoint* (Apêndice XIII), intitulada “Metodologia do Planeamento em Saúde”, tendo sido apresentada em dois momentos formais, nomeadamente nos dias 22 e 23 de janeiro de 2014, em sala de aula na ESSP, a alunos do 1.º Ano da Licenciatura em Enfermagem, no horário da Unidade Curricular Epidemiologia.

A realização da sessão teve como objectivo elucidar os alunos do 1.º Ano da Licenciatura em Enfermagem do fundamento do “Planeamento em Saúde”, explicitar o seu conceito, importância, fases subjacentes à sua realização, bem como benefícios que da sua realização possam advir. Posteriormente, as mestrandas especificaram aos alunos do 1.º Ano da Licenciatura em Enfermagem que a realização do Diagnóstico da Situação de Saúde, que realizaram durante o Ano Letivo 2012/2013 na ESMS de Portalegre, aos alunos adolescentes do 7.º e 8.º Ano, teve como objetivos:

- Adquirir conhecimentos sobre as várias etapas do Planeamento em Saúde;
- Aprofundar conhecimentos sobre Metodologia Quantitativa Científica de Investigação;
- Identificar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre;
- Promover Hábitos de Vida Saudáveis aos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

2.7 – AVALIAÇÃO

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 173)

A Avaliação é a «última» etapa do Planeamento da Saúde. Sendo assim, constitui o momento privilegiado de se rever as estratégias seleccionadas, as atividades desenvolvidas, a preparação da execução, e por fim, se a execução foi precisa e pertinente com a finalidade de atingir objetivos fixados em prol dos problemas identificados, e das necessidades determinadas. Se tal não se verificar, «terá de se voltar ao início» de todo o processo de planeamento.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 174), a finalidade da avaliação “é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela

experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece.”

Para se melhor poder avaliar há que estipular que tipo de avaliação deve ser realizado.

Neste sentido, na visão de Tavares (1990: 207-209), existem diversas classificações de avaliações, podendo ser:

- *Segundo a disponibilidade dos dados* (as avaliações são consideradas retrospectivas quando se utilizam dados já disponíveis, prospetivas se a colheita e registo de dados é programada tendo em vista uma avaliação, ou concomitantes, se são simultâneas com o desenrolar das etapas do projeto.)
- *Segundo o tipo de dados disponíveis* (podem ser quantitativas, se utilizam uma informação quantificável, se os dados são de caráter mais subjetivo.)
- *Segundo a implementação de atividades* (podem ser internas, visando o funcionamento dos serviços, tendo como exemplo a produtividade, ou externas, como é o caso da eficácia visando o impacto das atividades sobre a população.)
- *Segundo os componentes dos serviços prestados* (a avaliação poderá focar a estrutura, o processo e os resultados.)
- *Segundo a validade* (como em qualquer trabalho científico discute-se a sua validade interna e externa.)
- *Numa perspetiva de qualidade* (sendo uma forma autónoma do sistema de avaliação.)
- *Numa perspetiva económica* (as análises custo-benefício, onde os custos e o impacto são expressos em termos monetários; custo-efetividade, onde os custos são expressos em unidades monetárias e as consequências em unidades físicas, como por exemplo «anos de vida ganhos».)

Assim sendo, no que dita respeito à avaliação do estágio, as mestrandas «Segundo a implementação de atividades», elaboraram a uma «avaliação interna», através da utilização de um questionário (Apêndice XII) também elaborado pela próprias, com o intuito de determinar a satisfação dos adolescentes relativamente à pertinência e finalidade das sessões de educação para a saúde em contexto da «Aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis».

O questionário foi direcionado a: “Modo como te sentiste durante a sessão; Modos como os temas foram abordados; Pertinência dos temas abordados; Esclarecimento de dúvidas; A

sessão correspondeu às tuas expetativas?; Grau de satisfação da sessão em geral”, sendo que em cada uma das questões, aos adolescentes inquiridos como conjunção de resposta foi apresentado: “Insatisfeito; Pouco Satisfeito; Satisfeito; Muito Satisfeito e Extremamente Satisfeito.”

Na aplicação do questionário, foi garantido o anonimato, confidencialidade, e privacidade no que concerne às respostas dadas pelos adolescentes. Como ressalva, a mestrandas enfoca que o questionário só foi aplicado a 22 adolescentes, presentes na única sessão de educação para a saúde realizada pelas mestrandas na ESMS, no dia 16 de dezembro de 2013, referente à temática “Consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas”, tal como foi exposto anteriormente no subcapítulo.

Para o tratamento dos dados, as mestrandas procederam à utilização do programa informático de tratamento estatístico SPSS (na versão 21.0), com a realização de estatística descritiva simples.

Uma vez analisados os dados, arroga-se premente expô-los, deste modo, a mestrandas evidência que foram utilizados quadros para melhor ilustrar a referida análise, que de seguida procede.

	“Modo como te sentiste durante a sessão”	N	%	Casos Válidos %
Questão N.º 1	<i>Pouco satisfeito</i>	1	4,5	4,5
	<i>Satisfeito</i>	10	45,5	45,5
	<i>Muito satisfeito</i>	6	27,3	27,3
	<i>Extremamente satisfeito</i>	5	22,7	22,7
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 9 – “Modo como te sentiste durante a sessão.”

Quando questionados relativamente ao «modo como se sentiram durante a sessão» verificou-se que maioritariamente imperaram N=10 adolescentes a referir que se sentiram “satisfeitos” (45,5%), seguidamente de N=6 adolescentes (27,3%) a referir “muito satisfeitos”. Todavia, existiu N=1 adolescente (4,5%) que, com a realização da sessão de intervenção comunitária o mesmo sentiu-se “pouco satisfeito”. Tal facto, remete a mestrandas a considerar que em termos de Sessão de Intervenção Comunitária desenvolvida, a mesma

poderá não ter indo ao encontro das expetativas do adolescente em questão e /ou ter sido suficientemente pertinente.

Questão N.º 2	“Pertinência dos temas abordados.”	N	%	Casos Válidos %
	<i>Satisfeito</i>	4	18,2	18,2
	<i>Muito satisfeito</i>	10	45,5	45,5
	<i>Extremamente satisfeito</i>	8	36,4	36,4
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 10 – “Pertinência dos temas abordados.”

No que respeita à “Pertinência dos temas abordados”, observou-se que a grande maioria dos adolescentes, o que correspondeu N=10 (45,5%) respondeu “muito satisfeito”, seguidamente de N=8 (36,4%) que responderam “extremamente satisfeitos”, sendo que apenas N=4 (18,2%) adolescentes demonstraram que em «termos de pertinências dos temas abordados», os mesmos apresentaram um «nível satisfatório». Ainda assim, a mestranda ressalva que não houve nenhum adolescente a considerar “pouco satisfeito” a pertinência dos temas abordados.

Questão N.º 3	“Modos como os temas foram abordados.”	N	%	Casos Válidos %
	<i>Muito satisfeito</i>	15	68,2	68,2
	<i>Extremamente satisfeito</i>	7	31,8	31,8
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 11 – “Modos como os temas foram abordados.”

No que concerne ao «modo como os temas foram abordados», as mestrandas verificaram que os adolescentes inquiridos apenas se situaram em duas grandes categorias nomeadamente “Muito Satisfeito” e Extremamente Satisfeito”.

Dominaram N= 15 Adolescentes (68,2%) que consideraram que o modo como os temas foram abordados foi «muito satisfatório», procedido unicamente de N=7 adolescentes (31,8%) considerando-se «extremamente satisfeitos» quanto aos modos como os temas foram abordados.

Questão N.º 4	“Esclarecimento de dúvidas”	N	%	Casos Válidos %
	<i>Satisfeito</i>	4	18,2	18,2
	<i>Muito satisfeito</i>	9	40,9	40,9
	<i>Extremamente satisfeito</i>	9	40,9	40,9
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 12 – “Esclarecimento de dúvidas.”

Quanto «a esclarecimento de dúvidas», foi curioso verificar que em jeito igualitário N=9 com (40,9%) adolescentes responderam que se sentiam “muito satisfeitos” e “extremamente satisfeitos” respetivamente, imperando apenas N=4 adolescentes (18,2%) a considerarem-se “satisfeitos”. Mais uma vez não dominou nenhum adolescente a considerar-se “pouco satisfeito” e/ou inclusivamente “insatisfeito” no que disse respeito a esclarecimento de dúvidas.

Questão N.º 5	“A sessão correspondeu às tuas expetativas”	N	%	Casos Válidos %
	<i>Satisfeito</i>	4	18,2	18,2
	<i>Muito satisfeito</i>	8	36,4	36,4
	<i>Extremamente satisfeito</i>	10	45,5	45,5
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 13 – “A sessão correspondeu às tuas expetativas.”

Na questão “A sessão correspondeu às tuas expectativas”, foi gratificante observar que a maioria dos adolescentes, o que correspondeu a N=10 (45,5%), demonstrou que se encontravam “extremamente satisfeitos” com a sessão desenvolvida. Observou-se apenas N=4 adolescentes (18,2%), que manifestaram sentir-se “satisfeitos”.

	“Grau de satisfação da sessão em geral”	N	%	Casos Válidos %
Questão N.º 6	<i>Pouco satisfeito</i>	1	4,5	4,5
	<i>Satisfeito</i>	2	9,1	9,1
	<i>Muito satisfeito</i>	10	45,5	45,5
	<i>Extremamente satisfeito</i>	9	40,9	40,9
	Total:	22	100	100

Quadro n.º 14 – “Grau de satisfação da sessão em geral.”

Por fim, no que diz respeito ao «grau de satisfação em geral da sessão», é de referir que dominaram N=10 adolescentes (45,5%), que afirmaram terem-se sentido “muito satisfeitos” com a efetivação da sessão de intervenção comunitária desenvolvida pelas mestrandas.

Todavia, observou-se que N=1 adolescente (4,5%) demonstrou ter ficado “pouco satisfeito” com a sessão de educação para a saúde.

2.7.1 – Discussão dos Resultados

No que dita respeito à discussão dos resultados, a mestranda destaca que o Questionário de Avaliação de Satisfação dos Adolescentes elaborado pelas mesmas foi aplicado em sala de aula, a 22 alunos, nomeadamente os Delegados de Turma e Subdelegados das turmas, a frequentar o 8.º e 9.º Ano da ESMS, no Ano Letivo 2013/2014, da ESMS de Portalegre.

O questionário foi aplicado em momento formal, no dia 16 de dezembro de 2013, após a única sessão de intervenção comunitária que as mestrandas efetivaram sobre a problemática identificada “Consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas” (devido a condicionantes já anteriormente expostas).

Do questionário faziam parte 6 grandes «dimensões», onde foi solicitado aos adolescentes que manifestassem a sua opinião.

A título de complementaridade, a mestranda exalta que a totalidade dos inquiridos aderiu ao preenchimento do questionário.

A efetivação de Promoção da Saúde, com a realização de Educação para a Saúde contribui “no processo de coconstrução e de coformação entre indivíduo e sociedade, por isso se afirmar que o relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais implica educar as pessoas para serem capazes de pensar, agir e questionar criticamente e intervir criativamente (...).”

(Lopes & Tocantins, 2012: 241)

Desde modo, no que respeita à primeira dimensão, “**Modo como te sentiste durante a sessão**”, verificou-se que a grande maioria dos adolescentes inquiridos responderam sentirem-se “satisfeitos” (N=10 adolescentes 45,5%), procedido de N=6 adolescentes (27,3%) a referir “muito satisfeitos”. Contudo, imperou N=1 adolescente (4,5%), que, com a realização da sessão de intervenção comunitária sentiu-se “pouco satisfeito”. Tal facto, remete a mestranda a considerar que em termos de Sessão de Intervenção Comunitária desenvolvida, a mesma poderá não ter indo ao encontro das expectativas do adolescente em questão e /ou ter sido suficientemente pertinente.

Quando questionados relativamente à “**Pertinência dos Temas Abordados**”, foi gratificante observar que os dados obtidos disseram respeito a N=10 adolescentes (45,5%) a responder “muito satisfeitos”, seguidamente de N=8 adolescentes (36,4%), que responderam “extremamente satisfeitos”. Paralelamente, contactou-se que não imperou nenhum adolescente a considerar “pouco satisfeito” a pertinência dos temas abordados.

Neste sentido, ao considerar que a sessão de intervenção comunitária foi desenvolvida em ambiente escolar, indo ao encontro das problemáticas identificadas, a realização de um Diagnóstico de Situação de Saúde, com conseqüente avaliação, “fomenta a saúde e a aprendizagem com todas as medidas ao seu alcance”, [e paralelamente] “ (...) as escolas beneficiam com uma estratégia que forneça aos professores, pais e alunos e outros membros da comunidades um conjunto de princípios e ações para promover a saúde.”

(PAPES, 2014: 4-5)

Na terceira «dimensão», “**Modos como os temas foram abordados**”, os adolescentes inquiridos, patentearam apenas duas grandes categorias, nomeadamente “Muito Satisfeitos” e

“Extremamente Satisfeitos”. Sendo assim, constatou-se que N= 15 Adolescentes (68,2%) consideraram que o modo como os temas foram abordados foi «muito satisfatório», procedido unicamente de N=7 adolescentes (31,8%) considerando-se «extremamente satisfeitos» quanto aos modos como os temas foram abordados.

Tendo as mestrandas desenvolvido o seu estágio à Luz da Teoria da Aprendizagem Social, de Albert Bandura, onde como premissa máxima se poderá privilegiar «o aprender com as nossas vivências/experiências, observando os que nos rodeiam, bem como retirar elações do que observamos», o «modo como os temas foram abordados» durante a sessão de intervenção comunitária teve como principal fundamento “promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis”, [e concomitantemente] “valorizar comportamentos de estilos de vida saudáveis.” (PAPES, 2014: 8)

Quando questionados sobre o “**Esclarecimento de dúvidas**”, os adolescentes inquiridos em jeito igualitário, responderam N=9 com (40,9%) que se sentiam “muito satisfeitos” e “extremamente satisfeitos” respetivamente. Verificou-se que imperaram apenas N=4 adolescentes (18,2%) a considerar-se “satisfeitos”. Há a ressaltar que não existiu nenhum adolescente a considerar-se “pouco satisfeito” e/ou inclusivamente “insatisfeito” no que diz respeito a esclarecimento de dúvidas.

Assim, salienta-se como muito positivo os resultados obtidos, uma vez que no contexto atual de Educação para a Saúde, tendo por base fundamentações da Promoção da Saúde, como o facultar de capacitações aos indivíduos para melhorar o seu estado de saúde, é premente que quem efetua Promoção da Saúde, com vista a Educar para a Saúde valorize “capacidades de lidar com a complexidade, de resolver problemas, de localizar e usar a informação pertinente, de criticar e avaliar os resultados conseguidos.” (Dias, 2013: 6; citando Ponte, 1997: 30)

Na questão “**A sessão correspondeu às tuas expetativas**”, foi aprazível constatar que a maioria dos adolescentes, o que correspondeu a N=10 (45,5%) demonstrou que se encontravam “extremamente satisfeitos” com a sessão desenvolvida. Observou-se apenas N=4 adolescentes (18,2%), que manifestaram sentir-se “satisfeitos”.

Para a sessão de intervenção comunitária devido à especificidade da temática abordada, foi elaborado pelas mestrandas uma apresentação em *PowerPoint*, um filme, e realizado em

jogo de «perguntas-respostas», com o intuito da participação direta e ativa dos adolescentes na sessão.

Neste sentido, a mestranda realça que a “incorporação da tecnologia educativa nos processos de formação pressupõe a mudança de um paradigma educativo que tem por base um modelo centrado no ensino presencial, onde predomina o modo transmissivo, para um modelo que tem por base a potenciação das capacidades dos formandos, centrado na construção dos saberes em íntima conexão com o seu projeto de desenvolvimento pessoal. (Arco, 2013: 100)

Por fim, na última dimensão “**Grau de satisfação da sessão em geral**” dominaram N=10 adolescentes (45,5%), que afirmaram terem-se sentido “muito satisfeitos” com a efetivação da sessão de intervenção comunitária desenvolvida pelas mestrandas. Contudo, observou-se que N=1 adolescente (4,5%) demonstrou ter ficado “pouco satisfeito” com a sessão de educação para a saúde realizada.

“ (...) todo o ato educativo que se pretenda proporcionador de uma alteração na perceção da realidade ou de uma modificação no estágio de consciência é educação para valores. A simples cognição é insuficiente para operar uma transformação profunda do ser humano ainda que se possa revelar fértil no plano da paisagem da ação.” (Dias, 2013: 22; citando Carneiro, 2009: 20)

É de ressaltar, indo ao encontro do Plano Nacional de Saúde [PNS] (2012-2016: 5), que “(...) a prática de estilos de vida saudáveis contribui para uma melhor saúde ao longo da vida e, a infância e adolescência são períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis.”

Neste sentido, de encontro ao que foi exposto anteriormente, a mestranda considera que efetuar sessões de educação para a saúde possui grande interesse, uma vez que poder-se-á fundamentar a importância que a aquisição de hábitos de vida saudáveis possui para a saúde, com efeitos imediatos, a médio e longo prazo.

Se de forma positiva e maioritária os adolescentes inquiridos mostraram-se “muito satisfeitos”, tal facto vai de encontro ao objetivo das mestrandas em “Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas.”

Por conseguinte, a mestranda evidencia que a avaliação da intervenção comunitária teve por base metas e indicadores, nomeadamente os indicadores de atividade ou de resultado.

Sendo que no caso das metas:

- ⇒ Foi realizada apenas uma sessão de Educação para a Saúde, embora estivessem previamente planeadas e definidas a realização de três sessões de Educação para a Saúde.
- ⇒ Obteve-se um total de 100% de alunos que assistiram à sessão de educação para a saúde: “Consumo de Álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”.
- ⇒ Todos os alunos que assistiram à sessão de Educação para a Saúde: “Consumo de Álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”, visualizaram o vídeo alusivo à temática.
- ⇒ Todos os alunos que assistiram à sessão de Educação para a Saúde: “Consumo de Álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”, participaram no jogo “Perguntas e Respostas” alusivo à temática.
- ⇒ Obteve-se um total de 100% de alunos que responderam ao questionário de avaliação de satisfação da sessão de Educação para a Saúde “Consumo de Álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”

Em termos de indicador de actividade ou de resultado:

- ⇒ Foi obtido um total de 100% em termos do número de reuniões realizadas face ao número de reuniões previstas.
- ⇒ Foi obtido um total de 33, 3% em termos de indicador da realização de sessões de Educação para a Saúde, uma vez que estavam previstas três sessões e só se operacionalizou efectivamente a realização de uma sessão de Educação para a Saúde (por motivos já anteriormente mencionados).
- ⇒ Quanto aos indicadores do questionário de avaliação de satisfação:

1.º “Modo como te sentiste durante a sessão”, foi obtido um total de 100% de respostas no questionário, todavia as mestrandas em termos de indicador só alcançaram 50% de grau de satisfação.

2.º “Pertinência dos temas abordados”, alcançado um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação.

3.º “Modos como os temas foram abordados”, obtido um total de 100% de respostas no questionário, e em termos de indicador 100% de grau de satisfação.

4.º “Esclarecimento de dúvidas”, auferido um total de 100% de respostas no questionário, e em termos de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação.

5.º “A sessão correspondeu às tuas expetativas”, alcançado um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação.

6.º “Grau de satisfação da sessão em geral”, conseguido um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 86,4% de grau de satisfação.

No que concerne ao Diagnóstico da Situação de Saúde “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre.”, que a mestranda realizou em grupo realça que o estudo de acordo com os resultados obtidos, particularmente as problemáticas identificadas, vão de encontro a outros estudos efetuados e diretrizes emanados atualmente em Portugal, nomeadamente: PNS (2012-2016), PAPES (2013-2014), HBSC (2010-2014), PNSE (2014), PNSE (2006), o estudo de Brito (2012) “Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes: A realidade numa instituição de ensino”, o estudo de Ferreira (2008) “Estilos de Vida na Adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem.”, e o estudo de Guerra (2004) “Estilos de Vida dos Adolescentes: hábitos e preocupações.”

Embora a mestranda não possa proceder a extrapolação de dados para a comunidade, devido a sua aplicabilidade ter sido restrita a um «pequeno número de inquiridos», ainda assim, a mestranda ambicionada que o estudo possua pertinência e validade garantida.

3 – REFLEXÃO CRÍTICA: A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E O ESTÁGIO DESENVOLVIDO

“As pessoas individuais são afectadas pela sociedade, dependem dela; em certo sentido são emanações dela. Mas, por seu turno, ao assumirem uma atitude crítica na sociedade, ao colocarem-se na história como sujeitos de pensamento e de decisão, geram a sociedade.” (Rodrigues, 2013: 1, citando Pintasilgo, 2012)

Desde os primórdios da humanidade que o «*Homem* cuida e é cuidado».

O percurso histórico da profissão de Enfermagem, desenvolvido ao longo dos séculos tem vindo a evidenciar que a Enfermagem se «sustenta» nos cuidados desenvolvidos «aos outros», e que a capacidade de cuidar de si próprio arroga-se como uma atividade que só o desenvolvimento e a maturidade podem proporcionar.

Na ótica de Coelho (2003), “o cuidar e o ser cuidado são imperativos da existência.”

Neste sentido, em pleno século XXI, a sociedade que nos medeia, e na qual estamos inseridos patenteia-se por mudanças a todo momento e em diversas áreas, dado que o progresso científico e o desenvolvimento tecnológico têm-nos oferecido muitos benefícios.

No entanto, e em jeito dicotómico, imperam também alguns «desajustes sociais», como por exemplo: escassez de recursos humanos e materiais em diversas áreas profissionalizantes, disparidades socioeconómicas, o não acesso igualitário aos serviços de saúde, ou seja, equidade em saúde desajustada, e não menos importante, questões como a carência de literacia em saúde.

Nesta linha de pensamento, a mestranda pondera que ser enfermeiro nos dias de hoje abarca inúmeras responsabilidades, pois, dever-se-á ter sempre em linha de conta o desenvolver de uma prática de cuidados, seja em meio extra-hospitalar, ambiente hospitalar, ou de cuidados de saúde primários, cada vez mais em prol de uma prática baseada na evidência, nunca deixando de descuidar a vertente relacional com os nossos utentes/clientes, indivíduos, populações e/ou comunidades.

É considerado pela mestranda, que a profissão de Enfermagem possui presentemente a sua génese já demarcada em conteúdos teórico-práticos, com vista à sua aplicabilidade

diariamente, independente do contexto em que é exercida, e em consonância com uma equipa multidisciplinar.

Deste modo, torna-se premente que a operacionalização dos cuidados que prestamos sejam devidamente diferenciados, particularmente dirigidos e adaptados a cada indivíduo, população e/ou comunidade, independente de idade e/ou géneros.

Toda uma maturidade profissional é algo que se vai apreendendo ao longo dos anos do exercício profissional.

«Crescer profissionalmente» poderá arrogar-se como um processo moroso e doloroso, isto porque, quando mencionada a vertente do «saber-ser», dever-se-á ter especial atenção, uma vez que se impõem que haja um terminante crescimento pessoal, para o então «crescimento profissional».

O «saber» e o «saber-fazer» são passíveis de ser ensinados. Todavia, na opinião da mestranda, o «saber-ser» e o «saber-estar», que nos permite atender à vertente relacional, desenvolvem-se sim, mas de modo intrínseco «a cada um nós» particularmente.

A perceção como se encara o que é ser enfermeiro(a), é distinta.

A própria noção do que os utentes «esperam de nós» e valorizam no nosso cuidar, vai sendo modificada pelas experiências vividas e refletidas.

“Existe uma busca constante da especificidade do conteúdo da Enfermagem. Esta, sempre atravessou duas vertentes essenciais, uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico próprios e a outra com a exigência de competências relacionais.” (Silveira, 2004: 24)

Ainda assim, para a criação de uma identidade profissional, bem como para o desenvolver de uma prática de cuidados diários, é tido à consideração que investir em processos formativos, independentemente da sua especificidade/área de atuação em Enfermagem torna-se premente.

“ (...) Sempre foi através da formação que a profissão de Enfermagem emergiu no tecido social.” (Figueiredo, 2004: 21)

A título refletivo é interessante verificar que Veiga *et al* (1995), ponderava que a formação “ (...) é suporte para se chegar a um lugar proeminente na construção do futuro.”

Não obstante, a mestranda evidencia assim que o interesse e respetivo ingresso numa área especializada em Enfermagem, concretamente numa especialidade, detém uma influência direta no desenvolvimento pessoal e profissional inerente a cada enfermeiro, dado que:

“As características particulares da formação em enfermagem requerem da parte dos responsáveis pela mesma uma intervenção no sentido de proporcionar a todos os que dela usufruem um abordagem promotora do desenvolvimento de competências, onde o saber prático cresça sustentado num saber teórico.” (Arco, 2003: 24)

No Ano de 2011, a OE com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro - “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, publicado em Diário da República, decreta que:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Regulamento n.º 122/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Ainda assim, no que concerne à vertente da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é com o Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro (Anexo IV), publicado em Diário da República, que são determinadas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a mestranda realça o ponto “a” do n.º 1, Artigo 4º do referido Regulamento, uma vez que o Enfermeiro: “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (...).” (Regulamento n.º 128/2011 – do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011)

Após a realização do Diagnóstico da Situação de Saúde, efetivado junto de uma população adolescente, nomeadamente na ESMS de Portalegre, emergiu o estágio da mestranda, bem como das suas colegas de grupo.

O Diagnóstico da Situação de Saúde, tal como já foi referido anteriormente no presente relatório, constitui a primeira etapa do Planeamento em Saúde, que, a mestranda reflete e considera assumir-se como uma «ferramenta» essencial para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possa promover a saúde de determinada comunidade.

A população eleita foi a comunidade adolescente, dado ser esta uma faixa etária tão peculiar e aliciante pelas suas características, e devido ao elevado interesse desta para a saúde comunitária, com o intuito de se promover a capacitação dos adolescentes na aquisição/manutenção de Hábitos de Vida Saudáveis, atendendo ainda assim ao PNS (2012-2016), e PNSE (2006).

“A adolescência, tempo de clarificação de valores e de tomada de decisões, é uma etapa fundamental na aquisição e consolidação de estilos de vida, saudáveis ou não saudáveis, dependendo das escolhas efetuadas pelos adolescentes.” (Ferreira, 2008: 21)

Neste sentido, com o intuito de fazer a correlação com o anteriormente exposto, uma vez elaborado o Diagnóstico da Situação de Saúde e decorrido o estágio da mestranda e das colegas, é refletido neste momento que desde um passado recente, com o «espírito» de Alma-Ata em 1978 (Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários) – “Saúde para Todos”, foi determinante para as diretrizes emanadas da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde - *Carta de Promoção da Saúde*, adotada em Ottawa no Ano de 1986.

Desde modo, a mestranda pondera que foi principalmente a partir do Ano de 1986, que a Promoção da Saúde começou «teoricamente» a ser equacionada, questionada e verdadeiramente valorizada, e que hoje em dia, em pleno século XXI, possui toda a razão de ser fomentada e aplicada.

Reportando-se a mestranda para a importância da Promoção da Saúde em jovens adolescentes, nunca poderá ser descurado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária o auxílio que o PNS, o PNSE bem como outras diretrizes vigentes, possuem para a melhoria de «um estado de saúde».

“As atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde constituem fatores essenciais para que os indivíduos possam integrar, adotar e empreender as mais diversas intervenções neste âmbito, que conduzam ao desenvolvimento, à maturação e à emancipação das populações na escolha consciente, criteriosa e personalizada de um estilo de vida saudável, sendo sem dúvida este o caminho para que o possam conseguir” (Arco, 2013: 128)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é determinante «na saúde do adolescente», sendo ainda assim considerado pela mestranda, que é cada vez mais aceite e assumido que a «Escola» arroga-se como um local de eleição onde a Promoção e Educação para a Saúde, pode e deve ser efetivada com vista a processos de capacitação, participação e responsabilização na adoção de estilos de vida saudáveis.

Indo ao encontro do PNSE (2014: 1), está patente que:

“A Escola é, por excelência, um local privilegiado para a melhoria da literacia, que é muito mais do que aprender a ler, escrever e contar. A Escola é igualmente um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania plena, assente nos valores da equidade e da universalidade.”

Nesta linha de pensamento, é tido em conta pela mestranda que Promoção e Educação para a Saúde assume-se como «tema alvo» e uma preocupação crescente dos Enfermeiros, principalmente no que concerne aos Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária, isto porque, ao capacitar os jovens adolescentes, está-se não só a promover a sua saúde atual, bem como futura.

Os adolescentes passam grande parte do seu tempo na escola. Deste modo, deve assumir-se como um espaço seguro e saudável, onde a transmissão de conhecimentos lhes permita proteger a sua saúde.

Neste sentido, se for tido em consideração que a adolescência é uma fase em que ocorrem várias transformações, e na qual se estabelecem «hábitos de saúde», que por vezes são desacertados, promover a saúde do adolescente tem o seu exponencial máximo.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, devido à sua formação é um dos profissionais com maior capacidade para promover a saúde na escola, sendo a sua responsabilidade enorme, e o seu campo de atuação alargado.

Com o intuito de proceder à reflexão sobre o seu estágio, a mestranda destaca que o Diagnóstico da Situação de Saúde permitiu-lhe (como às colegas), identificar problemas e determinar necessidades – Intervenção Comunitária.

O estágio teve uma duração aproximadamente quatro meses e meio, sendo que a mestranda evidencia que tal facto foi uma experiência muito gratificante, não só pela «novidade», nomeadamente o contato direto com a população adolescente, em contexto escolar, bem como pela experiência propriamente dita, enriquecimento pessoal e profissional.

No que respeita à área de atuação do estágio – Intervenção Comunitária, o mesmo direcionou-se para o empoderamento dos adolescentes com o intuito da “Aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis”.

Nesta linha de exposição, a mestranda patenteia que foram elaboradas sessões de educação para a saúde, referentes às problemáticas identificadas no Diagnóstico, nomeadamente: “Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas; “Violência na Escola: *Bullying*” e “Sexualidade na Adolescência”, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis, à luz da Teoria Cognitivo-Social de Bandura.

Assim, com a realização do estágio e a elaboração do presente relatório, de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, a mestranda expõe que com a aspiração do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária:

⇒ Aprofundou conhecimentos sobre o Planeamento em Saúde, no âmbito da promoção da saúde ao indivíduo e/ou comunidade (mediante a elaboração do diagnóstico de situação, definidas prioridades, fixados objetivos, selecionadas estratégias e desenvolvidas atividades, preparada a execução e avaliação), indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, regulamentas pelo Regulamento n.º 128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª Série – n.º 35, em 18 de fevereiro de 2011 (Anexo IV);

⇒ Analisou e debateu ideias com as colegas e respetiva coordenação de mestrado, sendo que as diversas reuniões realizadas permitiram a operacionalização do estágio.

⇒ Elaborou um Projeto de Estágio em Grupo de Intervenção Comunitária, tendo por base o PNS (2012-2016), PNSE (2006), e Lei n.º 60/2009 de 6 agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril (que estabelece o regime de aplicação de Educação Sexual em meio escolar).

⇒ Desenvolveu atividades dirigidas aos adolescentes do estudo, nomeadamente com a realização de sessões de educação para a saúde (possuindo apresentações em *PowerPoint*, filme, folheto informativo e realização de jogo «perguntas e respostas», em ambiente escolar), com o objetivo máximo de contribuir para a capacitação e empoderamento destes, face à adoção de «estilos de vida saudáveis».

⇒ Efetivou uma sessão de Intervenção Comunitária, referente à problemática identificada: “Consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas”, com o intuito de, tal como é referido no Regulamento n.º 128/2011, no ponto “b”, do n.º 1, Artigo 4.º - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública “b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.”

Ao ser realizada a sessão de educação para a saúde, a mestranda e as colegas respeitaram os princípios angulares em que assenta a *Teoria da Aprendizagem Social* de Albert Bandura (já anteriormente evidenciada no enquadramento teórico), onde se patenteia a importância de processos de aprendizagem por modelação/observação.

No que concerne à metodologia utilizada na sessão, a mesma foi expositiva, demonstrativa e interativa, com o intuito de fomentar a participação dos adolescentes que assistiram à

sessão. Ainda assim, imperou a preocupação de adequar a linguagem e terminologias científicas, para a fácil compreensão dos adolescentes.

Realizada a sessão de intervenção comunitária aplicou-se um questionário de “avaliação de satisfação dos adolescentes”, face à sessão desenvolvida.

Por conseguinte, após análise dos dados obtidos do “Questionário de Avaliação de Satisfação”, a mestranda evidencia que a avaliação da intervenção teve por base indicadores, nomeadamente os indicadores de atividade ou de resultado, tendo sido:

- Obtido um total de 100% de respostas no questionário, todavia as mestrandas em termos de indicador só alcançaram 50% de grau de satisfação - **“Modo como te sentiste durante a sessão”**.
- Alcançado um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação - **“Pertinência dos temas abordados”**.
- Obtido um total de 100% de respostas no questionário, e em termos de indicador 100% de grau de satisfação - **“Modos como os temas foram abordados”**.
- Auferido um total de 100% de respostas no questionário, e em termos de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação - **“Esclarecimento de dúvidas”**.
- Alcançado um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 81,8% de grau de satisfação - **“A sessão correspondeu às tuas expetativas”**.
- Conseguido um total de 100% de respostas no questionário. A nível de indicador obtiveram-se 86,4% de grau de satisfação - **“Grau de satisfação da sessão em geral”**.

⇒ Aspira ter contribuído para que 70% dos adolescentes que frequentaram o 8.º e 9.º Anos da ESMS de Portalegre (no Ano Letivo 2013/2014), estejam empoderados e capacitados para a “Aquisição e Manutenção de Hábitos de Vida Saudáveis”.

⇒ Ambiciona ter contribuído para a execução do PNS (2012-2016) e PNSE (2006) – Plano e Programa de Saúde vigentes, aquando da efetivação do Diagnóstico e realização de Estágio.

Todavia, imperaram limitações no estágio, que de forma menos positiva, poderão ter inferido no seu desenvolver, respetivamente:

⇒ Pouca experiência, no que diz respeito à metodologia do Planeamento em Saúde.

⇒ Limitação temporal do estágio, pois o tempo do mesmo, na opinião da mestranda assumiu-se escasso para aprofundar conhecimentos, e posteriormente poder voltar a contactar com a população adolescente do estudo por forma a «reavaliar» os conhecimentos e comportamentos adotados.

⇒ O próprio “Questionário de Avaliação de Satisfação” aplicado no fim da sessão de intervenção, pois, como o próprio nome diz trata-se de um questionário de avaliação de satisfação”, logo, tornou-se verdadeiramente impossível às mestrandas apreenderem se, se contituiram elementos promotores de saúde, e se imperou a «aquisição e/ou manutenção de hábitos de vida saudáveis».

Neste sentido, em termos de avaliação, a mestranda considera que se tornaria interessante voltar a estabelecer contato com a população adolescente do estudo, talvez decorrido um ano, e aplicar novamente o questionário utilizado no Diagnóstico. Mediante os dados obtidos far-se-ia a correlação dos dados, e retiradas as conclusões.

Ainda assim, decorrido todo este percurso, e em jeito de culminar a presente reflexão, a mestranda atesta que a ingressão no III Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária foi uma mais-valia para a sua realização pessoal e profissional.

A mestranda desempenha funções de enfermeira acerca de 6 anos, em contexto hospitalar, num serviço de internamento - Medicina Interna, sendo que a ingressão na especialidade de Enfermagem Comunitária não foi despropositada.

É tido à consideração da mestranda, que a vertente comunitária não está apenas restrita aos Cuidados de Saúde Primários. Cada vez mais impera uma população envelhecida, devido ao aumento da esperança média de vida, hábitos de vida considerados de risco e desadequados.

Neste sentido, a título pessoal, a mestranda considera que se poderá arrogar como um elemento fundamental na prestação de cuidados que efetua, tanto ao nível de internamento, como no caso de «pós-alta», dado poder promover e educar a saúde de determinado agente social, bem como a rede social em que está inserido.

Assimiladas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (averbadas pela mestranda no Quadro n.º 15, abaixo indicado), decretadas no Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro, publicado em Diário da República, a mestranda evidência que todas as atividades planeadas e desenvolvidas ao longo do seu estágio (embora com alguns imprevistos) revelaram-se muito importantes e terminantes, para o sucesso do mesmo.

“E se estamos em busca constante de conhecimento, isso justifica que assumamos uma outra perspectiva/consciencialização, de maior abertura face à educação para a saúde, que é um campo de extrema abrangência e que, por isso mesmo, está intimamente relacionada com a aprendizagem ao longo da vida.” (Gomes, s.d.: 3)

Quadro n.º 15 - Competências Adquiridas pela Mestranda no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária segundo as unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro.

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
⇒ Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade – face à “Aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis” aos adolescentes do 8.º e 9.º Ano da ESMS de Portalegre, a frequentar o ano lectivo 2013/2014 (G 1)	⇒ Procedeu à elaboração de um diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade adolescente (G 1.1)	⇒ Integrou o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico de saúde da comunidade (G 1.1.1); ⇒ Integrou as variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes de saúde (G 1.1.2); ⇒ Identificou os determinantes dos problemas de saúde em contexto da aquisição de hábitos de vida saudáveis à comunidade (G 1.1.3); ⇒ Identificou as necessidades em saúde da comunidade (G 1.1.4); ⇒ Estabeleceu uma rede de causalidade dos problemas de saúde da comunidade (G 1.1.5); ⇒ Utilizou indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde (G 1.1.6); ⇒ Demonstrou conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em saúde (G 1.1.7);

		<ul style="list-style-type: none">⇒ Sistematizou indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde (G 1.1.8);⇒ Disponibilizou informação relativa ao diagnóstico de saúde da comunidade (G 1.1.9);⇒ Definiu o perfil de saúde da comunidade, em contexto da aquisição de hábitos de vida saudáveis na adolescência (G 1.1.10).
	<ul style="list-style-type: none">⇒ Estabeleceu as prioridades em saúde da comunidade adolescente (G 1.2)	<ul style="list-style-type: none">⇒ Utilizou critérios objectivos para definir as principais prioridades em saúde (G 1.2.1);⇒ Integrou as orientações estratégicas definidas no PNS na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade (G 1.2.2);⇒ Utilizou os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégias (G 1.2.3).
	<ul style="list-style-type: none">⇒ Formulou objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (G 1.3)	<ul style="list-style-type: none">⇒ Definiu objectivos mensuráveis que permitem mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade (G 1.3.1);⇒ Concebeu estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondem aos objectivos definidos (G 1.3.2);⇒ Promoveu a co-participação dos diversos sectores da

		<p>sociedade (direcções das escolas) na definição dos objectivos (G 1.3.3);</p> <p>⇒ Atendeu aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade (G 1.3.4).</p>
	<p>⇒ Estabeleceu um projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (G 1.4)</p>	<p>⇒ Concebeu e planeou intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde (G 1.4.1);</p> <p>⇒ Implementou intervenções para problemas de saúde pública complexos (G 1.4.2);</p> <p>⇒ Optimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao projecto de intervenção (G 1.4.3);</p> <p>⇒ Mobilizou os responsáveis organizacionais (direcções das escolas) nas intervenções nos problemas de saúde identificados (G 1.4.4);</p> <p>⇒ Disponibilizou informação baseada na evidência científica de suporte às decisões em saúde aos responsáveis organizacionais (G 1.4.5);</p> <p>⇒ Promoveu o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções (G 1.4.6);</p> <p>⇒ Demonstrou habilidades nos processos de negociação com</p>

		vista à participação multisectorial no projecto de intervenção (G 1.4.7).
	⇒ Avaliou o projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (G 1.5)	⇒ Monitorizou a eficácia do projecto de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade (G 1.5.1); ⇒ Procedeu à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política (G 1.5.2); ⇒ Procedeu à reformulação dos objectivos, estratégias com base na variação atingida (G 1.5.3); ⇒ Actualizou o perfil de saúde e utilizou-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região (G 1.5.4).
⇒ Contribui para o processo de capacitação de grupos - adolescentes (G 2)	⇒ Contribui para o processo de capacitação de grupos - adolescentes (G 2)	⇒ Participou, em parceria com as mestrandas e outras instituições da comunidade (escolas) no projecto de intervenção comunitária dirigida a um grupo de grande vulnerabilidade (adolescentes) (G 2.1.1); ⇒ Pesquisou e diagnosticou problemas e factores de risco de saúde da comunidade (G 2.1.2); ⇒ Mobilizou parceiros da comunidade (escola) para identificar e resolver os problemas de saúde (G 2.1.3); ⇒ Concebeu, planeou e implementou projecto de intervenção

		<p>com vista à consecução de projectos de saúde de grupo tendo em conta as suas especificidades culturais (G 2.1.4);</p> <p>⇒ Não interveio em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) (G 2.1.5);</p> <p>⇒ Mobilizou e integrou conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação da comunidade (G 2.1.6).</p>
	<p>⇒ Integrou, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais (G 2.2)</p>	<p>⇒ Concebeu e planeou programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico da situação de saúde realizado (G 2.2.1);</p> <p>⇒ Coordenou, dinamizou e participou no programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde aos adolescentes (G 2.2.2);</p> <p>⇒ Avaliou o programa de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde aos adolescentes (G 2.2.3).</p>
	<p>⇒ Procedeu à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade (G 2.3)</p>	<p>⇒ Demonstrou conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde (G 2.3.1);</p>

		<ul style="list-style-type: none">⇒ Utilizou conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação da comunidade (G 2.3.2);⇒ Usou modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde (Teoria da Aprendizagem Social de Bandura); (G 2.3.3);⇒ Utilizou abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde (G 2.3.4);⇒ Sistematizou e documentou o projecto de intervenção comunitária (G 2.3.5);⇒ Identificou necessidades específicas de informação da comunidade (G 2.3.6);⇒ Geriu e disponibilizou informação adequada às características da comunidade (G 2.3.7);⇒ Concebeu instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação (G 2.3.8);⇒ Utilizou estratégias que promovam a procura de informação pela comunidade (G 2.3.9);⇒ Procedeu à avaliação do processo e resultados das actividades de informação (questionário de avaliação) (G 2.3.10).
--	--	---

<p>⇒ Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e participou na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (G 3)</p>	<p>⇒ Participou na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes do Programa de Saúde conducentes aos objectivos do PNS (G 3.1)</p>	<p>⇒ Participou e comprometeu-se com os processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde (G 3.1.1);</p> <p>⇒ Cooperou na coordenação do programa de saúde que integra o PNS (G 3.1.2);</p> <p>⇒ Identificou e monitorizou os resultados obtidos no programa de saúde (G 3.1.3);</p> <p>⇒ Optimizou a operacionalização do programa de saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária (G 3.1.4);</p> <p>⇒ Introduziu elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização do programa de saúde (G 3.1.5);</p> <p>⇒ Não elaborou protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade (G 3.1.6);</p> <p>⇒ Forneceu antecipadamente as orientações para a implementação do programa de saúde (G 3.1.7);</p> <p>⇒ Optimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao</p>

		<p>programa de saúde (G 3.1.8);</p> <p>⇒ Analisou, interpretou e esclareceu o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução do programa de saúde (G 3.1.9).</p>
<p>⇒ Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – “Aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis” nos adolescentes do 8.º e 9º Ano da ESMS de Portalegre, a frequentar o ano lectivo 2013/2014 (G 4)</p>	<p>⇒ Procedeu à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica (G 4.1)</p>	<p>⇒ Não concebeu instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica (G 4.1.1);</p> <p>⇒ Não sistematizou indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica (G 4.1.2);</p> <p>⇒ Monitorizou os fenómenos de saúde-doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica (G 4.1.3);</p> <p>⇒ Utilizou modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica (Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (G 4.1.4);</p> <p>⇒ Utilizou técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas (SPSS 21.0) (G 4.1.5);</p> <p>⇒ Não analisou as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas (G 4.1.6);</p> <p>⇒ Não participou na gestão de sistemas de vigilância</p>

		<p>epidemiológica (G 4.1.7);</p> <p>⇒ Não participou nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental (G 4.1.8);</p> <p>⇒ Não utilizou a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública (G 4.1.9).</p>
--	--	--

CONCLUSÃO

“Ensinar os detalhes é trazer confusão. Estabelecer a relação entre as coisas, é trazer conhecimento.” (Maria Montessori)

Em pleno século XXI, mediante a sociedade em que nos encontramos inseridos é uma realidade e uma constatação, de que o «conhecimento» encontra-se em completo estado de desenvolvimento, o que de certa forma obriga de forma impreterível a um acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisas realizadas, nas mais diversas áreas, incluindo a saúde.

“A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos.” (Fortin, 1999:15)

Através do método científico poder-se-á encontrar respostas para questões que nos suscitem interesse, e que mereçam «ser investigadas».

Na ótica da mestrandia, ao nível da profissão de Enfermagem «a investigação» arroga-se fundamental para a evolução da prestação de cuidados ao indivíduo, família e/ou comunidade, com o intuito da convergência numa prática baseada na evidência.

Neste sentido, surge a necessidade de serem adotadas medidas que permitam acompanhar os avanços científicos.

A disponibilidade de informação, e o «crescimento da ciência», conduziram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo.

Uma prática baseada na evidência é descrita como a integração da experiência individual do enfermeiro, com os melhores conhecimentos especializados adquiridos através da evidência científica. Assim, a utilização da investigação e a aplicação prática dos seus resultados, permitem apoiar a tomada de decisão em Enfermagem.

Tendo identificado a evidência, o enfermeiro precisa de avaliar se existe a necessidade de considerar uma mudança na prática, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem e conseqüentemente nos ganhos de saúde para o indivíduo e/ou comunidade.

O desenvolvimento «do cuidar de hoje» é uma exigência não só da profissão, mas também dos recetores dos cuidados, que só pode ser realizado através de estudos alicerçados na investigação.

A prática de cuidar, independentemente do contexto, deve ser baseada na melhor informação possível.

Nesta linha de pensamento, imperam cada vez mais preocupações com a saúde do indivíduo e/ou das comunidades, no que diz respeito à adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos mesmos.

Indo ao encontro das primeiras Conferências Internacionais de Promoção da Saúde já realizadas, percebemos a importância que é dado à Promoção da Saúde, à capacitação e processos de empoderamento dos indivíduos e/ou comunidades, para que impere um estado de saúde a atingir, nomeadamente um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em consonância com o meio ambiente onde se encontram inseridos.

Em termos de Promoção da Saúde, torna-se impreterível destacar o papel fundamental que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária detêm na saúde do indivíduo e/ou comunidade.

Na opinião de Martins (2011:37) “o enfermeiro especialista que presta cuidados na comunidade, fruto do seu conhecimento e experiência clínica assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.”

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária consegue ter uma elevada capacidade de resposta face às necessidades da sua população-alvo, seja ao indivíduo, grupos ou comunidades, proporcionando efetivos ganhos em saúde, através do desenvolvimento de projetos de intervenção, com vista à capacitação e empoderamento dos mesmos.

Deste modo, a mestranda considera que se torna por demais relevante evidenciar e realçar, que uma das formas que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária detêm para promover a saúde dos indivíduos, grupos e/ou comunidades, é através da metodologia do Planeamento em Saúde.

Atualmente «planear em saúde» possui uma extrema importância, principalmente se atendermos que as organizações de saúde deparam-se a cada dia com novos desafios, no que diz respeito à utilização eficaz e eficiente de recursos materiais e humanos, com o intuito de obter ganhos em saúde.

Mediante a efetivação de um Diagnóstico da Situação de Saúde, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, maioritariamente é determinado a necessidade de Educação para a Saúde.

“A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde.” [E não obstante, deverá ser tido em linha de conta que] “ (...) as políticas de promoção da saúde envolvem a implementação estratégica de programas de educação para a saúde.” (Dias *et al*, 2004: 466)

Assim sendo, ao considera-se o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, elemento promotor de saúde, enquanto educador de saúde deverá participar na aprendizagem e capacitação do indivíduo e /ou comunidade, promovendo assim a literacia em saúde, facultar a acessibilidade a escolhas, para a adoção de estilos de vida saudáveis.

A comunidade adolescente constitui uma das populações alvo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, dado que, muitas das vezes é nesta faixa etária que imperam e se verificam a adoção de estilos de vida não saudáveis, e perante tal facto, torna-se premente atuar junto desta população com o intuito da promoção e à capacitação de estilos de vida saudáveis.

“Ao conceituar a Promoção da Saúde como um processo de capacitação que permite às pessoas adquirirem maior controlo sobre a sua saúde e o meio ambiente, significa que, do ponto de vista educacional, há necessidade de mudanças no estilo de vida (...).” (Lopes & Tocantins, 2012: 241)

Se for feita a correlação com o PNSE (2014: 7) está manifesto como finalidade: o “Contribuir para mais saúde das crianças e dos jovens, mais educação e melhores aprendizagens, mais equidade e maior participação e responsabilização da comunidade educativa com o desenvolvimento saudável e sustentável.”

Por conseguinte, após a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde, junto de uma população adolescente, aos alunos do 7.º e 8.º Ano de escolaridade, da ESMS de Portalegre, a frequentar o Ano Letivo 2012/2013, direcionado para a “Aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis”, após análise dos dados obtidos, verificou-se a importância da realização de Intervenção Comunitária, com a realização de Sessões de Educação para a Saúde, mediante as problemáticas: “Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas”, Violência na Escola: *Bullying*” e “Sexualidade na adolescência”, indo ao encontro do PNS (2012-2016) e PNSE (2006).

É uma realidade que os adolescentes passam grande parte do seu dia na escola.

Nesta perspetiva, a existência de uma «escola promotora de saúde» [EpS], tem toda a razão de existir dado arrogar-se como “uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. (PAPES, 2014: 4)

Segundo Tomé (2011: 9) “A adolescência é o período onde surgem maiores oportunidades e desafios associados à saúde. É um período de transição onde os jovens se encontram mais suscetíveis à influência do ambiente, que tem um papel muito importante para a sua saúde.”

Assim, a mestranda considera que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária possuem a responsabilidade de corresponder com cuidados flexíveis, inovadores, proactivos, e com uma qualidade exima, através de uma intervenção concreta e efetiva com sistemas de reforços e de participação na saúde do adolescente.

A realização de sessões de Educação para a Saúde, em contexto escolar, mesmo que limitadas em questões temporais, ao serem delineadas e concebidas com base nas necessidades identificadas em determinado grupo, são eficazes no desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais, que tornam os adolescentes menos vulneráveis ao risco.

Não obstante, e em jeito de culminar o presente capítulo, é tido à consideração da mestranda que “a enfermagem vivencia uma construção interativa e contínua entre a pessoa e o meio. Esta interação é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação no processo de cuidar.” (Serrano, Costa & Costa, 2011: 17)

Nesta linha de pensamento, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, atendendo ao seu papel na saúde da comunidade, estão bem posicionados para o desenvolvimento de Intervenção Comunitária, e a Escola, enquanto espaço promotor de estilos de vida saudáveis, adjudica-se como um local que deve possuir uma visão privilegiada e integrada dos seus alunos, particularmente da comunidade adolescente.

“O desenvolvimento de programas de saúde escolar adequados, fruto de parcerias de natureza comunitária, será um elemento essencial e sustentável para alcançar um espetro populacional amplo, que vai desde as crianças e adolescentes em idade escolar à própria comunidade em geral, constituindo uma estratégia essencial de promoção de estilos de vida saudáveis.” (Arco, 2013: 130; citando Martins 2008)

Todavia, para que tal se efetive torna-se premente que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária recorra a teorias que permitam analisar as características dos adolescentes, com o intuito da sua aplicabilidade para abordagens educacional, como é o caso

da Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, que a mestranda e as colegas de grupo tiveram em linha de conta para a planificação e realização das sessões de intervenção comunitária, dado os processos de observação – modelação poderem inferir a mudança de comportamentos, nomeadamente perante a “aquisição de hábitos de vida saudáveis.”

Mediante a sessão de Educação para a Saúde realizada, após a aplicação do Questionário de Avaliação de Satisfação, e posterior análise dos dados obtidos, foi gratificante constatar tanto pela mestranda como pelas colegas, que todos os adolescentes presentes na sessão de Educação para a Saúde responderam ao questionário, e de forma maioritária manifestaram o seu agrado para com a realização da mesma.

Desde modo, a mestranda ambicionada ter promovido a aquisição de hábitos de vida saudáveis, junto da comunidade adolescente do seu estudo, e que os mesmos se sintam capacitados e empoderados para promoverem a sua saúde, uma vez que “a modificação de comportamentos não é fácil. Por sua vez, o objetivo final da EpS será facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis.” (Carvalho & Carvalho, 2006: 52)

Ainda que tivessem imperado limitações reais e sentidas ao longo do estágio, atendendo que a profissão de Enfermagem tem por foco de atenção, numa perspetiva holística o indivíduo, compete ao enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária o direcionar da sua atuação em prol das necessidades identificadas.

A saúde do adolescente não é desprovida de significado, pelo contrário:

“Capacitar a comunidade educativa é integrar as intervenções de saúde no projeto educativo da Escola. Ter equipas de profissionais de saúde e de educação com formação e motivação é definir e planear ações a partir das necessidades sentidas e agir na melhoria de competências em saúde e em educação de todo o grupo escolar.” (PNSE, 2014: 10)

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A.; Lima, F.; Lisboa, S.; Lopes, A.; Júnior, A. (2013, novembro) Comparação entre as Teorias da Aprendizagem de Skinner e Bandura. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. Volume 1, N.º 3, 81-90. Acedido em 25 de fevereiro de 2015 em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/download/905/608>
- Arco, A. (2013). *Um Enlace Estratégico na Educação para a Saúde: Tecnologia Educativa e Saúde Escolar*. Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Educação no Curso de Doutoramento em Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10437/4862>
- Arco, A., Costa, A.; Pinto, B.; Martins, M.; Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Arco, H. (2003, dezembro). Entre a lógica organizacional e as estratégias dos actores. *Revista Nursing*. Lisboa. N.º 183, 24-28.
- Aviana, M. (2001). *O Papel do Grupo de Pares nas Tarefas do Desenvolvimento do Adolescente*. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/325>
- Bandura, A.; Azzi, R, & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artemed.
- Basto, M.; Dias, A.; Santos, B.; Portilheir, C.; Correia, C.; Deus, F.; *et al.* (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção de Saúde da População*. Lisboa: Ministério da Saúde. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-Região de Saúde de Lisboa.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições.

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brissos, M. (2004). *O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Acedido em 21 de novembro de 2014 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Brito, R. (2012). *Os Hábito de Saúde dos Adolescentes*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9521>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Cassiano, J. (2003, maio). Cuidados Primários – que desafios?. *Revista Nursing*. N.º 177, 26-27.
- Coelho, R. (2003, maio). Refletir o Cuidar. *Revista Nursing*. Lisboa. N.º 177, 49-50.
- 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 20 de janeiro de 2015 em http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/1_alma_ata_nesase.pdf
- Cordeiro, R. (2006). *Adolescência... O Corpo, a Amizade e a Intimidade*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Dias, M. (2013). *Escola, Saúde e Sociedade: Estudos de Avaliação de Projetos de Educação para a Saúde*. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didática e Formação. Acedido em 17 de fevereiro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10773/10928>
- Dias, M.; Duque, A.; Silva, M. & Durá, E. (2004). *Promoção da Saúde: O Renascimento de uma ideologia?*. Acedido em 20 de fevereiro de 2015 em

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300004&script=sci_arttext

- Ferreira, M. (2008). *Estilos de vida na Adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Acedido em 21 de novembro de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7166>
- Ferreira, M.; Alvim, N., Teixeira, M. & Veloso, R. (2007). *Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde*. Acedido em 24 de novembro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200002
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). *Adolescências...Adolescentes...* Acedido em 24 de novembro de 2014 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>
- Figueiredo, A. (2004). *À Conquista de uma Identidade: Enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, L. (2011). *A Adolescência na Transição para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9427>
- Gammer, C. & Cabié, M. (1999). *Adolescência e Crise Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gomes, A. (s.d.). *Educação para a saúde em contexto formal, não formal e informal*. Acedido em 22 de fevereiro de 2015 em http://enciga.org/files/boletins/73/IN_Gomes_Ana_CC_Educao_para_a_saude.pdf
- Gomes, M. (2003, maio). Sinais do Tempo: O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Nursing*. N° 177, 38-39.

- Guerra, M. (2004). *Estilos de vida dos adolescentes – hábitos e preocupações*. Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem. Acedido em 21 de novembro de 2014 em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9606/7/5532_TM_01_P.pdf
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, Bernard (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.
- Huot, R. (2002). *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Edição.
- Kawamoto, E; Santos, M. & Mattos, Thalita (1995). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.
- Lomba, M.; Apóstolo, J. & Cardoso, Daniela. (2012, setembro). *Violência em ambientes recreativos noturnos de jovens portugueses. Relação com consumo de álcool e drogas*. Acedido em 5 de março de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300011
- Lopes, R & Tocantins, F. (2012, janeiro-março). *Promoção da Saúde e Educação Crítica*. Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação. Volume 16, N.º 40. 235-246. Acedido em 20 de fevereiro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100018&script=sci_arttext
- Maia, A. (2008). *Saúde e Adolescência – Hábitos e Comportamentos dos Adolescentes que frequentam clínica privada no Concelho do Barreiro*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1511/1/Tese.pdf>
- Martins, M. (2005). *A Promoção da Saúde: percursos e paradigma*. Acedido em 25 de janeiro de 2015 em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/93>
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.

- Neves, M. (2012, dezembro). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. In *Revista de Enfermagem Referência* [online]. Volume III, n.º 8. Acedido em 11 de fevereiro de 2015 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300013&script=sci_arttext
- Nunes, A. (2011) *Conceito de Si e Alterações Emocionais em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4872>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2013). *Declaração de Helsínquia (8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%Aancia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009). *Declaração Cal to Action (7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005). *Carta de Banguecoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/7_bangkok_nesase.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2000). *Declaração do México - Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade (5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/6_mexico_nesase.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1997). *Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no Século XXI (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/5_jakarta_nesase.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1991). *Declaração de Sundsvall: Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde (3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1988). *As Recomendações da Conferência de Adelaide: Políticas Favoráveis à Saúde (2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em de fevereiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/3_adelaide_nesa_se.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde)*. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/2_ottawa_nesas_e_semlogo.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000 (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários)*. Acedido em 18 de janeiro de 2015 em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/1_alma_ata_nesa_se.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25 de janeiro de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, 8667-8669.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Tomada de Posição*. Lisboa. Conselho Diretivo. Acedido em 2 de fevereiro de 2015 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Parlamentos dos Jovens (2014). *Sessão Nacional do Parlamento dos Jovens - Tema em debate: drogas evitar e enfrentar as dependências*. Acedido em 12 de fevereiro de 2015 em

<http://app.parlamento.pt/Webjovem2014/Basico/AgendaSessaoNacional.pdf>

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª Edição.

Pombo, Olga (s.d.). *Liceu Mouzinho da Silveira*. Portalegre. Acedido em 12 de fevereiro de 2015 em

<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/lugares/osantigosliceu/newpage14.htm>

Portal Parque Escolar. *Escola Secundária Mouzinho da Silveira*. Acedido em 12 de fevereiro de 2015 em <http://www.parque-escolar.pt/pt/escola/027/>

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., (2013). *Planeamento em Saúde*. Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde>

PORTUGAL, Assembleia da República (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. *Diário da República*, 1ª série – N.º 151. 5097-5098.

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2014* [PNSE 2014]. Acedido em 5 de fevereiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica-pdf.aspx>

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde [DGS] (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2006* [PNSE 2006]. Acedido em 5 de fevereiro de 2015 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

- PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Orientação n.º 014/2013 de 28/10/2013*. Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142013-de-28102013-pdf.aspx>
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística [INE, I.P.] (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: [INE, I.P.]. Acedido em 17 de maio de 2013 em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Educação (2002). Portaria n.º 268/2002 de 13 de março: Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. *Diário da República*, I SÉRIE-B, n.º 61, 2305-2309.
- PORTUGAL, Ministério da Educação (1999). Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro. *Diário da República*, I SÉRIE-A, n.º 206, 6198-6201.
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência – Direção-Geral da Educação [DGE] (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde [PAPES]*. Lisboa: Plataforma Moodle da DGE. Acedido em 5 de fevereiro de 2015 em <http://www.dgide.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=189>
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência – Direção-Geral da Educação [DGE] (2012/2013). *Promoção e Educação para a Saúde: Relatório 2012/2013*. Lisboa: Plataforma Moodle da [DGE]. Acedido em 5 de fevereiro de 2015 em http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/relatorio_promocao_e_educacao_para_a_saude_2012_13.pdf
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012-2016). *Plano Nacional de Saúde (2012-2016)*. Acedido em 18 de novembro de 2014 <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Portal da Saúde. Acedido em 20 de janeiro de 2015 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde [DGS] (2002). *Centro de Saúde da 3ª Geração – Manual para a Mudança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 20 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Divisão de Planeamento e Normalização (1995). *A Saúde em Portugal*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde [DEPS].
- PORTUGAL, Ministérios da Saúde e da Educação (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril. *Diário da República*, 1ª série – N.º 69. 1170-(2) / 1170-(4).
- Quivy, R.; & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gravidia.
- Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência. 9ª Edição.
- Rodrigues, A. (2013). *Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: o Papel da Enfermagem 1926-2002*. Tese submetida como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em 17 de janeiro de 2015 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10616/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Paula%20Gato.pdf>
- Rodrigues, V.; Carvalho, A.; Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). *Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes*. Acedido em 4 de março de 2015 em <http://hdl.handle.net/1822/6651>
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e excesso de peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Biologia Humana e Ambiente. Universidade de Lisboa: Faculdade de Ciências. Departamento de Biologia Animal. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3119/1/ulfc_tm_Daniel_Sampaio.pdf
- Santos, M. (2011). *Noções Introdutoras sobre o Processo de Planeamento*. Acedido em 18 de novembro de 2014 em http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoosIntrodutorias_28Jul11.pdf

- Sardinha, L.; Matos, M. & Loureiro, I. (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Schall, V. & Struchiner, M. (1999, janeiro). Educação em saúde: novas perspectivas. In *Caderno Saúde Pública* [online]. Volume 15, Suplemento n.º 2. Acedido em 11 de fevereiro de 2015 em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000600001
- Serrano, M.; Costa, A. & Costa, N. (2011, março). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. *Revista de Enfermagem Referência*. Artigo de Investigação, (III Série). N.º 3. 15-23. Acedido em 20 de fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02>
- Shoen-Ferreira, T. & Aznar-Farias, M. (2010, abril-junho). *Adolescência através dos Séculos*. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Volume 26. N.º 2, 227-234. Acedido em 18 de novembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>
- Silveira, R. (2004, janeiro) *Enfermeira ou Tarefaira?*. *Revista Nursing*. Lisboa. N.º 184, 24-26.
- Simões, C. (2010). *Adolescentes e Comportamentos de Saúde*. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/769>
- Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N. & Peres, S. (2011). *Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 5 de fevereiro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- Sobreira, N. (1981). *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Edição). Loures: Lusodidata.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª Edição). Loures: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação N.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tomé, G. (2011). *Grupo de Pares, Comportamentos de Risco e a Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Acedido em 1 de dezembro de 2014 em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3796/1/gina%20tome%20tese%20do%20tutoramento.pdf>

UNICEF, (2011). *Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades*. Acedido em 27 de fevereiro de 2015 em www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Woolfolk, A. (2000). *Psicologia da Educação*. Porto-Alegre: Artemed. 7.ª Edição.

ANEXOS

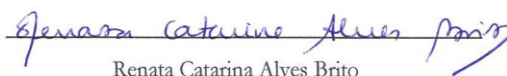
Anexo I – Autorização para a aplicação de Questionário

Anexo I - Autorização para a aplicação de Questionário

DECLARAÇÃO

RENATA CATARINA ALVES BRITO, solteira, residente em Póvoa de Varzim, natural da freguesia de Póvoa de Varzim, concelho da Póvoa de Varzim, titular do cartão de cidadão número 12738124, emitido pela República Portuguesa e válido até 09.08.2016, expressamente consente e autoriza que o instrumento de colheita de dados (“Questionário”) por si desenvolvido e utilizado na elaboração da sua dissertação de Mestrado, que apresentou e defendeu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, intitulada “*Os Hábitos de Saúde dos adolescentes - A realidade numa instituição de ensino particular*”, seja utilizado, a título exclusivo, e sem qualquer contrapartida financeira, por Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, todas alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, no âmbito do diagnóstico de saúde que se encontram a desenvolver na disciplina de Enfermagem Comunitária e apenas para este efeito específico.

Póvoa de Varzim, 15 de Maio de 2013.


Renata Catarina Alves Brito

Anexo II – Questionário utilizado no Diagnóstico da Situação de Saúde

Anexo II- Questionário utilizado no Diagnóstico da Situação de Saúde

ATENÇÃO: Este questionário é anónimo e não deves escrever o teu nome em qualquer uma das folhas.

Destina-se à elaboração de um estudo sobre “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”.

Queremos saber o que realmente pensas e quais as tuas preocupações!!!

És fundamental para a realização do estudo, por isso, pedimos-te que respondas a todas as questões e que sejas sincero.

Obrigada pela tua colaboração.

I. Dados gerais

1. Idade _____ anos
2. Ano escolar _____ ano
3. Sexo: Feminino Masculino
4. Com quem vive: _____
5. Área de residência: _____
6. Pai: Profissão: _____
Escolaridade: _____
Situação de emprego: _____
- Mãe: Profissão: _____
Escolaridade: _____
Situação de emprego: _____
7. Altura: _____ Peso: _____

II. Alimentação e Exercício físico:

1. Quantas refeições faz por dia?
 5 ou mais 4 a 3 menos de 3
2. Pequeno-almoço:
 - 2.1. Toma o Pequeno-almoço diariamente?
 Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente
 Nunca
 - 2.2. Que alimentos consome ao Pequeno-almoço?
 Pão Cereais Bolos Leite Iogurte
 fruta Sumos de fruta Refrigerantes
 Outros – Quais? _____
3. Lanche da manhã:
 - 3.1. Come lanche a meio da manhã?
 Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente
 Nunca
 - 3.2. Que alimentos come?
 Pão Bolos/bolachas Leite/iogurte sumos de
fruta fruta refrigerantes chocolates
Outros – Qual? _____
4. Lanche da tarde:
 - 4.1. Come lanche a meio da tarde?

Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente

Nunca

4.2. Que alimentos come?

Pão Bolos/bolachas Leite/iogurte

Sumos de fruta fruta refrigerantes chocolates

Outros – Qual? _____

5. O que consome nas refeições principais (almoço e jantar)?

sopa salada prato principal fruta doce

sandes/pratos frios água sumos

refrigerantes vinho/cerveja

6. Quantos copos de água ingere em média por dia? _____

7. Faz algum tipo de exercício físico?

Sim Não

7.1. Se sim:

7.1.1. Qual? _____

7.1.2. Com que frequência? _____

7.1.3. Qual a duração? _____

III. Saúde Oral:

1. Quantas cáries teve até ao momento? _____

2. Quantas vezes por dia escova os dentes?

Nenhuma Uma Duas 3 ou mais

3. Com que frequência vai ao dentista?

de 6 em 6 meses uma vez por ano quando tem dor ou outro problema

Outra – Qual? _____

4. Costuma comer doces/guloseimas?

Sim Não

IV. Sono e repouso:

1. Quantas horas dorme em média por noite? _____

V. Segurança e prevenção de acidentes

1. As viagens entre casa e a escola:

1.1 São feitas com:

pais familiares/empregados sozinho amigos/colegas

1.2. São feitas em:

automóvel transporte público bicicleta motorizada a pé

2. Quando anda de bicicleta ou motociclo, utiliza capacete?

Sim Não

3. Quando frequenta praias ou piscinas durante a época balnear:

3.1. Utiliza as que têm vigilância/nadador salvador?

Sim Não

3.2. Cumpre as bandeiras nas praias?

Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente

Nunca

3.3. Utiliza protecção solar?

Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente

Nunca

3.4. Expõe-se ao sol:

Durante todo o dia até as 11:30h e/ou a partir das 16h Nunca

4. Teve algum acidente?

Sim Não

VI. Consumos:

1. Bebidas alcoólicas:

1.1 Já as consumiu?

Sim Não

1.2. Com que frequência ingere álcool?

Sempre Frequentemente Ocasionalmente Raramente

Nunca

1.3. Já alguma vez ficou embriagado?

Sim Não

2. Tabaco:

2.1. Já consumiu?

Sim Não *(se não, passe para a pergunta nº 3)*

2.2. Se fumador, com que frequência fuma?

diariamente semanalmente Ocasionalmente
 Nunca

3. Outras substâncias:

3.1. Já consumiu substâncias proibidas(drogas)?

Sim Não

3.1.1. Se sim:

3.1.1.2. Que tipo de substâncias consumiu ou consome?

3.1.1.3. Com que frequência consome?

diariamente semanalmente Ocasionalmente
 Nunca

VII. Situações de risco e acidentes:

1. Já foi vítima de violência na escola?

Sim Não

1.1 Se sim,

1.1.1 De que tipo?

verbal psicológica física sexual

1.1.2. Por parte de quem?

amigos namorado(a) colegas

Outros – Quem? _____

2. Já teve ou tem algum problema de saúde mental?

Sim Não

2.1. Se sim, de que tipo? _____

3. Que importância tem para si o seu desempenho escolar e as suas notas?

máxima importância importante moderadamente importante pouco importante

4. Costuma sentir medo ou ansiedade nos testes e exames?

Sim Não

VIII Saúde sexual e reprodutiva

1. Aceito o meu corpo tal como ele é

Concordo totalmente concordo indiferente discordo discordo totalmente

2. Reconheço que o afecto ou o amor devem existir nos relacionamentos sexuais

Concordo totalmente concordo indiferente discordo discordo totalmente

3. Já iniciou a sua actividade sexual?

Sim Não

Se sim:

3.1. Com que idade? _____

3.2. Costuma usar algum método contraceptivo ou protecção?

Não Sim (se sim, qual? _____)


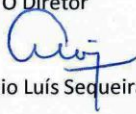
4. Com quem se sente à vontade para falar sobre sexualidade?

Pais amigos colegas professores

Outros (Quais? _____)

Anexo III – Autorização para realização de estágio na ESMS de Portalegre, face a Diagnóstico da Situação de Saúde

Anexo III – Autorização para realização de estágio na ESMS de Portalegre, face a Diagnóstico da Situação de Saúde

	GOVERNO DE PORTUGAL	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA	Agrupamento de Escolas do Bonfim - Portalegre	
<p>Exm^{as}. Sras. Enfermeiras Ana Tigueira Ana Baptista Filipa Ribeiro Maite Ramos Escola Superior de Saúde</p>				
Sua referência	Sua comunicação de 07-11-2013	Nossa referência Of. 1167 - 2013	Classif.	Data 07-11-2013
Assunto : Exposição dos resultados no âmbito do Diagnóstico de Saúde				
<p>Em resposta à solicitação que me foi dirigida em relação ao assunto mencionado, informo-as que têm a minha anuência em fazer a respetiva apresentação aos professores no dia 13 de novembro, no período da tarde, como foi sugerido.</p> <p>Quanto à realização de sessões de Educação para a Saúde aos alunos envolvidos no estudo, fica desde já agendado para os dias 16 e 17 de dezembro, como foi proposto em carta enviada.</p> <p>Com os melhores cumprimentos.</p> <p style="text-align: center;">O Diretor  António Luís Sequeira</p>				
<small>Avenida do Bonfim * * 7300-067 Portalegre Contribuinte : 600085422 * Telefone : 245302370 * Fax: 245205827 * E-Mail : secretaria.aebonfim@gmail.com</small>				

Anexo IV – Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Anexo IV – Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

<p><i>Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011</i> 8667</p> <p style="text-align: center;">Regulamento n.º 128/2011</p> <p style="text-align: center;">Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública</p> <p style="text-align: center;">Preambulo</p> <p>A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspectiva, 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.</p> <p>Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite 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. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.</p> <p>Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constroem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.</p> <p>Assim,</p> <p>Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea e) do artigo 20.º e da alínea j) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdiccional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:</p>									
<p style="text-align: center;">Artigo 1.º</p> <p style="text-align: center;">Objecto</p> <p>O presente regulamento define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.</p>	<p style="text-align: center;">Artigo 2.º</p> <p style="text-align: center;">Âmbito e Finalidade</p> <p>O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 3.º</p> <p style="text-align: center;">Conceitos</p> <p>Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 4.º</p> <p style="text-align: center;">Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública</p> <p>1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:</p> <p>a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;</p> <p>b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;</p> <p>c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;</p> <p>d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico.</p> <p>2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).</p> <p style="text-align: center;">ANEXO I</p> <p style="text-align: center;">Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública</p> <p style="text-align: center;">Competência</p> <p>G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.</p> <p style="text-align: center;">Descritivo</p> <p>Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:</p>								
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Unidades de competência</th> <th style="text-align: center;">Critérios de avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.1. Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.</p> <p>G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.</p> <p>G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.</p> <p>G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.</p> <p>G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.</p> <p>G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.</p> <p>G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.</p> <p>G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção executáveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Unidades de competência	Critérios de avaliação	<p>G1.1. Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</p>	<p>G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.</p> <p>G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.</p> <p>G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.</p> <p>G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.</p> <p>G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.</p> <p>G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.</p>	<p>G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.</p>	<p>G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.</p> <p>G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.</p> <p>G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.</p>	<p>G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.</p>	<p>G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção executáveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.</p>	
Unidades de competência	Critérios de avaliação								
<p>G1.1. Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</p>	<p>G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.</p> <p>G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.</p> <p>G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.</p> <p>G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.</p> <p>G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.</p> <p>G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.</p>								
<p>G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.</p>	<p>G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.</p> <p>G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.</p> <p>G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia.</p>								
<p>G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.</p>	<p>G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção executáveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos.</p>								

8668

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objetivos operacionais. G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.
G1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção. G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção.
G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. G1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. G1.5.3. Procede à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida. G1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Competência

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descritivo

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos:

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania.	G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.
G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.	G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos.
G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.	G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária. G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades. G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades. G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação. G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades. G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.

Competência

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Descritivo

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das actividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	G3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. G3.1.2. Coopera na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. G3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. G3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. G3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Competência

G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Descritivo

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
G4.1. Proceda à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.	G4.1.1. Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. G4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. G4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. G4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. G4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. G4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. G4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonaria, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320072

Regulamento n.º 129/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Preambulo

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas

humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação de Questionário face a Diagnóstico da Situação de Saúde

Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação de Questionário face a Diagnóstico da Situação de Saúde


Exma. Sra. Enfermeira Mestre em Enfermagem
Renata Catarina Alves Brito

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude de se encontrarem a elaborar um Diagnóstico de Saúde, no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes", vêm, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados, por si utilizado na sua Tese de Mestrado intitulada: “Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes - A realidade numa instituição de ensino particular.”

Com os melhores cumprimentos.

Portalegre, 29 de Abril de 2013.

Pl' grupo,


(Ana Raquel Pires Baptista)

Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionário ao seu educando para participação no Diagnóstico da Situação de Saúde

Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionário ao seu educando para participação no Diagnóstico da Situação de Saúde

Exmo. Sr. Encarregado de Educação

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude de se encontrarem a elaborar um Diagnóstico de Saúde na Escola Mouzinho da Silveira no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes", vêm, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário ao seu educando.

Com os melhores cumprimentos,
Portalegre, 29 de Abril de 2013.

Pl'grupo,


(Marta Sofia Silva Ramos)

Autorizo

Não Autorizo

Nome do Educando: _____

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

(Caso não seja devolvido o pedido de autorização até ao dia 10.05.2013, assumimo-lo como tacitamente autorizado)

Apêndice III – Pedido de Autorização para realização de estágio na ESMS face a Diagnóstico da Situação de Saúde

Apêndice III – Pedido de Autorização para realização de estágio na ESMS face a Diagnóstico da Situação de Saúde



Exmo. Senhor Diretor da Escola Secundária
Mouzinho da Silveira – Portalegre

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude da elaboração de um Diagnóstico de Saúde, no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de vida saudáveis dos Adolescentes", que decorreu no mês de Maio do presente ano na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, e face ao resultados obtidos nas turmas de 7º e 8º ano, referentes ao ano lectivo de 2012/2013, presentemente a frequentar o 8º e 9º ano de escolaridade, vêm por este meio solicitar a V. Exa., autorização para a exposição dos mesmos, bem como, a realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da *Promoção da Saúde Escolar*.

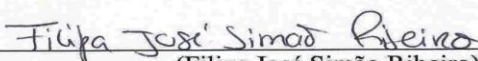
Assim sendo, propomos à consideração superior, que no dia 13 de Novembro de 2013, no primeiro período da tarde, possamos realizar a apresentação e discussão dos resultados aos docentes da referida escola.

Nos dias 16 e 17 de Dezembro de 2013, propomos à consideração superior, autorização para a realização de sessões de Educação para a Saúde aos discentes envolvidos no estudo, a desenvolver no período da manhã, e referentes às temáticas:

- ✓ Consumo de álcool e Drogas;
- ✓ Violência na Escola (*Bullying*);
- ✓ Sexualidade.

Com os melhores cumprimentos,
Portalegre, 21 de Outubro de 2013.

Pelo grupo,


(Filipa José Simão Ribeiro)

Apêndice IV – Projeto de Estágio de Intervenção em Grupo (Formato CD-ROM)

Apêndice V – Cronograma de Atividades - Sessões de Intervenção Comunitária

Apêndice V – Cronograma de Atividades - Sessões de Intervenção Comunitária

2013/2014	novembro	dezembro	janeiro	
Manhã	-----	<p>16.12.2013</p> <p>Sessão de Educação para a Saúde:</p> <p>“Consumo de Substâncias Ilícitas”</p> <p>Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano</p>	<p>16.01.2014</p> <p>Sessão de Educação para a Saúde:</p> <p>“Violência na Escola (Bullying)”</p> <p>Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano</p>	<p>17.01.2014</p> <p>Sessão de Educação para a Saúde:</p> <p>“Sexualidade na Adolescência”</p> <p>Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano</p>
Tarde	<p>13.11.2013</p> <p>14h</p> <p>Sessão de Apresentação do Diagnóstico de Saúde à Direção e Docentes da ESMS</p>	-----	-----	-----

Apêndice VI – Sessão de Apresentação do Diagnóstico da Situação de Saúde à Direção e Docentes da ESMS (Formato CD-ROM)

Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde: “Consumo de Substâncias Ilícitas na Adolescência” (Formato CD-ROM)

**Apêndice VIII – Filme: “Consumo de Substâncias Ilícitas na Adolescência”
(Formato CD-ROM)**

**Apêndice IX – Sessão de Educação para a Saúde: “Bullying nas Escolas”
(Formato CD-ROM)**

Apêndice X – Folheto “Bullying nas Escolas” (Formato CD-ROM)

**Apêndice XI – Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade na Adolescência”
(Formato CD-ROM)**

Apêndice XII – Questionário de Avaliação de Satisfação dos Adolescentes

Apêndice XII – Questionário de Avaliação de Satisfação dos Adolescentes



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
DA SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES**



As alunas do III Mestrado em Enfermagem, da área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretendem avaliar o seu desempenho junto de ti, após a realização da Sessão de Educação para Saúde.

Neste sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais verdadeira possível, porque o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho.

Questionário

Ano de Escolaridade: _____ Idade: _____ Sexo: _____

(Assinalar com “X” a resposta pretendida)

Questões	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
1. Modo como te sentiste durante a sessão					
2. Pertinência dos temas abordados					
3. Modos como os temas foram abordados					
4. Esclarecimento de dúvidas					
5. A sessão correspondeu às tuas expetativas?					
6. Grau de satisfação da sessão em geral					

Comentários / Sugestões:

Obrigada pela tua colaboração.

Apêndice XIII – Sessão de Educação para a Saúde aos alunos da ESSP: “Metodologia do Planeamento em Saúde” (Formato CD-ROM)

Apêndice XIV – Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
	2013										2014
	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Revisão Sistema da Literatura – Pesquisa Bibliográfica											
Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados											
Tratamento e Análise dos Dados											
Elaboração do Diagnóstico da Situação de Saúde											
Reunião com a Direção da ESMS											
Elaboração e entrega do Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária em Grupo											
Estágio											
Elaboração das Sessões de Educação para a Saúde											
Sessão de Educação para a Saúde para à Direção e Docentes da ESMS											
Sessão de Educação para a Saúde para os adolescentes da ESMS na ESMS											
Sessão de Educação para a Saúde para os alunos da ESSP, na ESSP											

