



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Educar para a sexualidade e afetos na adolescência

Vânia Filipa Amado Costa

Orientação: Professor Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Educar para a sexualidade e afetos na adolescência

Vânia Filipa Amado Costa

Orientação: Professor Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho foi um desafio gratificante e de referência para a minha vida pessoal e profissional.

No entanto, a concretização de um trabalho desta natureza, apesar de ser considerado frequentemente um trabalho solitário e individual, não se faz sozinho. Por isso quero demonstrar o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

À enfermeira Anabela Simões por toda a orientação meticulosa, pelo apoio e ânimo ao longo deste trabalho e por me fazer sempre acreditar que todo o trabalho desenvolvido é sempre importante;

Ao enfermeiro Edgar Canais pela disponibilidade, orientação científica, compreensão e incentivo nos momentos difíceis;

À equipa da UCC pelo acolhimento e forma afetuosa como me receberam;

Aos representantes da escola secundária, pela forma afetuosa e profissional com que trabalharam comigo.

O último agradecimento dirijo-o aos que ocupam o primeiro lugar em mim:

À minha família pelo apoio incondicional;

Ao Biju, por ter embarcado nesta aventura comigo, e que nunca me deixou sozinha com suas palavras de ânimo, sorrisos e gargalhadas;

E a ti meu amor...pela paciência infundável e por me teres dado a mão quando tudo parecia se desmoronar...

Educar para a sexualidade e afetos na adolescência

RESUMO

A adolescência é marcada pelo desenvolvimento físico, mas nem sempre é acompanhada pelo desenvolvimento cognitivo ou afetivo, sendo os adolescentes um grupo vulnerável a riscos como gravidezes não desejadas ou infeções sexualmente transmissíveis.

Os adolescentes são um grupo de intervenção prioritário e as equipas da saúde escolar devem contribuir para que estes vivenciem a sexualidade de forma segura e consciente e sem riscos.

A intervenção comunitária foi orientada para a área da sexualidade nos adolescentes que frequentam o 9º ano, tendo decorrido na Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa e na Escola Secundária do concelho de Lagoa, com finalidade de promover a aquisição de conhecimentos sobre afetos e sexualidade saudável nos adolescentes.

Este trabalho foi baseado na Metodologia do Planeamento em Saúde, no referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e no perfil de competências específicas do Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chaves: Adolescentes, Educação sexual, Enfermagem comunitária

Educate for sexuality and affections in adolescence

ABSTRACT

Adolescence is marked by deep physical development, but it is not always accompanied by cognitive or affective development. This fact makes adolescents a group vulnerable to risks, such as, unintended pregnancies or sexually transmitted diseases.

Adolescents are a priority group intervention and school health teams must contribute to their sexual education in a safe, conscious and risk-free manner.

Bearing this in mind, adolescents group interventions were carried out in the area of sexual education for those in the 9th grade. They took place in Alagoa's Care Unit Community and in the Secondary School of Lagoa's Municipality, in order to promote the knowledge acquisition regarding affection and sexuality in adolescents.

This work was based on the Health Planning Methodology, the theoretical framework of the Nola Pender Health Promotion Model and the specific skills profile of the Community Nursing and Public Health Specialist.

Keywords: Adolescents, Sex education, Community nursing

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS I - PARECER POSITIVO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA	CXXXVII
ANEXOS II - PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACeS BARLAVENTO PARA A UTILIZAÇÃO DO LOGÓTIPO DA UCCD' ALAGOA NA CAPA DO DOSSIER DE ATIVIDADES	CXXXIX
ANEXOS III - PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACeS BARLAVENTO ALGARVE II, PARA PODER IDENTIFICAR ESTA UCC NESTE RELATÓRIO DE ESTÁGIO	CXLI
ANEXOS IV - DIAGRAMA ADAPTADO DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	CXLIII

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES I - ARTIGO CIENTÍFICO CXLVI

**APÊNDICES II - RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO
PROJETO NA ESCOLA SECUNDÁRIA – RESPOSTA DO CONSELHO PEDAGÓGICO..CLXVIII**

APÊNDICES III - DOSSIER TEMÁTICOCLXX

**APÊNDICES IV - CONSENTIMENTO INFORMADO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
..... CCXLVIII**

**APÊNDICES V - REGISTO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS REALIZADAS
EM CADA TURMA POR ANO LETIVOCCL**

APÊNDICES VI - CRONOGRAMA.....CCLIII

APÊNDICES VII - QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO..... CCLV

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE..... 26

FIGURA 2 : DINÂMICA POPULACIONAL DO CONCELHO DE LAGOA 2015..... 36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA NO CONCELHO DE LAGOA..... 36

GRÁFICO 2 : INDICADORES ASSOCIADOS AOS RECURSOS HUMANOS DE APOIO À SAÚDE.. 41

GRÁFICO 3: IVG NO CONCELHO DE LAGOA 42

GRÁFICO 4: NÚMERO DE CRIMES CONTRA PESSOAIS NO CONCELHO DE LAGOA 42

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – INDICADORES DE POPULAÇÃO DO CONCELHO DE LAGOA E REGIÃO DO ALGARVE E PORTUGAL	37
TABELA 2: DESCRIÇÃO DO ORÇAMENTO DO PROJETO	84
TABELA 3: INDICADORES DE ATIVIDADE DO PROJETO	93
TABELA 4: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE RELACIONADOS COM O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO	97
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “SIMPATIA E DISPONIBILIDADE DOS TÉCNICOS”	99
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “COMPETÊNCIA E PROFISSIONALISMO”	100
TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “FORMA COMO TE SENTISTE DURANTE A SESSÃO”	100
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “UTILIDADE DOS TEMAS ABORDADOS”	101
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “FORMA COMO OS TEMAS FORAM ABORDADOS”	102
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS”	102
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “A SESSÃO CORRESPONDEU ÀS TUAS EXPETATIVAS”	103

TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO FACE AO ITEM “ GRAU DE SATISFAÇÃO GERAL”	103
--	-----

TABELA 13: COTAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS DE VERIFICAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO.....	106
--	-----

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AEESES – Associação das Escolas das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

CSP_ Cuidados de Saúde Primários

CPCJ- Comissão proteção de crianças e jovens em risco

ECCI – Equipa Cuidados Continuados integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

IPSS – Instituições particulares de solidariedade social

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupções Voluntárias da Gravidez

Nº - Número

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

p. – página

PES- Programa de Educação para a Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRESSE -Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância

UCC- Unidade de Cuidados na comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados

VIH – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
3. ANÁLISE DO CONTEXTO	27
3.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	27
3.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	33
4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	35
4.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO /UTENTES.....	35
4.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO.....	43
4.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO	47
4.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO.....	51
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	55
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	59
6.1. METODOLOGIAS.....	59
6.2. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	62
6.3. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	66
6.4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	80
6.5. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	81
6.6. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	83

6.7.	DESCRIÇÃO DO ORÇAMENTO	83
6.8.	CRONOGRAMA.....	85
7.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	87
7.1.	AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	88
7.2.	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	91
7.2.1.	<i>Resultados dos questionários</i>	98
7.3.	DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS... 	107
8.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	110
9.	CONCLUSÃO.....	122
	BIBLIOGRAFIA.....	126

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus na Universidade de Évora.

O presente relatório reporta-se aos dois estágios curriculares do mestrado, no período de tempo compreendido entre 2 maio de 2017 a 16 de junho de 2017 e entre 19 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018.

Estes estágios tiveram a orientação do docente, professor Edgar Canais, e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Anabela Simões, também enfermeira coordenadora da Unidade de cuidados na Comunidade (UCC) D'Alagoa, onde foi realizado estes estágios curriculares.

A prática da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, é dirigida para todos os indivíduos e comunidade englobando todas as fases do ciclo de vida e visa o encorajamento da autonomia e do direito dos indivíduos e famílias tomarem as suas decisões e serem responsáveis pela sua saúde.

Torna-se assim, fundamental a formação dos enfermeiros na área da especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o objetivo de desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde , o enfermeiro especialista “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 projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a p.1).

Atendendo ao carácter profissionalizante desta especialidade, os campos de estágio constituem um momento privilegiado e único, pois criam uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma eficiente e otimizam as relações com a comunidade no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido o presente relatório pretende ser o registo do planeamento em saúde com especial relevo para o projeto de intervenção na comunidade da Unidade Curricular Estágio e Unidade de Relatório que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) D'Alagoa e na escola secundária do concelho de Lagoa.

Os objetivos para a redação deste relatório são:

- Descrever as atividades realizadas durante o estágio, fazendo referência ao planeamento em saúde e modelo teórico que suportaram a prática;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio, e o modo como estas contribuíram para a minha formação no meu perfil de Enfermeiro Especialista em saúde Comunitária;
- Refletir de forma crítica acerca das competências adquiridas ao longo do estágio.

Este projeto de intervenção foi desenvolvido no âmbito da Promoção da literacia em saúde, com recurso à Educação para a Saúde na promoção de comportamentos e atitudes saudáveis e capacitação dos adolescentes, possibilitando-lhes assim, o poder de fazer no futuro, escolhas e vivências mais responsáveis relacionadas com a sexualidade.

A adolescência é um período crítico de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, num período dinâmico e incerto entre a infância e a idade adulta (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Os adolescentes são considerados um grupo saudável, no entanto existe uma preocupação crescente e a nível mundial, relativamente à vulnerabilidade que lhe está associada, resultante das características da adolescência, reconhecida como um período de grandes mudanças biológicas, psicológicas, afetivas, sociais e familiares.

Estas mudanças no desenvolvimento provocam instabilidade, podendo conduzir a profundas alterações na vida do indivíduo, determinando a sua saúde e bem-estar, bem como daqueles que o rodeiam.

Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de Infecções sexualmente transmissíveis (Ministério da Saúde, 2004).

Este facto, justifica a pertinência de uma intervenção de promoção da literacia em saúde neste grupo etário, visando a aquisição de comportamentos saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco que se poderão perpetuar na vida adulta.

Cada vez mais a promoção da literacia em saúde tem vindo a ser considerada como o processo para obter ganhos em saúde, através do aumento da capacidade dos indivíduos para gerirem a sua própria saúde.

O conceito de Promoção da Saúde tem sido relacionado com a educação para a saúde. Para Stanhope & Lancaster (1999), a Promoção da Saúde diz respeito a uma atividade mais alargada e a Educação para a Saúde como uma técnica/estratégia para a alcançar.

Através da Educação para a Saúde é possível envolver os adolescentes na própria construção e na manutenção do seu potencial de saúde, tendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública um papel fundamental de mentor neste processo de capacitação.

O Enfermeiro juntamente com o adolescente desenvolve um trabalho de equipa, diagnosticado as necessidades em saúde e através dos recursos disponíveis, potencia o adolescente a superar as dificuldades. Este processo visa a responsabilização do adolescente nas suas escolhas e também uma autonomia crescente na tomada de decisão relativamente à sua saúde.

Segundo a World Health Organization (WHO), refere que os comportamentos saudáveis adquiridos durante a adolescência tendem a prevalecer na idade adulta, ou seja, a intervenção precoce junto das crianças e adolescentes justifica-se pelo facto de existir a possibilidade de

uma grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a infância e adolescência (WHO, 2005).

Assim sendo, o desenvolvimento saudável dos adolescentes é um aspeto importante na vida de qualquer comunidade, pois muitos dos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes podem influenciar, direta ou indiretamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo (WHO, 2005).

É na escola que os adolescentes passam grande parte do seu tempo. Logo a escola funciona como um espaço de formação e de aprendizagens, sendo um local privilegiado para intervenções preventivas através da elaboração de projetos de intervenção para a educação para a saúde (Sampaio, Batista, Matos & Silva, 2007).

Atualmente os adolescentes têm facilidade em obter informação sobre questões da sexualidade, no entanto isso não se traduz em escolhas adequadas ou saudáveis, daí a importância da educação sexual.

A educação sexual poderá fornecer um papel importante na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma em escolhas mais informadas, mais autónomas, e mais responsáveis da sexualidade (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2009).

Em Portugal, encontra-se definido que as escolas devem ser espaços seguros e saudáveis, devendo adotar estratégias que visem promover a saúde e prevenir doenças, através de ações que devem ser desenvolvidas durante o ano letivo.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) refere que “é desejável que os estabelecimentos de educação e ensino olhem para os alunos como parceiros, com potencialidades e responsabilidades a desenvolver, para que sejam eles próprios agentes activos da mudança, cabendo à escola adoptar práticas pedagógicas diferenciadas” (PNSE, 2006 p.16).

As escolas devem ainda, procurar parcerias com outras instituições e profissionais, entre os quais se destacam os enfermeiros que trabalham diretamente com indivíduos e

comunidade. Para este grupo, os enfermeiros devem assumir-se como promotores da saúde, dado que estes adolescentes serão os adultos do futuro.

Este projeto de intervenção na área da promoção da saúde foi desenvolvido com e para a equipa da saúde escolar da UCC D'Alagoa, tendo em conta que: “as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa” (Direção Geral de Saúde, 2006 p.6).

Os cuidados de enfermagem nos adolescentes na área da educação da sexualidade saudável, promovem o *empowerment* e a capacitação dos adolescentes, fornecendo conhecimentos e reforçando aptidões, que são indispensáveis aos processos de tomada de decisão consciente.

Considerando tudo que foi dito anteriormente, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem a capacidade de desenvolver estratégias de promoção da saúde em meio escolar, dirigida aos adolescentes. Estas estratégias serão no sentido de identificar necessidades de saúde, planear, desenvolver e avaliar intervenções que contribuam para a adoção de comportamentos saudáveis e, que consequentemente que permitam ganhos em saúde.

O reconhecimento da importância da intervenção neste grupo etário, associada a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção comunitária constituíram-se fatores preponderantes para a escolha dos adolescentes como população-alvo.

O projeto vai ao encontro das necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar do local de estágio em questão. A sua pertinência consubstancia-se no facto, haver uma ausência de intervenção da equipa da saúde escolar no âmbito da educação sexual a um grupo de adolescentes, constituindo uma lacuna na intervenção na promoção da saúde aos jovens do concelho.

Este projeto de intervenção também funcionou como veículo para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública, tendo sido desenvolvido na escola secundária do concelho de Lagoa.

Considerando o contexto deste projeto, definiu-se como objetivo geral do projeto: Promover a aquisição de conhecimentos sobre afetos e sexualidade saudável nos adolescentes.

Como objetivos específicos deste projeto no ano letivo de 2017/2018:

- Elaboração um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D'Alagoa: com o planeamento das sessões e elaboração de guiões;
- Realização de todas as atividades planeadas na turma onde será implementado o projeto no ano 2017/2018;
- Proporcionar aos adolescentes do 9º ano a aquisição de conhecimentos relativos as doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez, afetos e comportamentos saudáveis ao nível da sexualidade no ano letivo 2017/2018, através das sessões de educação para a saúde.

Para ser possível atingir estes objetivos foi desenvolvido um projeto de intervenção sustentado num diagnóstico de saúde e tendo como base a metodologia de Planeamento em Saúde.

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

A metodologia em planeamento em saúde foi também suportada teoricamente pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, uma vez que a sua teoria se preocupa com a pessoa na sua unicidade, incluindo todo o meio que a envolve e que pode ser condicionante das suas atitudes.

Este modelo auxilia os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes de comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis. Este modelo de promoção da saúde pode ser usado como uma base para protocolos de estrutura de enfermagem para intervenções.

O desenvolvimento do presente projeto é, então constituído por oito partes, descritas de seguida.

A primeira parte é composta pelo referencial teórico deste projeto, onde há a descrição da metodologia do planeamento em saúde e das várias etapas que é composto.

A segunda parte é composta pela análise do contexto onde foi realizado o estágio curricular final, com uma caracterização do ambiente, dos recursos humanos e dos recursos materiais existentes.

Na terceira parte é realizada uma caracterização da população do concelho de Lagoa, com a identificação das suas necessidades, caracterização da população alvo, identificação de estudos sobre programas de intervenção na mesma área de intervenção. Por último, referenciação ao recrutamento da população alvo.

A quarta parte, dá lugar à análise reflexiva sobre os objetivos traçados para este projeto, objetivo geral e objetivos específicos delineados no projeto. Esta parte inclui ainda a identificação dos indicadores construídos para avaliar os objetivos definidos.

A quinta parte é constituída pela análise reflexiva sobre as intervenções, com uma abordagem detalhada sobre as metodologias, sobre o modelo teórico escolhido, a fundamentação das intervenções, a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, recursos materiais e humanos envolvidos, contactos desenvolvidos e entidades envolvidas, análise da estratégia orçamental e por fim o cumprimento do cronograma proposto.

Na sexta parte, surge a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, composta pela avaliação dos objetivos do projeto, avaliação da implementação efetuada do projeto e avaliação intermédia efetuada e medidas corretivas introduzidas. Existe ainda, a contextualização da escolha do modelo teórico e sua explicação.

A sétima parte do desenvolvimento do relatório é composta pela análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas de enfermeiro especialista.

Por fim, a oitava parte, é composta pelas principais conclusões do projeto, assim como as dificuldades e limitações do mesmo.

Para a realização deste projeto de intervenção e para a elaboração deste relatório, foram cumpridos e respeitados todos os princípios éticos e código de ética.

Este relatório cumpre as normas da APA para trabalhos escritos. Está redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, exceto nas citações de autores, pela fidelidade sobre os documentos originais.

Ao longo deste projeto houve sempre o cuidado de salvaguardar os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente o respeito pelos direitos humanos fundamentais e os direitos dos adolescentes.

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

Pode definir-se o planeamento da saúde “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas da saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993 p.23).

Foi em 1977, que na 3ª assembleia Mundial, o Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o planeamento em saúde “oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de os traduzirem numa ação correta de desenvolvimento da saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993 p.23).

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

Algumas das mais importantes características do planeamento em saúde são: sempre voltado para ações futuras; deve ser um processo permanente, dinâmico e contínuo e multidisciplinar; tem a intenção de definir um percurso de ação; implica que haja uma relação entre a ação tomada e os resultados obtidos e os determinados; pode ser considerado como uma técnica de mudança e inovação (Tavares, 1990).

Segundo Tavares (1990), o planeamento em saúde é:

“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

O planeamento em saúde, mais que um conjunto de métodos e técnicas, é uma atitude/postura que o profissional de saúde assume perante a realidade em que se insere.

Para Imperatori & Giraldes (1993), o planeamento em saúde, exige a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, de forma a promover a correta utilização dos serviços de saúde.

O planeamento em saúde é um meio auxiliar na tomada de decisões no campo da saúde das populações, pois permite racionalizar os recursos de saúde, ou seja, é um dos elementos-chave do processo de gestão de prestação de cuidados à população.

Segundo Tavares (1990), refere que Planeamento da Saúde possui dois princípios básicos relativamente à distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.

O planeamento é um processo contínuo e dinâmico, que implica uma reorganização adequada consoante os imprevistos que vão surgindo e também consoante a previsão de recursos e serviços necessários.

Deste modo, o planeamento em saúde prevê a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, e conseqüentemente à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Resumindo, o planeamento em saúde permite-nos optar pela solução mais proveitosa, e que possibilita alcançar os objetivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo alcançar os resultados desejados e com o menor gasto possível de recursos.

Há que ter em consideração que existem vários tipos de planeamento em saúde, e deve-se considerar que é do interesse do planificador possuir as bases teóricas que lhe permitam compreender o sistema social e institucional em que está inserido de forma a compreender e adaptar-se aos constrangimentos e possibilidade que se depara (Tavares, 1990).

Segundo o mesmo autor, classifica que existem 3 tipos de abordagem para o planeamento: segundo o nível; segundo uma perspectiva organizacional ou populacional; segundo uma abordagem racional ou pragmática (Tavares, 1990 p.31).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é uma abordagem segundo o nível e é considerado um planeamento normativo, pois “(...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, a (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local” (Tavares, 1990 p.31).

É através da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação que os enfermeiros intervêm na comunidade.

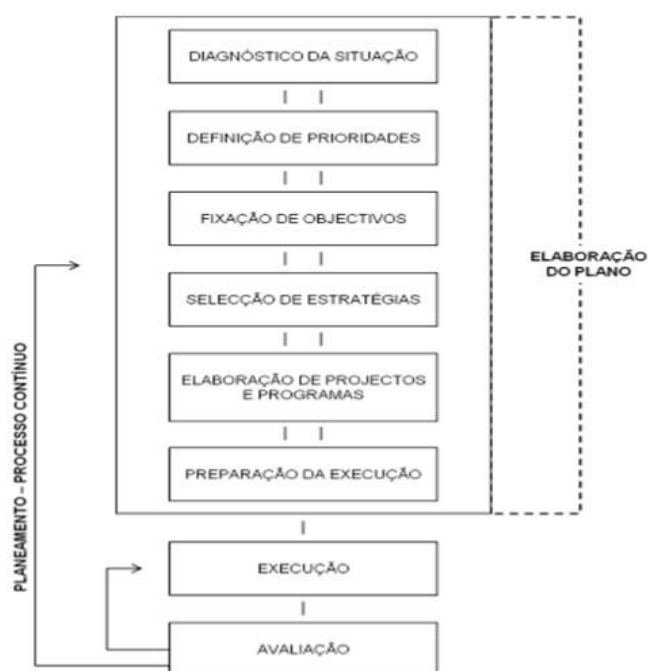
O planeamento em saúde consiste numa forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar uma realidade segundo um projeto prefixado, reportando-se sempre ao futuro, mas tendo o passado e o presente como referências.

Sendo uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, então, a metodologia do planeamento em saúde assume-se como um instrumento de trabalho fundamental para este enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O planeamento em saúde é constituído por fases no seu processo: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

As fases do planeamento em saúde estão exempladas na figura seguinte.

Figura 1- Etapas do Planeamento em Saúde



Fonte: extraído de Imperatori & Giraldes, 1993 p. 29

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

A caracterização de cada fase do planeamento em saúde, será feita ao longo do relatório.

3. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se fazer a descrição das características do local de estágio, assim como caracterizar os recursos humanos e materiais disponíveis e necessários para as intervenções seguinte.

A análise do contexto permite ir ao encontro do objetivo primordial dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), ou seja, dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida através do planeamento em saúde bem como da implementação de atividades específicas dirigidas à população.

3.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O estágio final decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, que se situa no concelho e cidade de Lagoa, na região do Algarve. Esta unidade está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento (AceS) Algarve II – Barlavento.

O concelho de Lagoa apresenta quatro unidades funcionais, Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), UCC (Unidade de Cuidados na comunidade), Unidade de Saúde Familiar (USF) e URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados). Cada unidade é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

O Concelho de Lagoa situa-se na região do Algarve, no Barlavento Algarvio, a cerca de 50Km da cidade de Faro que é a capital do Distrito. Tem uma área total de 88,3 Km². (1,8% da superfície da NUT II Algarve). O Concelho de Lagoa é constituído por quatro

freguesias: Porches, União das freguesias de Lagoa e Carvoeiro, União das freguesias de Estômbar e Parchal e Ferragudo.

Este concelho possui uma faixa litoral, com uma extensão de 17 km, onde existem praias, que são um atrativo turístico, e também possui uma faixa interior mais rural. Tem também uma via de acesso direto para a autoestrada que atravessa todo Algarve -Via do Infante e o Centro Hospitalar Universitário do Algarve fica a cerca de 9km da UCC D'Alagoa.

A 21 de Março de 2011, os resultados definitivos dos Censos, indicaram que a população residente na região do Algarve é de 451 006 indivíduos, dos quais 219 931 são homens e 231 075 são mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Em 2014, estima-se que a população residente no concelho de Lagoa é de 22723 habitantes, sendo 11 048 do sexo masculino e 11 707 do sexo feminino.

O número de habitantes por grupos etários:

- 0-14 anos-3426 habitantes
- 15-64 anos -2448 habitantes
- 25-64 anos -12402 habitantes
- 65 anos ou mais -4447 habitantes (RTGeo, 2016).

A faixa etária entre 25-64 anos é a que possui maior número de habitantes, sendo considerada como população ativa, o que traz benefícios para o concelho a nível sócio económico.

O concelho de Lagoa apresenta indicadores de saúde bastante favoráveis quando comparados aos registados na Região Algarve e no Continente.

No quinquénio 2009/2013, a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade neonatal apresentaram valores bastante inferiores à média regional e nacional, indicando a existência de qualidade na rede e das condições de apoio às mulheres durante a gestação e no período pós-parto.

No concelho de Lagoa, os indicadores associados aos recursos humanos de apoio à saúde são insatisfatórios, comparativamente aos existentes no Algarve e no Continente. Em 2014, o número de enfermeiras/os e médicos por 1 000 habitantes demonstraram-se insuficientes e inferiores aos registados, sobretudo no Continente (RTGeo, 2016).

Segundo o Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, as UCC asseguram as suas funções através de uma carteira de serviços, prestando cuidados de saúde à comunidade consoante o diagnóstico de saúde da mesma, e consoante as estratégias de intervenção definidas no PNS. Os programas e projetos da carteira de serviços integram -se no plano de ação do ACES, em articulação com as restantes unidades funcionais.

A carteira de serviços da UCC D'Alagoa é constituída por vários programas e projetos, tais como:

- Equipa Cuidados Continuados integrados (ECCI)
- Equipa de saúde escolar
- Programa de preparação para a Parentalidade
- Intervenção em aleitamento materno
- Comissão proteção de crianças e jovens em risco (CPCJ)
- Intervenção Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância (SNIPI)
- Equipa para a prevenção da violência em adultos
- Núcleo de inserção social
- Unidade móvel de saúde – apoio domiciliário em saúde e promoção da saúde,
- Plano de desenvolvimento e formação profissional
- Programa da melhoria contínua
- Programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos
- Plano de desenvolvimento social – rede social.

A equipa da ECCI presta cuidados ao domicílio de doentes que estejam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Segundo o Decreto-Lei nº101/2006 que criou a RNCCI, esta visa a prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência.

Na UCC D’Alagoa, a equipada ECCI é constituída por enfermeiros, médico, serviço social, fisioterapia, assistentes operacionais e psicologia. No ano de 2016, esta equipa deu resposta a 76 utentes (Simões, 2017). Tem em curso o projeto “Ser Cuidador” que dá resposta as necessidades dos cuidadores informais.

A equipa de saúde escolar, atua na promoção e educação para a saúde nas escolas. Esta equipa é constituída por enfermeiros e um higienista oral, e são inúmeras as atividades desenvolvidas, assumindo assim, um papel ativo na gestão dos determinantes de saúde da comunidade educativa e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo da população.

A ação da equipa de saúde escolar vai ao encontro do dos objetivos delineados no PNSE. Assim, possui atividades direcionadas para as áreas da promoção da saúde individual e coletiva, inclusão escolar, saúde ambiental e promoção de estilos de vida (Simões, 2017).

A equipa da saúde escolar desenvolve diversas atividades e projetos como : inclusão do programa nacional de saúde oral através de ações de sensibilização da higiene oral e corporal, realizações de rastreios da saúde oral em alunos nascidos em 2009 a 2011; projeto de educação alimentar que se chama PESO – Saudável (“Pesa, Enumera, Soma e Opta – Saudável”); projeto “ De olho no piolho” ; Educação sexual (“informado escolho”, “Responsável, afetos, autoestima”); atua também no reforço das competências dos docentes (e não docentes) para lidarem com as crianças de NSE (necessidades de saúde especiais) (Simões, 2017).

A UCC D’Alagoa tem o programa de preparação para a Parentalidade que se chama: “Juntos no Nascer”. Este projeto tem como objetivos: promover a parentalidade responsável; aumentar as competências parentais para uma Parentalidade responsável e segura; prevenir maus tratos, abusos e negligências na infância. A população alvo deste projeto são grávidas do 3º trimestre e crianças ate aos 4-6 meses de vida residentes no concelho de Lagoa.

O programa de intervenção em aleitamento materno é feito através de dois componentes: o Cantinho da Amamentação e a Visita Domiciliaria à puérpera e ao recém-

nascido. Desenvolvem atividades como: atendimentos individuais no cantinho da amamentação na UCC D'alagoa, sessões de sensibilização e ações de intervenção comunitária. Este programa tem como objetivos, proteger e promover o aleitamento materno e exclusivo até aos 3 meses completos, realizar a visita domiciliária às puérperas e recém-nascidos, aumentar as competências parentais e sinalizar precocemente situações que justifiquem necessidade de respostas adequadas (Simões, 2017).

A Comissão Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) de Lagoa promove os direitos das crianças e jovens em perigo, em situações que os pais ou representantes legais ponham em risco a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento.

A UCC também tem intervenção no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância (SNIPI). Este sistema abrange crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (Administração Regional de Saúde do Algarve ,2015).

Nesta UCC D'Alagoa, existe a intervenção em 2 vertentes, a Equipa Restrita da Equipa Local de Intervenção (ELI) de Portimão e a Equipa de Intervenção Direta (EID) da UCC D'Alagoa. A intervenção destas equipas pode ser realizada em contexto do domicílio da criança e também em contexto escolar onde a criança está inserida. Neste último ano, o total de crianças que tiveram em acompanhamento com a EID da UCC D'Alagoa fora 54 (Simões, 2017).

Com o Despacho n.º 6378/2013, foram criadas as equipas de prevenção da violência em adultos (EPVA). A EPVA integrou recentemente a carteira da UCC D'Alagoa, e é constituída por assistente social, enfermeiros, médico e psicóloga.

Como parte integrante da carteira de serviços desta UCC temos ainda o núcleo de inserção social, que é uma estrutura operativa multisectorial que tem objetivo de assegurar o desenvolvimento do rendimento social de inserção. A representante da saúde é a assistente social da UCC (Simões, 2017).

A UCC D'Alagoa possui uma unidade móvel de saúde com duas áreas distintas: apoio domiciliário em saúde e promoção da saúde.

O apoio domiciliário em saúde tem como público alvo, as pessoas em situações de dependência física, mental ou social que necessitem de cuidados domiciliários e que não reúnam critérios para integrar a Equipa Cuidados Continuados integrados (ECCI). Integraram cerca de 91 utentes durante o último ano (Simões, 2017).

A área da promoção da saúde tem como objetivo a sensibilização dos cidadãos para estilos de vida saudáveis através da educação e promoção para a saúde. Esta unidade promove atividades e articulações com entidades do concelho, dando atenção aos dias comemorativos da saúde. No ano de 2016, foram desenvolvidas 49 atividades no concelho (Simões, 2017).

A UCC tem plano de desenvolvimento e formação profissional que se insere na necessidade contínua de formação profissional, que é previamente delineado para ser cumprido durante o ano.

O programa de melhoria contínua também integra a carteira de serviços, e consiste no desenvolvimento de estratégias para se aumentar a qualidade no desempenho da UCC, através da identificação de pontos forte e fracos, e a implementação de medidas de correção.

O programa de prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos tem como principal objetivo a diminuição da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde através de várias atividades com vista à promoção correta dos antimicrobianos e a diminuição da taxa dos microrganismos resistentes aos antimicrobianos.

Por último, o programa da Rede Social que se insere num plano de desenvolvimento social de Lagoa proposto pelo município em 2014.

3.2. Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos

A UCC D’Alagoa iniciou a sua atividade no dia 22 de setembro de 2011. Representa uma unidade funcional do ACES Barlavento, com sede nas instalações do Centro de Saúde de Lagoa, e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde de proximidade com a comunidade e também apoio psicológico e social, de âmbito personalizado, quer ao nível domiciliário quer ao nível comunitário em todo o concelho de Lagoa. Esta foi a décima primeira UCC a entrar em funcionamento na região do Algarve (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.).

De acordo com o Decreto-Lei n.º. 28/2008, as UCC têm como missão a contribuição para a melhoria do estado de saúde da população que abrangem na sua área de intervenção, visando assim, a obtenção em ganhos de saúde.

Formada por uma equipa multidisciplinar, a UCC D’Alagoa tem como missão garantir uma eficiente resposta às necessidades de saúde da população, numa perspetiva de continuidade de cuidados, de complementaridade de funções e de rede, abrangendo cerca de 25 000 utentes nas freguesias de Carvoeiro, Estômbar, Ferragudo, Parchal, Porches e a cidade de Lagoa (Administração Regional do Algarve, 2016).

A nível de estrutura física a UCC D’Alagoa possui, uma receção, uma sala de reuniões, uma sala de espera, um gabinete para a ECCI, um gabinete para a Saúde escolar e oral, um gabinete para a terapia da fala, um gabinete para o “Cantinho da amamentação” e um gabinete para intervenção Precoce na Infância. Existem ainda alguns espaços físicos que são partilhados pelas duas unidades de cuidados de Lagoa, a UCC e a UCSP.

Esta UCC tem a seguinte equipa multidisciplinar:

- 7 enfermeiros (dos quais 3 são enfermeiros especialistas em saúde comunitária);
- 1 médico de Medicina Geral e Familiar;
- 1 fisioterapeuta;
- 1 terapeuta da fala (presença física 1 vez por semana);
- 2 assistentes operacionais;

- 1 higienista oral;
- 1 psicóloga;
- 1 técnica de serviço social.

O horário de funcionamento da UCC D'Alagoa, é das 8 as 17 horas de segunda a sexta-feira. Em relação ao horário de atendimento da UCC decorre das 9 horas às 17horas de segunda a sexta-feira. Aos sábados, a ECCI também funciona das 9 horas as 16horas, mas só em cuidados domiciliários, e não no espaço físico da UCC.

A equipa multidisciplinar da UCC D'Alagoa reúne mensalmente na primeira quinta-feira do mês na sala de reuniões da UCC, com ordem de trabalho definida pela coordenadora e propostas dos elementos da equipa, com vista a melhoria contínua.

4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Para Fortin (2009, p.55), uma população é um “conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo”. O mesmo autor define uma população alvo como, “a população que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações”.

4.1. Caraterização Geral da População /Utentes

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), relativamente ao ano 2015, ditam que a população residente do concelho de Lagoa é de 22787. As mulheres são em maior com 11755 comparativamente aos homens com 11032. O número de adolescentes com menos de 15 anos e é de 3387.

Segundo informação Retorno de Informação Personalizada dos Municípios, o município de Lagoa tem uma densidade de 258,2 n°/Km².

Na figura seguinte está representada a dinâmica populacional do município comparativamente à do país.

Figura 2 : Dinâmica Populacional do Concelho de Lagoa 2015

Dinâmica populacional, 2015

	Município	NUTS III	NUTS II	Portugal	Peso do Município NUTS III (%)
População residente (N.º)	22 787	441 929	441 929	10 341 330	5,2
Homens	11 032	211 884	211 884	4 901 509	5,2
Mulheres	11 755	230 045	230 045	5 439 821	5,1
Com menos de 15 anos	3 387	66 629	66 629	1 460 832	5,1
Com 65 ou mais anos	4 546	92 217	92 217	2 140 824	4,9
Densidade pop. (N.º/Km²)	258,2	88,4	88,4	112,1	-
Taxa de crescimento efetivo anual (%)	0,3	0,1	0,1	-0,3	-
Taxa de crescimento natural anual (%)	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-
Índice de Potencialidade	70,6	70,3	70,3	72,5	-

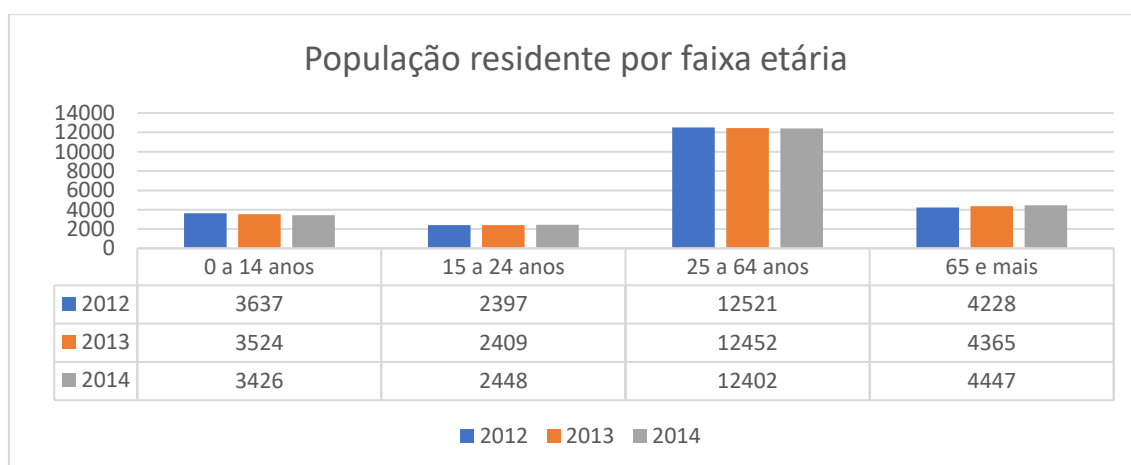
Fonte: INE, Estimativas Provisórias da População Residente; Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia - Direção Geral do Território, Carta Administrativa Oficial de Portugal.

Fonte : retirado de Instituto Nacional de Estatística, 2016

Segundo o relatório de Diagnóstico Social de 2016, no concelho de Lagoa, a população residente tem vindo a diminuir ligeiramente. No ano de 2012 o total da população residente era de 22783, e no ano de 2014 era de 22723.

No seguinte gráfico está representada a população residente em Lagoa por faixas etárias, entre o ano 2012 e 2014.

Gráfico 1: População Residente por Faixa etária no concelho de Lagoa



Fonte: adaptado do Diagnóstico Social de 2016

Como podemos verificar no gráfico anterior, existe uma assimetria acentuada entre a população e as faixas etárias, sendo a faixa etária com maior número, e que é transversal a todos os anos, é a faixa dos 25 a 64 anos. Esta faixa etária constitui essencialmente a população ativa, o que traz benefícios para o concelho a nível socio económico. O grupo que se segue em termos de quantidade é a faixa etária dos 65 e mais anos, o que retrata também o aumento do Índice da longevidade.

Na última década a região do Algarve, à semelhança do país, acentuou o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população: diminuição da população mais jovem e aumento da população com idades mais elevadas (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

Este fato é consequência do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações. Para atenuar esta tendência, só se os saldos migratórios se verificarem positivos, no entanto não irá evitar esta tendência (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

Na tabela seguinte estão representados alguns dos indicadores mais pertinentes de população do Concelho de Lagoa e Região do Algarve.

Tabela 1 – Indicadores de População do Concelho de Lagoa e Região do Algarve e Portugal

	2013	Taxa Bruta de Natalidade (‰)	Taxa Bruta de Mortalidade (‰)	Taxa de Fecundidade e Geral (‰)	Índice de envelhecimento (N.º)	Índice de dependência de idosos (N.º)	Índice de longevidade (N.º)
Algarve		8,4	10,8	36,6	131,8	31,5	50,1
Lagoa		7,3	9,7	31,3	123,9	29,4	48

Fonte: elaboração própria retirado de Instituto Nacional de Estatística, 2016

Relativamente a Taxa Bruta de Natalidade e Taxa Bruta de Mortalidade, o concelho de Lagoa tem valores inferiores comparativamente à região do Algarve.

Segundo dados do INE, o município de Lagoa tem uma taxa de envelhecimento de 123,9 comparativamente à Região do Algarve que tem de 131,8.

O índice de dependência de idosos de Lagoa apresenta um valor mais baixo comparativamente com o do Algarve, que está relacionado com a população ativa que existe no concelho.

Relativamente aos indicadores do mercado trabalho, no concelho de Lagoa em 2013, o ganho médio mensal foi de 939,71€, sendo inferior à média da região e principalmente à média do país (RTGeo, 2016).

O número de desempregados inscritos no centro de emprego e formação profissional aumentou significativamente entre 2007 e 2013, atingindo quase 2000 desempregado. Em 2015, já se verificou uma diminuição significativa desse número, para cerca de 1500 desempregados (RTGeo, 2016).

O concelho de Lagoa possui várias escolas, desde dos jardins de infância ao ensino básico e ao secundário.

O parque escolar do concelho de Lagoa é composto por estabelecimentos da rede pública, particular e solidária. A equipa da Saúde Escolar da UCC D'Alagoa tem intervenção em estabelecimentos públicos, particulares e solidários. A Rede Pública está organizada em 2 agrupamentos de escolas, da seguinte forma:

- Agrupamento de Escolas do Padre António Martins de Oliveira:
 - Escola EB Jacinto Correia;
 - Escola EB/Jardim de infância (JI) de Lagoa;
 - Escola EB/JI de Porches;
 - Escola EB de Carvoeiro;
 - JI de Carvoeiro;
 - Escola Secundária do Padre António Martins de Oliveira.

- Agrupamento de Escolas Rio Arade:
 - Escola EB Rio Arade;
 - Escola EB João Conim;
 - Escola EB de Estômbar;
 - Escola EB/JI da Mexilhoeira da Carregação;
 - Escola EB/JI do Parchal;
 - Escola EB/JI de Ferragudo;
 - JI de Estômbar;
 - JI de Parchal 2.

Depois existem ainda as instituições de apoio social, que são as Instituições particulares de solidariedade social (IPSS):

- Centro de Apoio Social de Porches;
- Centro de Apoio Social de Carvoeiro;
- Associação Desportiva e Recreativa da Quinta de S. Pedro;
- Centro Paroquial da Mexilhoeira;
- Centro Popular de Lagoa – Infantário “A Colmeia”.

Existe ainda uma escola de ensino particular, Escola Nobel do Algarve, que possui ensino desde a primária ao secundário.

Relativamente aos indicadores de educação, o concelho de Lagoa apresenta um valor taxa bruta de pré-escolarização relevante, sendo de 93,7% no ano de 2014, este valor é superior ao da região (80,4) ou do país para o mesmo ano (89,6) (RTGeo, 2016).

Em contrapartida, o valor das taxas de retenção e desistência no ensino básico, tem vindo a aumentar, apresentando um valor de 12,7% no ano de 2014, em que este valor é superior ao da região (11,9) e substancialmente superior ao nacional (9,8) (RTGeo, 2016).

Em 2014, as taxas de retenção e desistência apresentaram disparidade relativamente aos ciclos de ensino, no 1º ciclo foi de 7,6%, no 2º ciclo foi de 19,5%, e no 3º ciclo de 13,8% (RTGeo, 2016).

Relativamente ao número de alunos por nível de ensino – 2015/2016, segundo o Diagnóstico Social de 2016, houve um total de 3968 alunos inscritos, nos diferentes níveis de ensino (Simões, 2017).

Relativamente aos indicadores de saúde do concelho de Lagoa, através deles podemos obter informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, assim como do desempenho do sistema de saúde.

O conselho de Lagoa apresenta melhores indicadores a nível da Saúde infantil e neonatal referentes ao período de 2009-2013, quando comparado com a região do Algarve com o Continente. Quer a taxa quinquenal de mortalidade infantil (1,9%), quer a taxa quinquenal de mortalidade neonatal (0,9%) têm valores inferiores em relação à Região e ao País, o que pode traduzir uma qualidade na rede de saúde e de apoio às mulheres durante a gravidez e no puerpério (RTGeo, 2016).

De valorizar o elevado número de consultas de saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente (8598), sendo um aspeto bastante positivo e provavelmente relacionado com as taxas de mortalidade infantil e pré-natal, registadas no concelho de Lagoa.

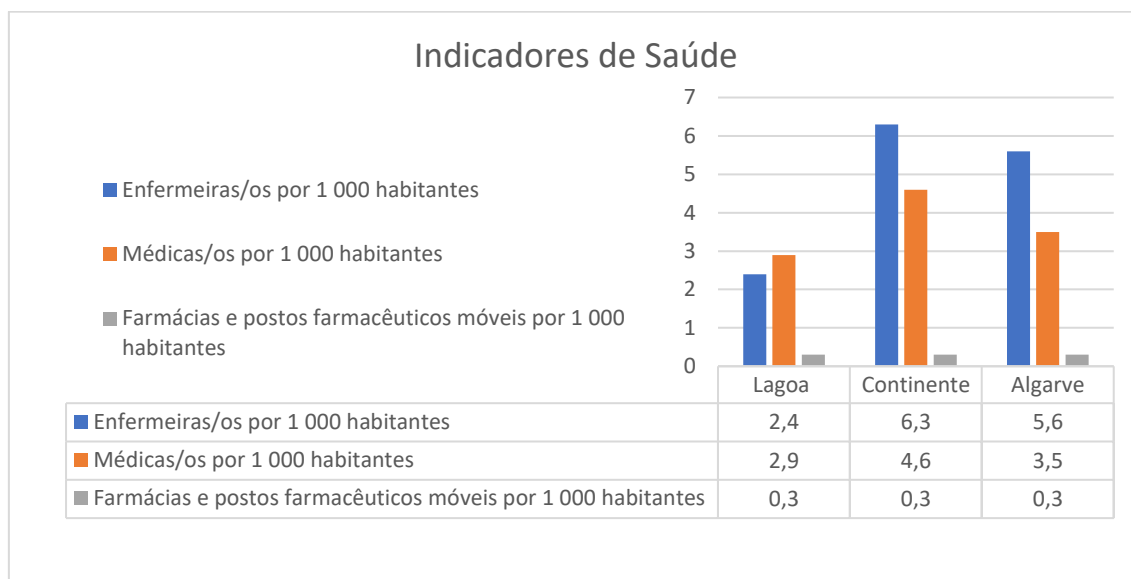
Os dados mais recentes, relativamente ao ano de 2012, no concelho de Lagoa, registaram-se 71584 consultas médicas no centro de saúde e extensões, e maioritariamente foram de medicina geral e familiar.

A nível das consultas de planeamento familiar, o valor é muito reduzido (2209), quando comparado com o da região do Algarve (34000).

Relativamente aos indicadores associados aos recursos humanos de apoio à saúde no concelho de Lagoa, estes são insatisfatórios.

O próximo gráfico referente ao ano de 2014, demonstra que o número de enfermeiras/os por 1 000 habitantes (2,4), e o número de médicas/os por 1 000 habitantes (2,9), são insuficientes e bastante inferiores aos registados, sobretudo no Continente (6,3 e 4,6).

Gráfico 2 : Indicadores associados aos recursos humanos de apoio à saúde



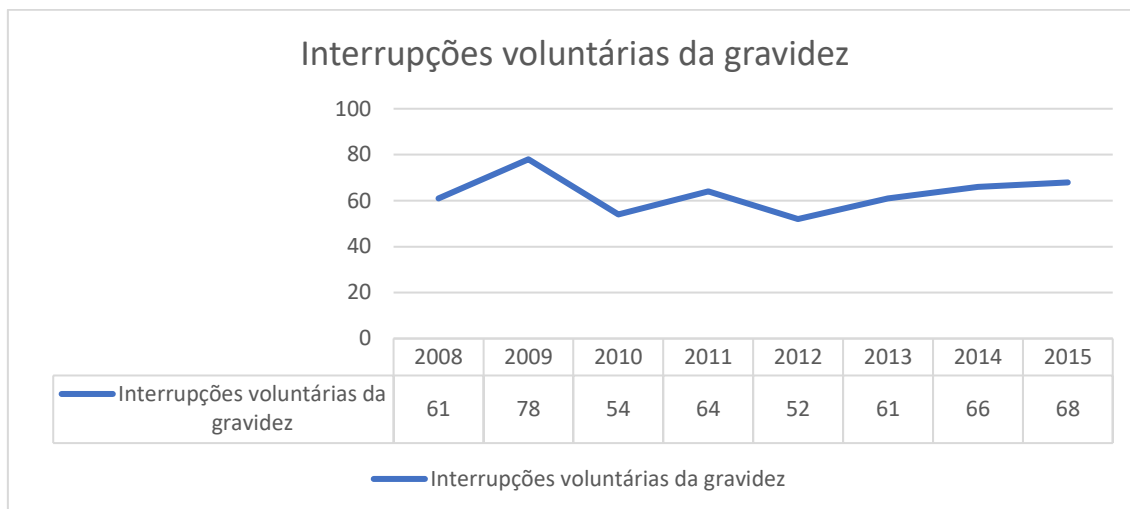
Fonte: Elaboração própria com base em dados do Diagnóstico social

Relativamente às farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes, o concelho possui valores semelhantes ao Algarve e no Continente (0,3).

Outro indicador referente a utilização de recursos de saúde e que é pertinente para este trabalho é o número de interrupções voluntárias da gravidez (IVG). A IVG foi legalizada através de um referendo realizado em 2007, que permite à mulher, independentemente dos motivos que tenha de interromper a gravidez até a décima semana de gravidez.

No gráfico seguinte está a evolução dos números de IVG no concelho de Lagoa. No entanto, há que considerar que eventualmente este número não seja real, pois aqui só estão contabilizadas as interrupções legalizadas.

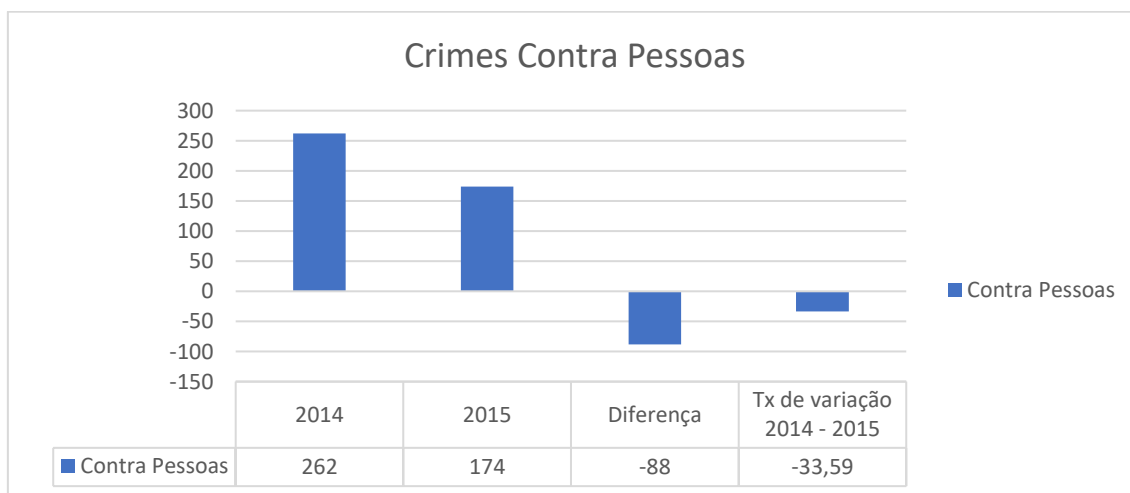
Gráfico 3: IVG no Concelho de Lagoa



Fonte: elaboração própria, dados do PORDATA

Relativamente à Segurança da População no Concelho de Lagoa, os crimes contra as pessoas, tem apresentado valores relevantes e preocupantes, no entanto estes valores têm vindo progressivamente a diminuir, -33,6%, entre 2014 e 2015.

Gráfico 4: Número de Crimes contra Pessoais no Concelho de Lagoa



Fonte: elaboração própria, dados do Diagnóstico social (RTGeo, 2016)

No ano de 2015 foram identificados 47 sem abrigo no concelho, sendo 23 de Estômbar, 16 de Lagoa e 8 de Porches. Verificou-se um aumento significativo no número de casos identificados, pois em 2011, só foram identificados 13 sem abrigo no concelho (RTGeo, 2016).

4.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

Nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se mudanças de atitudes perante a sexualidade e o comportamento sexual dos jovens. Estas modificações são potenciadas pela globalização e a migração de novos grupos populacionais com diferentes contextos culturais e religiosos, a disseminação rápida de novos meios de comunicação, em particular a tecnologia da Internet (World Health Organization, 2010).

A WHO define a adolescência como um período do crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta entre os 10 e os 19 anos. Esta fase é marcada por transições e por um significativo ritmo de crescimento e mudanças e apesar dos processos biológicos serem universais, a duração e definição das características deste período variam com o tempo, culturas e situações socioeconómicas (WHO, s.d).

É na adolescência que a maioria das pessoas iniciam a sua atividade sexual. Existem vários estudos que demonstram que cada vez mais os adolescentes iniciam a atividade sexual mais cedo, no entanto o início desta atividade não está associado a uma educação sexual consistente, pois existe um desconhecimento sobre aspetos fisiológicos e aspetos biológicos relacionados com a reprodução. Muitos dos jovens não utilizam medidas contraceptivas, ou então utilizam de forma incorreta, o que faz aumentar não só o risco de gravidez como de infeções sexualmente transmissíveis (IST's) (Ferreira & Torgal, 2011).

Os adolescentes tendem a ter uma taxa mais alta de relações sexuais não protegidas e IST's que os adultos, sendo uma área importante da saúde na adolescência (World Health Organization, 2010).

Dados internacionais fornecidos pela WHO (2014), refere que de todas as mulheres grávidas cerca de 11% serão adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Refere ainda no relatório "Adolescent Pregnancy" que, cerca de 95% destes nascimentos ocorrem nos países com baixos ou médios rendimentos.

Nesse mesmo relatório apresentam fatos bastante alarmantes para a saúde individual do adolescente e das comunidades onde este está inserido. Refere ainda, que existem uma elevada carga de doença e complicações associadas à gravidez e ao parto durante o período da adolescência, e cerca de 2,5 milhões de adolescentes, por ano, em todo o mundo têm práticas de aborto não seguras. A gravidez na adolescência provoca, frequentemente, o abandono escolar o que tem implicações para a adolescente enquanto indivíduo, para as famílias e comunidades (WHO, 2014).

Relativamente às IST, verifica-se que 18% dos novos diagnósticos de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), no mundo, são em jovens com idades compreendidas entre 13 e 24 anos, sendo neste grupo etário que se verifica a taxa mais elevada de IST (CDC, 2010).

Num estudo realizado em Portugal sobre a saúde dos adolescentes portugueses, referem que cerca de 12,2% dos adolescentes do 8º ano de escolaridade e 22% dos adolescentes do 10º ano de escolaridade já tiveram relações sexuais. Desses adolescentes que tiveram relações sexuais, só cerca de 70,4%, referem ter utilizado preservativo na última relação sexual. Desse grupo de adolescentes que já iniciaram a atividade sexual, cerca de 15,95% mencionam que já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. E cerca de 45% dos adolescentes queriam que a relação sexual tivesse acontecido naquela altura (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Aventura Social, 2014).

O início precoce da atividade sexual está relacionado diretamente com o elevado número de parceiros sexuais dos adolescentes portugueses, que segundo o estudo anterior,

o número de parceiros variou entre 1 e 9. Cerca de 62% dos adolescentes referiu ter tido só um parceiro e cerca de 18% das adolescentes afirmam já ter utilizado a pilula do dia seguinte (Ferreira & Torgal, 2011).

Em relação as IST, dos adolescentes inquiridos no estudo anterior e que já iniciaram a atividade sexual, 2,1% contraíram uma infeção sexualmente transmissível. Podemos considerar que é uma baixa taxa de IST'S, no entanto não se pode excluir as infeções que não foram detetadas ou diagnosticadas (Ferreira & Torgal, 2011).

Segundo o Relatório Infeção VIH/SIDA, a região do Algarve é que a segunda taxa mais elevada de diagnósticos de infeção com VIH/Sida do País, com 12,4 novos casos/105 habitantes (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016).

Outro fato que contribui para o panorama nacional não ser o melhor é, que cerca de 84,7% dos adolescentes sexualmente ativos nunca foram a uma consulta de planeamento familiar (Ferreira & Torgal, 2011).

Relativamente ao concelho de Lagoa, onde decorreu este projeto de intervenção comunitária, no ano letivo de 2016/2017, houve 3 gravidezes em mães adolescentes (com idades compreendidas entre os 15-17 anos).

Dados recentes obtidos, relativamente a este ano letivo de 2017/2018, no mês de janeiro já havia registo de mais uma gravidez na adolescência. Foi registado nas turmas de 9ºano.

No período compreendido entre 2011-2017 houve 26 gravidezes em mães adolescentes no concelho de Lagoa, sendo a maioria tem faixa etária compreendida também entre os 15- 17 anos.

Estes dados sobre gravidezes são relativos a única escola secundária do concelho de Lagoa. Essa escola secundária abrange turmas do 9º ano (3º ciclo) até 12º ano (ensino secundário).

No concelho de Lagoa, o número de consultas de planeamento familiar é reduzido, cerca de 2209 consulta (referente ao ano de 2012). Tendo em conta que a faixa etária predominante no concelho é entre os 25 e 64 anos, considerando-se assim uma população ativa e em idade fértil, pelo que este número de consultas de planeamento familiar deveria ser superior.

As consultas de planeamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável e para a promoção de uma parentalidade positiva.

A ausência de educação sexual nos adolescentes, seja nas escolas seja em casa, leva ao desconhecimento da sua sexualidade, fazendo com que os adolescentes iniciem cedo a sua vida sexual, sujeitando-se pela incorreta ou não utilização de métodos contraceptivos a situações gravidez na adolescência e também a contraírem IST (Vilar , 2002).

A falta de medidas contraceptivas adequadas pode conduzir a uma situação de gravidez indesejada, acarretando para o jovem responsabilidades e situações para as quais ele não se encontra preparado ou com maturação suficiente para as encarar. A gravidez na adolescência pode acarretar consequências negativas a nível social e biológico(Afonso, 2011).

Em Portugal, segundo vários estudos, referem que a idade da iniciação sexual é cada vez mais precoce, e apresentam dados relativos à iniciação sexual para que a maioria dos jovens (cerca de 49%) comece a ter relações sexuais no intervalo que vai dos 15 aos 17 anos (Ramoal & Leitão, 2011).

Deste modo, com os indicadores de saúde referidos anteriormente, relativos as consultas de planeamento familiar e ao número de gravidezes no período da adolescência, remete para a importância de desenvolver medidas de promoção da saúde a nível da educação sexual, de forma a promover o comportamento responsável e saudável na vivência da sexualidade por parte dos adolescentes no concelho de Lagoa.

Posto isto, com base nos indicadores e dados recolhidos através do “Diagnóstico Social do Município de Lagoa 2016, e também dados recolhidos junto da UCC D’Alagoa, foi realizado um diagnóstico de situação, onde se aferiu a necessidade de promoção da saúde a nível da educação sexual em meio escolar.

A realização deste mesmo diagnóstico, foi suportada por uma intensa pesquisa bibliográfica e literária, tanto a nível nacional como internacional sobre o tema em questão, comparando as diversas realidades e sociedades.

4.3. Estudos Sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

A sexualidade assume variações ao longo do ciclo de vida, em função da idade, da classe, da etnia, da capacidade física, da orientação sexual e da religião, incluindo ainda fatores biológicos, emocionais e sociais. A sexualidade também é influenciada pela sociedade, ou seja, pelas leis civis existentes, pelos valores morais e costumes, sendo, portanto, também influenciada por fatores históricos (Vilar, 2002).

A OMS em 2008, refere que a sexualidade é uma parte integral da personalidade de cada pessoa, e caracteriza-se pela necessidade básica, e inseparável de outros aspetos da vida. A sexualidade não é sinónimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo, sendo uma energia que motiva o encontrar o amor, o contato, a intimidade, e também a forma de sentir, de tocar e se tocado, com a capacidade de influenciar os nossos pensamentos, ações e interações (Andrade & Monteiro, 2013).

Apesar de algumas fragilidades e contornos pouco claros, a OMS define a sexualidade como:

“uma energia que nos motiva a procurar Amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influência também a nossa Saúde física e mental” (Andrade & Monteiro, 2013 p.4)

A educação para a sexualidade, pode definir-se como o processo através do qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e dos comportamentos sexuais (Sampaio et al., 2005).

A Educação em Sexualidade é descrita pela UNESCO como:

“(…) uma abordagem para ensinar sobre sexo e relacionamentos, adequada à idade e culturalmente relevante, fornecendo informações cientificamente precisas, realistas e sem julgamentos. A Educação em Sexualidade proporciona oportunidades para explorar os seus próprios valores e atitudes e construir competências de tomada de decisões, comunicação e redução de riscos sobre muitos aspetos da sexualidade” (UNESCO, 2009 p.2).

O processo de educação para a sexualidade inicia-se cedo, desde criança e continua até ao idoso. A educação sexual para as crianças e jovens, visa apoiar e proteger o seu desenvolvimento sexual, capacitando-as gradualmente com informações, capacidades e valores positivos para compreenderem e apreciarem a sua sexualidade, de forma a que possam ter relacionamentos seguros e assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde e bem-estar sexual e a dos outros (Vilaça, 2012).

A educação Sexual dos jovens tem como objetivo de se obter uma melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais, ao mesmo tempo que pretende reduzir as possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as doenças sexualmente transmissíveis. Numa perspetiva a longo prazo, a educação sexual deve contribuir para a tomada de decisões na área da sexualidade durante toda a vida (Sampaio et al, 2005).

A educação sexual capacita os jovens para que possa desenvolver competências para que consigam controlar os determinantes de saúde relativos a saúde sexual. Este é um processo pelo qual adquirem informação a que tem direito, sobre os assuntos que os afetam, atendendo as suas necessidades para que possam desfrutar em pleno a sua sexualidade e relações com os outros (Vilaça, 2012).

Diversos estudos mundiais indicam claramente que a educação em sexualidade raramente leva a um início sexual precoce, se é que o faz. A educação para a sexualidade pode levar a um comportamento sexual mais tardio e mais responsável, ou pode não ter nenhum impacto discernível sobre o comportamento sexual (UNESCO, 2010).

É importante transmitir aos adolescentes que a sexualidade pode ser vivida de forma saudável desde que estes estejam informados e consciente dos vários aspetos, como os fatores biológicos, as consequências da atividade sexual e das medidas de proteção (Andrade & Monteiro, 2013).

Num país como Portugal, que tem na União Europeia um dos primeiros lugares na incidência da SIDA, toxicodpendência, alcoolismo, gravidez não desejada da adolescente, tuberculose, a educação para a sexualidade não é só necessária, mas também é indispensável e urgente (Caetano, s.d).

Assim sendo educação para a sexualidade permite contribuir para uma vivência mais informada, logo, mais responsável da sexualidade.

A educação para os afetos e a sexualidade é uma área de intervenção contemplada no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015.

Segundo Avaliação do Impacto da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril (2013), refere que é necessária a compreensão da motivação e das competências dos adolescentes para ter comportamentos preventivos, e também a compreensão da esfera relacional e afetiva da sexualidade.

Com a legislação em curso referente à educação sexual, a abordagem e o direito à promoção da saúde reprodutiva e sexual na adolescência estão salvaguardados, quer nas

escolas, nos Centros de Saúde e nas consultas de planeamento familiar, quer também na aquisição e distribuição gratuita dos métodos anticoncecionais e contraceção oral de emergência (Pacheco, Mota, & Clemente, 2010) .

Ao longo desta última década, são diversos os estudos que foram realizados sobre a importância da educação sexual para a saúde dos jovens e suas comunidades. Existem vários projetos de intervenção comunitária em escolas em Portugal e também vários projetos sobre a promoção de comportamentos saudáveis a nível da sexualidade. Existem ainda estudos sobre os estilos de vida das adolescentes a nível dos comportamentos sexuais, que permitem posteriormente a eles, delinear estratégias de promoção da saúde para comportamentos saudáveis.

Irei de seguida referir o estudo mais abrangente da população portuguesa jovem. O Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) é um estudo em colaboração com a OMS, que tem como objetivo mudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos em vários cenários das suas vidas. Este estudo teve início em 1982, somente com a colaboração de investigadores de 3 países (Finlândia, Noruega e Inglaterra). Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, que integrou o grupo em 1996. Este grupo de países forma uma rede que permite que cada país membro contribua e adquira conhecimentos com as colaborações e experiências dos outros países. Em 1994, Portugal realizou o primeiro estudo piloto, em 1998 realizou o primeiro estudo nacional, e posteriormente em 2002, 2006, 2010 e o estudo mais recente em 2014.

Com o objetivo de obter uma amostra representativa da população, participaram 35 agrupamentos de escolas de ensino regular de todo o país (cinco regiões). Participaram neste estudo um total 381 turmas. Foram aplicados questionários a turmas do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade.

Neste estudo da HBSC em Portugal, obtiveram os seguintes dados: Cerca de 83,9% dos adolescente, referem que ainda não tiveram relações sexuais (à data do estudo);Cerca de 76,2% dos adolescentes do 10ºano, afirma que tiveram a primeira relação sexual com 14 anos ou mais ; Dos adolescentes que já iniciaram a atividade sexual, cerca de 70,5% dos adolescentes referem ter utilizado o preservativo na primeira reação sexual; Cerca de

15,1% dos adolescentes referem que já tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas; Cerca de 42,6% dos jovens mencionam que já tiveram aulas/sessões/conferências onde falaram de educação sexual (Matos et al., 2014).

No último estágio curricular, como componente avaliativa foi realizado um artigo para futura publicação (Apêndice 1). Este artigo é uma revisão integrativa sobre os fatores que contribuem para a gravidez na adolescência, tendo sido uma contribuição para aquisição de diversos conhecimentos sobre esta problemática da saúde.

Através da leitura dos diversos estudos e projetos, é notável que muito já foi feito na promoção da saúde sexual dos adolescentes e prevenção de riscos, mas que ainda mais há por fazer.

Atuar com os jovens na prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde, é uma das competências referidas no Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de saúde pública (Regulamento n.º 128/2011): “Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista a consecução de projetos de saúde coletivos” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a p. 16484).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública que integre a equipa de saúde escolar, deve assumir um papel na prevenção primária, em que faça uma a avaliação dos comportamentos de risco e providencie uma intervenção através da educação sobre como modificar esses comportamentos de risco.

4.4. Recrutamento da População Alvo

Segundo Fortin (2009, p.70) “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum”. Segundo este autor, refere que é difícil estudar a totalidade

de uma população, pelo que se utiliza a população que está acessível e limitado a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola.

Como foi referido anteriormente, a primeira etapa no planeamento em saúde, é a elaboração do diagnóstico da situação. A realização de um diagnóstico de situação deve ser relativamente rápida de forma a permitir uma ação em tempo útil e deve ser suficientemente aprofundado para que seja pertinente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a realização do diagnóstico da situação foram realizadas diversas reuniões com os profissionais de saúde da equipa de saúde escolar, nomeadamente enfermeiros, higienista oral e coordenadora da UCC D'Alagoa. [A elaboração deste diagnóstico, foi o resultado de uma intensa pesquisa bibliográfica, de estudos nacionais e internacionais, e também dos diversos indicadores do município de Lagoa.](#)

Através das diversas reuniões constatou-se que a UCC D'Alagoa tem intervenção na área da educação sexual e afetos nas turmas do ensino secundário, no entanto o 9º ano, estava excluído nessa área de intervenção. De seguida, foi agendada uma reunião com professora responsável do Programa de Educação para a Saúde (PES) dos agrupamentos escolares do concelho de Lagoa.

Segundo a Professora do PES, o 9º ano tem um conteúdo programático bastante abrangente no que respeita, à fisiologia geral da reprodução humana, no entanto, foi referido pela própria, que é de salientar que os alunos não identificam determinados conteúdos como conteúdos específicos de educação sexual, pois estes são lecionados no âmbito de uma disciplina. Muitas das vezes, o fato da educação sexual estar incorporada na disciplina, faz com que haja uma desvalorização por parte dos alunos, segundo a professora do PES.

Uma particularidade desta escola, é o fato de incluir as turmas do 9ºano (3ºciclo do ensino básico), juntamente com as turmas do ensino secundário (10º, 11º, 12º ano). Existe uma considerável variação na faixa etária desta escola, entre os 13-19 anos. O fato de juntar adolescentes com esta variação de idades o que equivale a diferentes níveis de maturação física, psicológica e cognitiva, faz com que haja uma exposição precoce a

situações de risco, incluindo questões sexuais. Ou seja, ainda é de maior importância desenvolver formas de formação e educação sexual neste grupo, para uma promoção de saúde individual e evitar a adoção de comportamentos de risco.

Posto isto, tornou-se pertinente a criação de um projeto de promoção da literacia para a saúde a nível da educação sexual e afetos, de forma a prevenir comportamentos de risco, gravidezes não planeadas, IST e também de promover o comportamento responsável e saudável na vivência da sexualidade por parte dos adolescentes.

Daí, este diagnóstico faz-se pela necessidade de fornecer e desenvolver um projeto para os jovens, na área da educação sexual e afetos, na escola secundária do concelho de Lagoa com os alunos do 9ºano. Assim irá complementar o plano de educação para a saúde sexual e afetos já instituído nesta UCC nos outros anos letivos daquela escola.

A população alvo deste projeto são os alunos do 9ºano da escola secundária do concelho de Lagoa.

No ano letivo de 2017/2018, existem na escola secundaria cerca de 398 alunos, em ensino regular, divididos na seguinte forma:

- 9º ano - 4 turmas
- 10º Ano – 3 turmas
- 11º Ano – 4 turmas
- 12º Ano – 3 turmas.

Os restantes alunos estão em turmas de curso de educação profissional que abrange todos os anos letivos

A população alvo, 9ºX, é constituída por 21 alunos:9 rapazes e 12 raparigas. Os alunos têm idades compreendidas entre os 13-17 anos.

A idade média dos alunos a frequentar o 9ºano é semelhante à idade média nacional de início de atividade sexual.

As idades das adolescentes grávidas do concelho variam entre os 15-17 anos, sendo essas idades semelhantes às idades dos alunos a frequentarem o 9º ano.

Estes fatos incrementam ainda mais a necessidade deste projeto nas turmas do 9ºano.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Com base no diagnóstico de situação realizado no primeiro estágio curricular em junho de 2017, foram identificados alguns problemas, tais como: significativo número de gravidezes na adolescência, número reduzido de consultas de planeamento familiar, e ausência de um projeto de educação sexual e afetos para os alunos do 9ºano.

Antes de se delinear os objetivos, houve a fase das definições de prioridades, que é essencialmente, um processo de tomada de decisão. Juntamente com a orientadora de estágio e restante equipa de enfermagem e da saúde escolar foi considerado prioridade intervir nas turmas de 9ºano por estas serem as únicas turmas na escola a não terem promoção da literacia em saúde a nível da sexualidade e afetos.

A terceira etapa do planeamento em saúde é a fixação dos objetivos. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), um objetivo será o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a tendência de evolução natural desse problema, que pode ser traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Esta etapa é fundamental, uma vez que, apenas com uma correta e quantificada fixação de objetivos é possível realizar uma avaliação dos resultados alcançados com a execução do projeto em causa (Imperatori & Giraldes, 1993).

Perante os problemas e após definidas as prioridades o projeto tem como finalidade, promoção da literacia em saúde a nível da sexualidade e afetos nos adolescentes, contribuindo assim, para uma diminuição do número de gravidez, e para o aumento do número de consultas do planeamento familiar.

Considerando o contexto deste projeto, definiu-se como objetivo geral do projeto: Promover a aquisição de conhecimentos sobre afetos e sexualidade saudável nos adolescentes.

Os ganhos em saúde através da promoção em saúde não são imediatos, pelo que este projeto foi delineado com objetivos a medio prazo e ficará a cargo da equipa da saúde escolar da UCC D'Alagoa a continuação da implementação e avaliação deste projeto.

A UCC D'Alagoa já tem intervenção nas turmas de ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) na área da promoção da sexualidade e afetos. Assim com este projeto, todos os alunos da escola secundária ficam abrangidos por ações de educação para a saúde a nível da sexualidade e afetos.

Pelo que ficam definidos os seguintes objetivos de médio prazo:

- Contribuir para a capacitação dos jovens para uma sexualidade saudável, responsável e consciente, através da redução do número de gravidezes na adolescência em 40% até 2023;
- Contribuir para a capacitação dos jovens para uma sexualidade saudável, responsável e consciente, através do aumento do número de consultas de planeamento familiar até ao ano de 2023 em cerca de 30%.

Como objetivos específicos deste projeto no ano 2017/2018:

- Elaboração um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D'Alagoa: com o planeamento das sessões e elaboração de guiões;
- Realização de todas as atividades planeadas na turma onde será implementado o projeto no ano 2017/2018;
- Proporcionar aos adolescentes do 9º ano a aquisição de conhecimentos relativos as doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez, afetos e comportamentos saudáveis ao nível da sexualidade no ano letivo 2017/2018, através das sessões de educação para a saúde.

No planeamento em saúde, após a fixação dos objetivos, vem a fase seguinte que é a da definição de indicadores.

Distinguem-se dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto, que pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema;
- Indicadores de atividade ou de execução, que pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a realização deste projeto não é possível fazer o levantamento de indicadores de impacto, visto que estes pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993 p.77). Ou seja, é necessário tempo para ser possível medir ou notar que houve ganhos em saúde, não se aplicado assim estes indicadores para este projeto, visto ser limitado em tempo.

No final de todos os anos letivos (até ao término do projeto em 2023) avalia-se a percentagem de atividades realizadas, face às atividades programadas.

Os indicadores de atividade para este projeto são:

$$\frac{\text{Número (nº) de atividades realizadas na escola}}{\text{nº de atividades programadas na escola}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de alunos presentes na sessão}}{\text{Nº total de alunos por turma}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de reuniões realizadas com os professores}}{\text{Nº de reuniões programadas com os professores}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de questionários respondidos após sessão}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de alunos por turma}} \times 100$$

Torna-se também pertinente, a criação de indicadores para avaliar as atividades desenvolvidas, nomeadamente as sessões de educação para a saúde realizadas neste projeto e para este estágio, pelo que se define indicadores de atividade:

- 90% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de atividades;
- 80% de questionários preenchidos e classificados em todos os campos como satisfatórios.

Com a definição dos objetivos e dos indicadores, pretende-se avaliar o cumprimento do projeto na escola secundária.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Esta parte do relatório aborda duas etapas do planeamento em saúde, a seleção de estratégias e a preparação operacional (programação).

6.1. Metodologias

O presente projeto teve como base para a sua elaboração, a metodologia do planeamento em saúde.

O planeamento em saúde procura atingir um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação (Tavares, 1990).

Um projeto de intervenção na comunidade tem a necessidade de apresentar as intervenções que o constituem. Sendo que estas atividades devem ser definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, de modo a rentabilizar os recursos (Tavares, 1990).

A primeira etapa deste projeto, foi o diagnóstico da situação, que foi construído com base nos indicadores da população do concelho de Lagoa e pelas necessidades sentidas pelos profissionais de saúde da UCC D'Alagoa.

Na vasta área da saúde, os indicadores são a pesquisa mais frequentemente utilizada, e podem ser agrupados em demográficos, socioeconómicos, sanitários, de utilização dos serviços de saúde e de recursos (Tavares, 1990).

Para a realização deste projeto de intervenção foram tidos em consideração princípios éticos, respeitando e garantindo os direitos daqueles que participaram voluntariamente neste trabalho.

Inicialmente foi solicitado um parecer à Comissão de Ética para a Investigação na Área de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora, e a sua aprovação encontra-se no Anexo I.

Foram realizadas diversas reuniões com os enfermeiros da equipa da saúde escolar, com a professora do PES, com todos os professores diretores de turma do 9ºano. Estas reuniões tinham cariz informativo e serviram para a elaboração do diagnóstico e para direcionar e suportar todo projeto de intervenção comunitária.

Após a análise dos indicadores e da reunião com a professora do PES, foi feita reunião com a equipa da saúde escolar de modo a criar um ponto de partida e envolver os enfermeiros na tomada de decisão sobre o projeto a desenvolver. A reunião foi realizada na sala de reuniões da UCC D'Alagoa, com todos os elementos da equipa da saúde escolar. A realização desta reunião com a equipa para exposição do projeto foi essencial para obter a sua colaboração e posteriormente conhecermos as necessidades da equipa acerca da temática.

Após a reunião com a professora do PES e a equipa da saúde escolar em junho 2017, foi elaborado um pedido ao conselho pedagógico do agrupamento escolar em questão, para que tomasse consciência da importância do projeto e o autorizasse, incorporado assim, no plano de saúde escolar no agrupamento para o ano letivo de 2017/2018.

Em setembro 2017 foi concedida a autorização para o desenvolvimento deste projeto na escola secundária do concelho de Lagoa (Apêndice II).

Assim após novas reuniões com a equipa da saúde escolar, com a professora responsável pelo PES e reunião com todos os diretores de turmas do 9ºano, foi possível efetuar a auscultação das necessidades e intervir junto desta população alvo. Procedeu-se a elaboração de um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D'Alagoa (Apêndice III).

Este dossier, depois de elaborado e devidamente utilizado, pode ser uma base para sistematizar as intervenções de Enfermagem na área da educação sexual e afetos na escola

secundária, promovendo uma eficiência e assertividade nas ações desenvolvidas, levando eficácia do resultado.

Posteriormente em outubro de 2017, foi realizada reunião com todos os diretores de turma do 9º ano, de ensino regular e profissional e com a coordenadora da UCC D'Alagoa. Com esta reunião e também por sugestão dos docentes, este projeto seria a desenvolver na turma do 9ºX. Este direcionamento para esta turma em específico, segundo os professores, foi por motivos de dinâmica de turma, por razões comportamentais e pelos resultados acadêmicos dos alunos.

A minha intervenção foi diretamente nesta turma em específico, mas este projeto será replicado às restantes turmas do 9º ano, de forma a abranger todos os alunos dos 9º anos daquela escola secundária.

Foi ainda elaborada uma declaração de consentimento informado para ser entregue a todos os encarregados de educação, com a apresentação do projeto e pedido da autorização para os alunos participarem (Apêndice IV).

Ainda em novembro, obtivemos a resposta de todos os encarregados de educação, sendo que nenhum se opôs a que os alunos participam neste projeto. Após as autorizações dos encarregados de educação, foi garantida que a participação do aluno será sempre voluntária, podendo desistir a qualquer momento se assim o entender, apesar da autorização do encarregado de educação.

Posteriormente, foi novamente elaborado o pedido de autorização aos encarregados de Educação, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Este encontra-se como apêndice no Dossier de Atividades.

Após a elaboração do Dossier de atividades, através das reuniões com a equipa da saúde escolar, foi aferida a necessidade de incluir uma psicóloga clínica neste projeto. Esta necessidade foi aferida, por existir atividades com temáticas como a diversidade sexual, orientações sexuais e afetos. Estas temáticas são de extrema importância de serem abordadas em meio escolar, pela equipa da saúde escolar em parceria com uma psicóloga.

Foi então, pedida a colaboração de uma psicóloga clínica para este projeto de intervenção, para trabalhar com os alunos nas questões da diversidade de papéis e orientações sexuais.

A UCC D'Alagoa tem uma psicóloga clínica, no entanto esta não está alocada à saúde escolar. A psicóloga clínica trabalha com adolescentes dentro da UCC e que estejam referenciados pela CPCJ ou SNIPI.

Foi também pedido autorização ao Diretor Executivo do ACeS Barlavento para a utilização do logótipo da UCC D'Alagoa na capa do dossier de atividades, tendo sido autorizado. (Anexo II).

Foi também realizado pedido ao Diretor Executivo do ACeS Barlavento Algarve II, para poder identificar esta UCC neste relatório de estágio, obtendo também uma resposta positiva (Anexo III).

Este projeto foi traçado para ser implementado pela equipa da saúde escolar e pelos docentes nos próximos anos letivos até 2023, às turmas do 9ºano.

Foram desenvolvidas atividades do dossier de atividades para o 9º ano na área da educação sexual e afetos partir de dezembro de 2017.

6.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A educação para a saúde constitui uma das pedras angulares da promoção da saúde. O enfermeiro de enfermagem comunitária, tendo como seu campo de ação a comunidade deseja desenvolver uma efetiva educação para a saúde. Para que isso ocorra de forma fundamentada e efetiva é necessário ter em atenção as teorias e os modelos existentes no

âmbito da promoção da saúde, uma vez que estes servem como base teórica forte, permitindo que os enfermeiros comunitários eduquem a população alvo dos seus cuidados.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), será o modelo teórico norteador para a minha ação como enfermeira, considerando-se adequado ao desenvolvimento deste trabalho.

Este MPSNP foi um instrumento de trabalho para o desenvolvimento da enfermagem comunitária. Este modelo sofreu várias revisões, tendo a última ocorrido em 2011.

O MPSNP integra a psicologia social e uma perspetiva holística de enfermagem. Nola Pender na construção do seu modelo utilizou como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social, ou Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura e o Modelo da Teoria da Ação Racional de Fishbein, ambos da psicologia (Tomey & Allygood, 2002).

De acordo com o MPSNP, a promoção da saúde, é definida como o conjunto de atividades que levem ao desenvolvimento de recursos para manter ou intensificar o bem-estar da pessoa permitindo que os indivíduos, grupos, famílias ou comunidades exerçam controlo sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde e atuem sobre eles (Tomey & Allygood, 2002).

Com este pressuposto, a enfermagem surge no sentido de estudar o comportamento das pessoas, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis e também os fatores biopsicossociais que motivam os indivíduos a procurar comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O modelo tem como objetivo auxiliar os enfermeiros em compreender os principais determinantes de comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis. O MPSNP incentiva os enfermeiros a olhar para as variáveis que foram apontadas para promover o comportamento de saúde.

A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e preceptivos individuais e de acordo com os fatores molificantes a que é exposta (Pender et al., 2011).

Este modelo parte do princípio que a saúde é um estado positivo e que todas as pessoas pretendem atingi-la. O conceito de saúde é individual e varia de pessoa para pessoa, sendo isto mais importante do que o conceito genérico.

Enquadrando este modelo com este projeto de intervenção: os adolescentes podem modificar afetos, cognições, influências situacionais e interpessoais. Este modelo descreve a essência multifacetada dos indivíduos que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde, ou seja, existem processos biopsicossociais complexos que levam os indivíduos a adotar comportamentos direcionados para a melhoria da saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo definiu com clareza os conceitos, ajudando na compreensão da complexidade dos fenómenos do comportamento da saúde, permitindo o enfermeiro realizar cuidados de forma individual ou em grupo, possibilitando o planeamento, a intervenção e a avaliação das suas intervenções (Pender et al., 2011).

Segundo o MPSNP os fatores que influenciam o comportamento estão interligados em 3 pontos essenciais: as características individuais e experiências; comportamento específico e resultado do comportamento. O esquema deste modelo está no Anexo IV.

As características individuais e experiências dividem-se em duas variáveis: comportamento anterior relacionado e fatores pessoais (fatores psicológicos, biológicos e socioculturais que influenciam a saúde do indivíduo).

O comportamento específico é constituído por oito variáveis:

- Os benefícios percebidos da ação (antecipação dos resultados positivos que decorrerão do comportamento de saúde);

- As barreiras percebidas para a ação (custos pessoais, reais ou imaginados, de ter determinado comportamento e que podem restringir um comportamento de saúde);
- A autoeficácia percebida (julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento específico de saúde);
- Os sentimentos relativos ao comportamento (quanto mais positivo for o sentimento, maior será a percepção de autoeficácia);
- As influências interpessoais (incluem normas, apoio social e modelagem. As fontes primárias de influências interpessoais são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde.);
- As influências situacionais, opiniões (percepção e conhecimento pessoal de uma dada situação ou contexto de vida que pode facilitar ou dificultar o comportamento);
- O compromisso com um plano de ação (O compromisso é entendido como a intenção de executar um comportamento particular de saúde com sucesso incluindo a identificação de estratégias específicas);
- O compromisso com um plano de ação é menos provável de ocorrer quando compete com exigências (pouco controlo) e preferências (grande controlo) (Pender et al.,2011; Tomey & Allygood, 2002).

O comportamento de promoção de saúde é a consecução do comportamento desejado de saúde (Tomey & Allygood, 2002).

O MPSNP defende que os indivíduos têm a capacidade de influenciar o próprio comportamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Refere ainda que o enfermeiro tem o papel de promover um clima positivo e que funcione como catalisador à mudança (Pender et al., 2011).

Contextualizando, o planeamento e a implementação das intervenções deste projeto de intervenção comunitária foram ao encontro das necessidades e características aferidas naquele grupo de adolescentes com vista à promoção de saúde.

6.3. Fundamentação das Intervenções

Hoje em dia, a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental e imprescindível. A saúde é considerada essencial para cada pessoa, de forma a que esta seja capaz de desenvolver uma vida ativa e plena (Ramos & Esquivel, 2015).

Tendo em conta a área de intervenção deste projeto, foi definida como estratégia principal a Promoção da Saúde, definindo intervenções para a prevenção da doença e para a educação para a saúde, com vista a alcançar os objetivos fixados anteriormente.

Foi em 1978, na declaração de Alma-Ata que pela primeira vez, referem a importância dos cuidados de saúde primários a nível mundial para a promoção da saúde (WHO, 1978).

No entanto, quase uma década depois, na Declaração de Ottawa, em 1986 é que se desenvolve o conceito de 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 p.1).

Ainda na Carta de Ottawa (OMS ,1986), há a referência a promoção da saúde através de intervenções concretas e efetivas na comunidade, através do estabelecimento de prioridades, tomada de decisões, planeamento de estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde.

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, da educação para a saúde e também do reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (OMS, 1986).

O processo de aprendizagem pode ocorrer ao longo de toda a vida das pessoas, preparando-as assim, para as diferentes etapas que vão defrontado, assim como para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades. Estas intervenções podem e devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias e ser realizadas por organismos educacionais, empresariais e de voluntariado, e dentro das próprias instituições (OMS, 1986).

Assim torna-se pertinente falar de uma educação para a saúde como estratégia na promoção da saúde.

Um elemento essencial na promoção da saúde é a educação para a saúde que consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde (OMS, 1986).

Segundo Carvalho & Carvalho (2006), a educação para a saúde é toda a atividade intencional que envolve aprendizagens relacionadas com saúde e doença, e que produz mudanças no conhecimento e comportamento. Pode influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

A educação para a saúde promove a capacitação dos indivíduos, permitindo-lhes decidir de forma consciente e informada o seu projeto de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

As crianças e jovens em idade escolar são o público mais indicado com o qual se deve trabalhar, pois estão em idades propícias a adquirir comportamentos e atitudes que conduzem a um maior bem-estar e um estilo de vida saudável. É de acordo com este

pressuposto que a escola surge como um local privilegiado de educação para a saúde, pois o que se pretende é alcançar uma maior massa de população e em idades propícias (Sousa & Trindade, 2013).

Segundo a orientação n.º 008 de 2010 da DGS,

“a saúde escolar é um programa de indiscutível importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo seu papel na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde detetados, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras de saúde e bem-estar da população escolarizada e consequentemente do seu sucesso educativo e pessoal” (Direcção Geral de Saude, 2010 p.1)

No período da adolescência, existe o desenvolvimento cognitivo e o aumento de conhecimentos sobre a saúde em geral, possibilitando ao adolescente a capacidade de compreender as consequências dos seus comportamentos sobre a sua saúde a curto e a longo prazo. No entanto o período da adolescência é marcado pela curiosidade e vontade de novas experiências, que levam muitas vezes a comportamentos que podem por em causa a sua saúde, atual e futura (WHO, 2002a).

Segundo a WHO (2005), refere que os comportamentos saudáveis adquiridos durante o período da adolescência tendem a prevalecer na idade adulta. Portanto, com este pressuposto, justifica todas as intervenções precoces junto das crianças e adolescentes pelo fato de existir a possibilidade de grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a infância e adolescência. O desenvolvimento saudável dos adolescentes representa um aspeto muito importante na vida de qualquer comunidade. Os comportamentos dos adolescentes e os seus estilos de vida podem influenciar, ou indiretamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo.

Para uma intervenção de âmbito comunitário em contexto escolar, é importante e fundamental considerar a relevância e especificidades dos diferentes programas de saúde e as orientações emanadas pela DGS, tais como, medidas de enquadramento político,

legais e regulamentares, informação e educação para a saúde e programas de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Assim sendo e segundo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), as estratégias passam pela melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: “a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (Direção Geral de Saúde, 2006 p.6).

Segundo ainda o PNSE 2006, para o desenvolvimento destas atividades, as equipas da saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo assim para uma obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo (Direção Geral de Saúde, 2006).

Assim neste contexto a educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes bem como uma importante orientação para a ética e para os valores. Promove a responsabilidade, o conhecimento do corpo, dos impulsos, a integração social e a adoção de estilos de vida saudáveis (Nalha, 2013).

Com a colocação da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, estabeleceu-se um regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário, abrangendo a rede pública e a rede privada e cooperativa, definindo um conjunto de finalidades, as modalidades da sua aplicação, os conteúdos curriculares, a carga horária dedicada à educação sexual, aspetos relativos ao pessoal docente, ao gabinete de informação e apoio aos alunos, à participação da comunidade escolar, entre outros aspetos (Carvalho, Monteiro, & Alves, 2017).

A educação sexual capacita os jovens para que possa desenvolver competências para que consigam controlar os determinantes de saúde relativos a saúde sexual. Este é um processo pelo qual adquirem informação a que tem direito, sobre os assuntos que os afetam, atendendo as suas necessidades para que possam desfrutar em pleno a sua sexualidade e relações com os outros (Vilça, 2012).

A educação sexual é o processo pelo qual se obtém informação e se forma atitudes e crenças acerca da sexualidade e dos seus comportamento, em vista ao desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a poderem fazer escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade , permitindo que se sintam seguros e informados nas suas opções (Andrade & Monteiro, 2013).

Segundo Andrade & Monteiro (2013), o objetivo da educação sexual para os jovens, é conseguir também melhorar os seus relacionamentos afetivo-sexuais, reduzindo ao mesmo tempo, as consequências negativas dos comportamentos, como gravidezes não planeadas e infeções sexualmente transmissíveis.

Assim quando se fala em educação sexual, está sempre interligado com a educação para os afetos, pois só relacionado estes temas é que poderemos ter uma promoção eficaz da saúde individual dos adolescentes.

A educação para os afetos e a sexualidade deve envolver a escola como um todo – crianças, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes- e deverá começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuindo assim, para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (PNSE, 2015).

A escola assume um papel fundamental para o desenvolvimento de atitudes de respeito e de relações afetivos com os outros. Em cada escola existe uma multiculturalidade, e com isso é possível desenvolver esses comportamentos socio afetivos de forma respeitosa, nunca desresponsabilizado a família em que o adolescente está incluído.

De acordo com o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES), na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes (Sampaio et al.,2007).

Assim a escola, assume um papel fulcral na abordagem da educação sexual, onde esta já não se limita a ser somente o local onde prepara os alunos para a vida profissional, mas também deve ser encarada como meio de preparação para a vida (Tavares, 2015).

Quando se fala de educação sexual é importante a reter e de valorizar, que ao se obter a informação sexual e reprodutiva não há promoção da promiscuidade nem o início precoce da atividade sexual, mas sim, exatamente o contrário. Existe sim uma contribuição para elevar o nível de abstinência, para um início mais tardio da atividade sexual, para um maior uso da contraceção e um menor número de parceiros sexuais (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Social, 2014).

Ao se promover a saúde individual na Escola, estamos a contribuir para uma elevação da literacia em saúde por parte dos alunos. Entende-se como literacia para a saúde a conscientização da pessoa no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde, estendendo-se que está ao seu alcance a cura e prevenção da doença (Direção Geral de Saúde, 2015).

Ao promovermos a literacia nos indivíduos e principalmente nos adolescentes, estamos a contribuir para a formação de um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (Direção Geral de Saúde, 2015).

O autor da teoria da Aprendizagem Social de Bandura, defende que através da observação dos comportamentos de terceiros, o indivíduo pode retirar regras para seu próprio comportamento, incorporando-as nas suas vivências. O mesmo autor da teoria cognitivo-social, propôs ainda que o indivíduo tem a capacidade para aprender determinados comportamentos novos, apenas pela observação e imitação (Azevedo, 1997).

A aprendizagem da Educação sexual nas escolas também poderá ocorrer por observação ou imitação, pois através da observação de comportamento e pela integração de modelos, que incorporam tanto o fazer, como o pensar e o julgar.

É imprescindível o reconhecimento da sexualidade como uma componente positiva de realização pessoal, e também como promoção do respeito pela “outra” pessoa. Ao atribuímos a correta importância de uma educação sexual atempada estamos também a contribuir para a promoção da igualdade de direitos e oportunidades dos dois sexos, para o respeito à diferença, para a importância da comunicação e para o reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis (Caetano, s.d).

O nível de educação está relacionado também com o início das relações sexuais, sendo que jovens com menor escolarização e provenientes de níveis sócio económicos mais baixos têm a sua primeira relação sexual mais cedo do que jovens mais escolarizados e provenientes de níveis sócio económicos mais elevados. Segundo estudos realizados em Portugal, os adolescentes iniciam-se sexualmente entre o 15-19 anos (cerca de 59%) (Ramoá & Leitão, 2011).

Com vista à conceção do projeto de intervenção em meio escolar de educação sexual e afetos nas turmas de 9º ano, foram desenvolvidas várias atividades. Perante as várias fases do projeto foi necessário delinear quais as intervenções que deveriam ser aplicadas para que os objetivos traçados fossem alcançados.

1ª fase Diagnóstico

Para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para o aumento da eficiência dos serviços, num projeto é fundamental a concordância entre o diagnóstico e necessidades, determinando a sua pertinência.

No processo de planeamento em saúde é importante identificar necessidades em saúde, ganhos potenciais em saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis (Direção Geral de Saúde, 2012).

Para a implementação deste projeto foi primordial o conhecimento da UCC onde iria ser aplicado, nomeadamente através da consulta de normas, protocolos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes.

Como já foi referido anteriormente foi feito um levantamento de informações, através de diversas reuniões com a equipa da saúde escolar e foram ouvidos os seus pareceres e necessidades relativamente a esta temática.

Numa fase inicial realizaram-se reuniões com os elementos da coordenação da UCC e restantes enfermeiros. Através destas reuniões surgiu a grande necessidade existente na reorganização do programa de educação sexual no meio escolar, pela ausência de intervenção da equipa nas turmas de 9º ano.

Estas reuniões decorreram todas na sala de reuniões da UCC D'Alagoa.

Foi elaborado um pedido de reunião a professora do PES, para aferir as necessidades e posteriormente para informar do projeto e seus objetivos.

Depois de verificada a necessidade de um projeto de intervenção na área da educação sexual e afetos na escola secundaria aos alunos do 9º ano, foi realizada nova reunião com a equipa da saúde escolar e coordenadora da UCC, com intuito de elucidar acerca do projeto, dos objetivos da sua implementação. Esta reunião também teve o objetivo de envolver os enfermeiros na tomada de decisão sobre o projeto a desenvolver.

Este processo decorreu ao longo do mês de maio de 2017. Em junho, estavam reunidas as informações que levaram ao diagnóstico e posteriormente para poder delinear um projeto de intervenção, com o apoio da equipa de enfermagem da saúde escolar e coordenadora da UCC.

Como já foi referido anteriormente, foi feito o pedido ao presidente do conselho pedagógico do agrupamento onde se insere a escola secundaria, a expor a necessidade do projeto e o seu propósito e também a respetiva autorização para o desenvolver.

Tornou-se imperativo conhecer a sua opinião dos enfermeiros relativamente aos meios disponíveis para a sua realização assim como à forma de operacionalização da mesma. Como limitações para atingir os objetivos, referiram recursos humanos insuficientes (a UCC estava com carência de enfermeiros, durante o mês de março 2018, integraram 2 enfermeiros).

2ª Fase – Fase de Preparação

Após a elaboração do diagnóstico de situação e de recolha do máximo de informação possível, foram definidos os objetivos para o projeto.

Uma vez fixados os objetivos, foram selecionadas as estratégias para os alcançar, que segundo Tavares (1990, p.145), as estratégias são “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados”.

Todas as intervenções foram discutidas ao longo do projeto com a enfermeira orientadora e também com a equipa de enfermagem, de forma a se puder efetuar ajustes necessários no projeto e sua consequente aprovação.

Nesta fase procedeu-se a elaboração de um dossier de atividades temáticas na área da educação sexual. Esta elaboração vai ao encontro do objetivo traçado: *“Elaboração um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D’Alagoa: com o planeamento das sessões e elaboração de guiões”*.

As atividades específicas foram traçadas em função dos objetivos, de forma a evitar o desperdício de recursos e discutidas entre todos os intervenientes.

Este dossier de suporte digital e também em papel, foi criado com objetivo de ser um recurso à equipa de saúde escolar da UCC D’Alagoa e também dos professores da Escola Secundária.

As sugestões de atividades que estão presentes neste dossier, foram retiradas e adaptadas de alguns manuais já existentes, como o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e o Guia de educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores.

Neste dossier, as atividades e sessões de educação para a saúde são direcionadas para os alunos do 9º ano de escolaridade de uma escola secundária. Na escolha das atividades foi considerada a tipologia da população da cidade de Lagoa.

Pretende-se que este dossier seja dinâmico e flexível, e que de uma forma clara, possibilite uma abordagem da área da educação sexual em meio escolar.

Pretende-se que a equipa da saúde escolar em parceria com o corpo docente desta escola secundária, implemente estas atividades presentes neste dossier de projeto, visando assim, a aquisição de competências e a promoção de valores fundamentais à vivência da sexualidade de forma responsável.

Ao criar este dossier, pretende-se:

- Promover a disponibilização de recursos pedagógicos, de forma facilitada e adaptada a população local;
- Promover sessões de educação para a saúde que sejam um complemento curricular e que dinamizem a educação sexual existente na escola.

A finalidade da criação deste dossier de projeto será um reforço na contribuição para diminuir os comportamentos de risco dos alunos em relação à vivência da sexualidade, aumentando assim os fatores de proteção.

A criação deste dossier vai ao encontro do objetivo geral deste projeto: *Promover a aquisição de conhecimentos sobre afetos e sexualidade saudável nos adolescentes.*

3ª Fase – Fase de Intervenção

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve adquirir competências no âmbito da promoção da saúde junto do indivíduo e/ou comunidade, através das ações de educação para obter ganhos em saúde. Assim, “age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira, Carvalho, Pacheco, & Teixeira, 2004 p.135).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Parecer n.º 109/2009 sobre a educação sexual nas escolas, é definido que o “enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades”.

A Ordem dos enfermeiros vai mais além e ainda emite outro Parecer N.º 192 / 2009, onde refere que:

“A alocação da educação para a saúde e educação sexual a docentes, indiferentemente da sua formação, é um erro por provável falta de competências próprias para o efeito (...) Quem detém esses recursos e competências são os profissionais de saúde, portanto, entende-se que sejam estes a realizar esta actividade, não apenas docente, mas de aconselhamento regular a efectuar nos gabinetes de informação e apoio. Como pode o gabinete de informação e apoio assegurar aos estudantes o acesso aos meios contraceptivos adequados, só profissionais de saúde o podem fazer, por todas as implicações para a saúde que os mesmos comportam e requisitos prévios que se requerem antes da sua escolha e prescrição” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p.1).

Em outubro de 2017, houve o agendamento de uma reunião com a professora diretora de turma, da turma em questão, para entrega dos consentimentos informados para os encarregados de educação dos alunos. Posteriormente, após termos recebido o consentimento de todos os encarregados de educação, foram decididas, em conjunto com a equipa de enfermagem e com a concordância dos docentes, quais as atividades a desenvolver junto da turma.

Neste dossier de atividades de suporte digital e em papel, foi elaborada uma folha de registos de agendamento das sessões de educação para a saúde (Apêndice V) para todas as turmas do 9ºano. Essa folha de registo foi elaborada em conjunto com a equipa da saúde escolar e será utilizada no início de cada ano letivo, juntamente com os docentes, para agendar as atividades na escola secundária.

Ao elaborar instrumentos de registo de enfermagem, é uma forma de apoiar os enfermeiros na prestação de cuidados, facilitando a comunicação entre a equipa da saúde escolar e docentes e, assegurando assim, a continuidade da prestação de cuidados.

Posteriormente houve a deslocação dos enfermeiros à escola, para a apresentação do projeto de intervenção à turma, reforçando a importância da colaboração dos alunos, com explicação da importância da educação sexual para uma vida futura saudável.

Foi posto em prática a 1ª atividade a: “Caixa Mistério”. Houve a deslocação dos intervenientes neste projeto, novamente à escola, onde foi explicado aos alunos o que se pretendia com esta atividade: que colocassem questões no âmbito da sexualidade, dentro dessa caixa de forma anónima.

Como já foi referido anteriormente, esta atividade foi realizada numa só turma pois, por questões de limite de tempo e de recursos humanos, não era exequível aplicar a todas as turmas. No entanto este projeto, é para ser implementado na íntegra pela equipa da saúde escolar no início do próximo ano letivo a todas as turmas do 9º ano.

A “Caixa mistério” ficou na escola durante uma semana tendo sido recolhida pela equipa da saúde escolar. O plano seria, com base nas dúvidas apresentadas, seria preparada uma sessão de educação para a saúde de forma a esclarecer as questões.

No entanto, o número de questões foi insuficiente para apresentação de uma sessão de educação para a saúde, pelo que foi decidido em conjunto com a equipa escolar, fazer uma breve sessão sobre as consultas de planeamento familiar.

Esta sessão de promoção das consultas de planeamento familiar, vai ao encontro de um dos objetivos traçados a médio prazo: *“Contribuir para a capacitação dos jovens para uma sexualidade saudável, responsável e consciente, através do aumento do número de consultas de planeamento familiar até ao ano de 2023 em cerca de 30%”*.

Ainda nessa mesma sessão de educação para a saúde, complementou-se com a importância de procurar respostas sobre a sexualidade em meios de informação que sejam fidedignos.

Após essa sessão, foram elaborados panfletos (estão como apêndices no Dossier de atividades), com sugestões de sites e linhas telefônicas que os alunos poderiam utilizar para esclarecimento de dúvidas e também do reforço à frequência das consultas de planeamento familiar.

Estes panfletos servem para ser colocados em áreas comuns, como a cafeteria e as entradas dos pavilhões de forma a terem destaque e abranger um número maior de alunos.

Após a realização da primeira sessão de educação para a saúde, constatou-se a necessidade de criar um instrumento que tornasse possível a avaliação da sessão de educação do ponto vista dos alunos. Então foi elaborado um questionário de avaliação de satisfação de sessão (Apêndice VII).

Foi agendada e executada nova sessão de educação para a saúde em janeiro de 2018 sobre métodos contraceptivos. Após essa sessão foi entregue aos alunos um questionário de verificação de conhecimentos adquiridos e o questionário de avaliação de satisfação de sessão. Ambos os documentos fazem parte do Dossier de Atividades e serão utilizados posteriormente pela equipa da saúde escolar.

Os resultados destes questionários encontram-se descritos mais à frente neste relatório.

Após as interações anteriores com esta turma, ficou decidido em equipa, que a próxima sessão de educação seria para abordar, os afetos, a diversidade e o respeito entre pares. Por ser um tema vasto, e por vezes, de difícil abordagem junto da comunidade adolescente, foi sugerido pela responsável deste projeto, a inclusão de uma psicóloga clínica nesta sessão de educação. Esta sugestão foi aceite pela orientadora.

A sexualidade tem de ser vista como uma combinação do sexo e da orientação sexual das pessoas, juntamente com os seus sentimentos sexuais pelos outros e dos sentimentos sobre si próprias enquanto seres sexuais. A sexualidade não tem a ver apenas com sexo, mas também com todos os sentimentos e afetos que a envolvem. Por isso explorar e falar

sobre este tema, enquanto formador ou enfermeiro pode ser excitante, difícil e maravilhoso, tudo ao mesmo tempo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Foi agendada e executada uma reunião com a psicóloga clínica no mês de janeiro de 2018, em que foi apresentado este projeto de intervenção e explicados objetivos e metodologia deste.

A psicóloga tomou conhecimentos das sugestões de atividades que estão presentes no Dossier, e que foram retiradas e adaptadas de alguns manuais já existentes, como o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e o Guia de educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores.

Posto isto, foi pedida a colaboração da psicóloga para trabalhar em parceria neste projeto e futuramente com a equipa da saúde escolar na continuação deste projeto. A psicóloga clínica anuiu em participar nesta atividade e ficou a cargo da coordenadora da UCC, promover que no futuro próximo seja possível alocar uma psicóloga clínica nas atividades da equipa da saúde escolar.

Foi então agendada a sessão de educação para saúde no final do mês de janeiro, sendo o nome desta atividade “Barómetro de Atitudes – Jogo para clarificação de valores”. Esta atividade promove o debate entre os alunos, sobre posições e opiniões morais diferentes (com possibilidade de consenso ou não).

Foi decidido em conjunto com a enfermeira orientadora e equipa da saúde escolar que seriam desenvolvidas 2 atividades por período letivo, totalizando 6 atividades ao ano. Esse agendamento de sessões poderá ser realizado ou no início do ano letivo, ou no início de cada período letivo.

Neste projeto, como o agendamento das sessões só foi efetuado em dezembro, deparamo-nos com algumas limitações de tempo dificultando a marcação das sessões de educação para a saúde.

4ª Fase – Fase de avaliação

As atividades de avaliação encontram-se descritas no ponto de avaliação da implementação do programa.

6.4. Análise Reflexiva Sobre As Estratégias Acionadas

A seleção de estratégias corresponde a uma das etapas do planeamento em saúde. É fundamental um bom planeamento, para definir quais as melhores estratégias de intervenção, de modo a atingir os resultados pretendidos.

Segundo Tavares (1990), a escolha de cada estratégia deve ter em consideração quatro parâmetros:

- o custo da estratégia;
- os obstáculos da estratégia;
- a pertinência da estratégia;
- as vantagens e inconvenientes da estratégia.

O planificador deve deter conhecimentos profundos sobre o problema em estudo, assim tem maior probabilidade de propor novas formas de abordar o problema. As estratégias devem ser inovadoras, fruto de criatividade do planificador (Tavares, 1990).

As estratégias selecionadas tiveram em conta os objetivos que se pretendiam atingir no presente projeto de intervenção e os recursos disponíveis para desenvolver as atividades planeadas.

Para se alcançar o objetivo do projeto, as estratégias necessárias foram ao nível dos recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

As estratégias delineadas neste projeto foram:

- Promover o envolvimento da equipa da saúde escolar da UCC D'Alagoa no projeto;
- Promover o envolvimento do corpo docente no projeto, incluído a professora do PES do agrupamento de escolas;
- Promover o trabalho de equipa entre os elementos da equipa de saúde escolar e o corpo docente envolvido no projeto;
- Estabelecer diversos contatos com os alunos, de forma a que vejam o enfermeiro como aliado na promoção de uma sexualidade saudável;
- Promover o envolvimento de uma psicóloga na saúde escolar no âmbito da educação sexual.

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção, é necessário o envolvimento de outras pessoas, a que podemos chamar a criação de parcerias .

Considera-se que, a escolha das estratégias do projeto, obedecem aos parâmetros a ter em consideração, tendo sido pertinentes, vantajosas e de acordo com os recursos existentes.

6.5. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Para a concretização deste projeto foi necessário fazer uma estimativa e otimização dos recursos necessários para a sua implementação.

Os recursos humanos são considerados as pessoas ou organizações que estão ativamente envolvidas no projeto, ou que podem ser afetados pela execução do mesmo (Noro, 2012).

Os recursos humanos diretamente envolvidos com o projeto são:

- Coordenadora da UCC D'Alagoa / Enfermeira orientadora do Estágio Final;
- Equipa da saúde escolar da UCC D'Alagoa;
- Professora responsável pelo programa de educação para a saúde do agrupamento escolar;
- Diretor do conselho pedagógico do agrupamento escolar;
- Docente responsável pela coordenação entre a UCC e a escola secundária;
- Alunos do 9º ano- turma X;
- Mestranda;
- Docente da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, orientador do Estágio Final.

Para dar continuidade a este projeto serão necessários os seguintes recursos:

- Docente responsável pela coordenação entre a UCC e a escola secundária e restantes docentes que sejam diretores de turma;
- Equipa da saúde escolar;
- Alunos das turmas do 9º ano.

Os recursos materiais utilizados neste projeto foram:

- Sala de reuniões da UCC D'Alagoa;
- Dossier temático de atividades e computador;
- Material de apoio à realização das atividades: Cartolina para os cartões de cores utilizado na atividade “barómetro de atitudes” e cola; Caixa mistério (utilizadas cartolinas); Folhas A4 para os questionários de satisfação e questionários de aquisição de conhecimentos e restantes fichas e folhetos; Impressora / fotocopiadora;
- Viatura da UCC D'Alagoa.

6.6. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

No desenvolvimento deste projeto pretendeu-se constituir/manter como entidades parceiras:

- A equipa de Enfermagem da UCC e com a Coordenadora da UCC;
- A professora responsável pelo PES;
- A professora coordenadora entre o agrupamento escolar e a UCC;
- Os diretores de turma do 9ºano;
- A diretora de turma do 9ºano X;
- A psicóloga clínica.

6.7. Descrição do Orçamento

Para executar um projeto de intervenção, tem de se associar um orçamento. Este orçamento deve identificar os recursos financeiros a mobilizar e as possíveis fontes de financiamento, permitindo assim, quantificar os custos dos meios já existentes e dos que vão ser utilizados para a intervenção.

A estimativa de custos refere-se aos custos dos recursos necessários para a realização das atividades do projeto, para que um projeto decorra num orçamento determinado e aprovado (Noro, 2012).

Os gastos inerentes ao presente projeto desenvolvido relacionaram-se com materiais consumíveis, material de apoio, horas de trabalho dos profissionais envolvidos e custo das deslocações.

Este foi um projeto que obteve a participação voluntária de todos os intervenientes e tendo ocorrido no âmbito académico de um profissional de saúde não são esperados reembolsos ou remuneração extraordinária.

A tabela seguinte, identifica um resumo da estimativa de gastos por ano letivo quando ocorrer abrangência total do projeto por todas as turmas do 9º ano da escola secundária.

Tabela 2: Descrição do orçamento do projeto

Recursos	Especificação	Quantidade	Custo
Material de apoio	Tinteiro de impressora	2	60 €
	Cartolinas	1	30 €
	Rolo adesivo	2	6 €
	Cola	2	4€
	Resma Folhas A4	3	12 €
Vencimento de enfermeiro /	Vencimento de 2 enfermeiros	2	- €
Combustível/ deslocações até à escola	6 sessões/ turma /ano letivo 6x4= 24 sessões/ ano	24	50€
Custo Total			483€

Fonte: elaboração própria

Relativamente aos custos do trabalho dos enfermeiros, serão sempre necessários pelo menos dois enfermeiros responsáveis pela Saúde Escolar para executar este projeto. A Saúde Escolar faz parte da carteira de serviços da UCC D'Alagoa, pelo que os vencimentos dos enfermeiros estão incluídos, não se contabilizando nesta tabela.

Outro fato a considerar neste orçamento, é que todos os anos o número de turmas de 9º ano poderá variar, e conseqüentemente o número de idas à escola poderá aumentar ou diminuir.

6.8. Cronograma

O Cronograma tem em consideração o período total de tempo em que se espera que o programa decorra. De acordo com esse período de tempo, as atividades podem ser calendarizadas, programadas e executadas, de um modo coerente e articulado (Carvalhos, Domingos, & Sequeira, 2010).

Imperator e Giraldes (1993) definem o cronograma como uma representação gráfica onde se apresenta o tempo e as atividades que constituem o projeto.

No início do ano letivo 2017/2018, não foram agendadas as sessões de educação para a saúde, o que causou algum atraso para a realização das mesmas.

Outro fato que atrasou a realização das sessões e também as reuniões com os docentes, foi o fato de em dezembro ser pausa letiva para férias de Natal, e nas semanas anteriores a essa pausa os docentes e os alunos estavam em momento de avaliação, atrasando assim a nossa intervenção.

Para a sessão “Barómetro de atitudes”, em que houve a colaboração da psicóloga clínica, foi difícil o agendamento da sessão, por dificuldade na articulação de vários horários laborais, entre a equipa escolar, a mestrandia, a psicóloga e a coordenadora da UCC e também com os docentes.

A sessão foi preparada com todos os seus intervenientes e materiais, e houve a deslocação da equipa à escola secundária. Aquando da chegada da equipa à escola, foi informado que o docente que cedeu o tempo letivo se encontrava a faltar e também não tinha

informado os alunos para permanecer na escola. Com isto, não houve a realização desta atividade programada.

Contudo esta atividade já foi remarcada para o mês de março/abril, mas encontra-se fora do período de estágio deste mestrado.

Outra atividade que não foi realizada, mas também por concordância da equipa da saúde escolar, foi a divulgação do projeto na página da ARS ou da escola. Ficou decidido que no final deste ano letivo ou no início do próximo, de fazer a referida publicação, como forma de a publicitar junto dos adolescentes demonstrando a sua importância.

Considera-se que no geral, o cronograma foi cumprido (Apêndice VI), apesar de algum atraso que se prendeu essencialmente, com o tempo prolongado de resposta para marcação de sessões de educação para a saúde.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação resulta de uma comparação entre os objetivos e estratégias, em termos de adequação. A avaliação de um projeto deve ser precisa e pertinente (Tavares, 1990).

A avaliação pode ser interpretada como a atividade que envolve a criação de conhecimentos e a emissões de juízos de valor sobre diversas situações e processos. (Campos, Faria & Santos, 2010).

Segundo Campos et al. (2010, p.81),

“as atividades de avaliação servem para alimentar os processos de planeamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam-se com informações que permitem os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de mais profundidade, nos projetos ou processos avaliados, como por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção”.

A avaliação é uma etapa fundamental dos projetos de intervenção comunitária, pois permite a reflexão sobre a viabilidade e os ganhos alcançados por este, permitindo assim determinar o impacto das intervenções realizadas.

Segundo Capucha (2008 p.45), “a avaliação é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas.”

7.1. Avaliação dos Objetivos

Na metodologia de projeto é fundamental a fixação de objetivos, pois a sua determinação visa dar resposta às necessidades identificadas em saúde, as quais justificam a elaboração do projeto.

Segundo Tavares (1990), para que o objetivo possa dar resposta a determinado problema identificado, deve obedecer a determinados critérios estruturais, tais como: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade.

Para este projeto de intervenção foi fixado seguinte objetivo geral: *Promover a aquisição de conhecimentos sobre afetos e sexualidade saudável nos adolescentes a frequentarem o 9º ano de escolaridade.*

Foram igualmente delineados os seguintes objetivos específicos:

a) Elaboração um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D'Alagoa: com o planeamento das sessões e elaboração de guiões;

b) Realização de todas as atividades planeadas na turma onde será implementado o projeto no ano 2017/2018;

c) Proporcionar aos adolescentes do 9º ano a aquisição de conhecimentos relativos as doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez, afetos e comportamentos saudáveis ao nível da sexualidade no ano letivo 2017/2018, através das sessões de educação para a saúde.

Relativamente ao primeiro objetivo específico a), referente à elaboração do dossier temático: foi elaborado um dossier com base em manuais já existentes, mas que não eram utilizados nem pelos docentes nem pela equipa da saúde escolar. Foram extraídas algumas atividades e adaptadas aos adolescentes do concelho e as salas de aula daquela escola.

Este dossier é composto por 7 temas:

- Métodos contraceptivos;
- Planeamento familiar;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Valores e atitudes face à sexualidade;
- Expressões de sexualidade e diversidade;
- Papeis de género no relacionamento interpessoal;
- Gravidez na adolescência .

Estes temas foram definidos nas reuniões com a equipa da saúde escolar e com aprovação dos docentes e da coordenadora da UCC.

A escolha destes temas teve em consideração os conteúdos a contemplar nos objetivos mínimos da área de Educação Sexual de acordo com a Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril para o 3º ciclo são:

“ Dimensão ética da sexualidade humana: Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética; Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana; Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários); Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana — HPV2/vírus do papiloma humano — e suas consequências) bem como os métodos de prevenção. Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais; Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado; Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado; Compreensão da noção de

parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável; Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas” (Ministério da Saúde e da Educação, 2010 p. 1170).

Com isto, o objetivo a) foi na sua totalidade atingido, com a criação de um dossier, que será agora e no futuro, utilizado pela equipa da saúde escolar da UCC D’Alagoa.

Relativamente ao objetivo b), foram realizados todos os esforços para ser cumprido o que foi planeado neste projeto, que seriam as duas sessões de educação para a saúde por período letivo.

Na linha temporal em que este projeto foi colocado em prática, já não foi possível fazer 2 sessões de educação para a saúde no 1º período, tendo sido realizado somente uma, a atividade “Caixa Mistério”.

No 2º período estavam marcadas 2 sessões de educação para a saúde, “Sessão de métodos contraceptivos” e o “Barómetro de Atitudes”. No entanto, devido ao professor docente ter faltado no dia marcado para a sessão do “Barómetro de Atitudes”, não foi possível realizá-la, nem a agenda-la atempadamente antes do término deste Estágio Curricular.

Podemos então afirmar que, objetivo foi atingido, mas não na sua plenitude por razões alheias e não contornáveis no momento. No entanto foram realizadas as sessões e estão agendadas as sessões de educação para a saúde para o 3º período letivo.

Relativamente ao terceiro objetivo c) que seria proporcionar /promover a aquisição de conhecimentos sobre questões da sexualidade, foi também atingido através da realização das sessões de educação para a saúde.

Na sessão sobre métodos contraceptivos, foram distribuídos aos alunos no final da sessão um questionário de verificação de aquisição de conhecimentos.

Os restantes temas, serão abordados nas sessões futuras com a equipa da saúde escolar, promovendo a contínua aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade.

Iremos abordar os resultados desses questionários no tópico seguinte.

Em relação aos objetivos de médio prazo:

- contribuir para a capacitação dos jovens para uma sexualidade saudável, responsável e consciente, através da redução do número de gravidezes na adolescência em 40% até 2023;
- contribuir para a capacitação dos jovens para uma sexualidade saudável, responsável e consciente, através do aumento do número de consultas de planeamento familiar até ao ano de 2023 em cerca de 30%.

Acredita-se que, através da implementação deste projeto na escola secundária, estes objetivos sejam alcançados.

7.2. Avaliação da Implementação do Programa

A principal função da avaliação é, determinar o grau de sucesso do planeamento realizado. Segundo Tavares (1990), para que tal seja possível, é necessário recorrer a critérios e normas.

Depois de diversas leituras, tornou-se evidente a existência de várias tipologias de avaliação do planeamento em saúde, que procuram responder a diversos critérios e estão relacionadas com a finalidade da avaliação.

Segundo Carvalho & Carvalho (2006 p. 56), os resultados da avaliação “devem servir não só para comprovar a eficácia do programa, mas também para melhorar a sua qualidade. Nesta linha torna-se necessário introduzir elementos de avaliação durante o desenvolvimento do programa para identificar possíveis desvios e introduzir as modificações precisas.”

Os autores Carvalho e Carvalho (2006), referem três tipos de avaliação:

- A avaliação formativa: o avaliador durante o decorrer das sessões avalia através do feedback dos participantes, se o conteúdo está a ser adequadamente transmitido;

- Avaliação de resultado: no final do programa avaliam-se os efeitos através do grau em que se alcançaram os objetivos de resultado;

-Avaliação de processo: é a verificação da adequação da estratégia de ensino/aprendizagem e conteúdos selecionados em relação às necessidades de aprendizagem dos participantes.

A avaliação das sessões de educação para a saúde efetuadas a esta turma abrangida por este projeto, é uma avaliação a curto prazo, pois o período em que decorreu o estágio foi curto, não permitindo apurar o verdadeiro impacto que o projeto vai ter no seu grupo alvo.

Neste sentido, é de referir que a avaliação das sessões de educação realizadas neste estágio compõe-se em dois aspetos: análise do feedback dos alunos durante as sessões, verificação da consecução dos objetivos específicos fixados para aquelas sessões

No que diz respeito à avaliação formativa, podemos afirmar que de uma forma geral, o feedback que obtivemos dos adolescentes foi muito positivo. Através da observação direta, verificámos que os adolescentes, na sua maioria, mostraram interesse e entusiasmo, participando ativamente nas atividades realizadas, de forma espontânea. Verificou -se um aumento no entusiasmo e nas participações dos alunos na segunda sessão de educação, provavelmente por sentirem um maior à vontade com a equipa de enfermeiros.

Como já referimos anteriormente um projeto implica a criação de métodos de avaliação de forma a monitorizar o seu percurso. Esta avaliação é feita, tendo em conta os objetivos delineados e demonstrada através dos indicadores de avaliação e metas.

Um indicador integra um sistema de avaliação, sendo uma fonte fácil de cálculo e para obtenção de dados relativamente aos fenómenos que se pretende medir (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores têm alguma semelhança com os objetivos nas suas características, e são entendidos como uma relação entre uma situação específica e uma população.

Embora avaliar um projeto na sua totalidade não seja uma tarefa fácil, é extremamente importante que seja realizado, pois os indicadores em análise são fundamentais para avaliar e controlar os programas e projetos implementados (Tavares, 1990).

A tabela seguinte apresenta os indicadores de atividade definidos neste projeto.

Tabela 3: *Indicadores de atividade do projeto*

Indicador de atividade	Metas	Resultado
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de sessões realizadas na escola}}{\text{N}^{\circ} \text{ de sessões programadas na escola}} \times 100$	Realizar 100% das atividades planeadas na escola	66,7%
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de alunos presentes na sessão}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de alunos por turma}} \times 100$	Realização das sessões a 100% alunos da turma	100%
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de questionários respondidos após sessão}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de alunos por turma}} \times 100$	Obter 100% de respostas aos questionários	100%

$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de reuniões realizadas com os docentes}}{\text{N}^{\circ} \text{ de reuniões programadas com os docentes}} \times 100$	Realizar 100% das reuniões previstas com os professores envolvidos	100%
---	--	------

Fonte: elaboração própria

Na avaliação de resultado verificamos se os objetivos específicos delineados para o nosso projeto, foram ou não alcançados.

Relativamente à tabela anterior:

- a) a primeira linha referente ao indicador sobre número de sessões realizadas na escola, obtivemos cerca de 66,7%, dos 100% que seriam esperados;
- b) a segunda linha da tabela referente ao indicador do número de alunos presentes na sessão por turma, obtivemos 100% do que seria esperado;
- c) a terceira linha da tabela referente ao número dos questionários respondidos por sessão também, obtivemos 100% de respostas;
- d) a última linha, referente ao número de reuniões realizadas com os docentes, também obtivemos 100%.

Não obstante as dificuldades que ocorreram ao longo do projeto, exigindo um esforço acrescido, podemos afirmar que a maioria dos indicadores de atividade foram atingidos com êxito, levando assim a considerar o projeto desenvolvido como sendo bem-sucedido.

Chegados a esta fase, resta-nos fazer a avaliação das atividades desenvolvidas. Assim, relativamente aos indicadores de avaliação da atividade, foi aplicado um questionário de satisfação a todos os adolescentes que foram alvo das intervenções desenvolvidas.

Neste momento é importante ressaltar que, pode optar-se por duas perspetivas metodológicas diferentes, quando se decide sobre o tipo de estudo a utilizar no processo de avaliação, que não se excluem mutuamente: a metodologia qualitativa e a metodologia quantitativa.

Neste projeto usamos a metodologia quantitativa que é um processo que permite aplicar estratégias rigorosas de reflexão e de valorização de atividades em desenvolvimento.

Esta metodologia tem como finalidade aumentar a compreensão dos processos estudados através de uma metodologia indutiva e de forma subjetiva.

Para saber se escolhemos o caminho certo com as metodologias adequadas, é fundamental avaliar as atividades que são desenvolvidas. Ao avaliar a turma ou no futuro, as turmas do 9º ano, estamos a posicionar este projeto e as ações desenvolvidas, entre a situação inicial e os objetivos que são propostos para atingir.

Após cada sessão de educação para a saúde, deverá haver a distribuição e preenchimento “Questionários de avaliação de satisfação da sessão” (Apêndice VII) que permite avaliar a ação desenvolvida e garantir a melhoria das ações futuras.

Neste contexto, foi elaborado questionário com a colaboração da Enfermeira orientadora e coordenadora da UCC e docente orientador, com o objetivo de determinar a satisfação dos adolescentes relativamente à pertinência e finalidade das sessões de educação para a saúde.

Neste projeto, infelizmente só foi possível distribuir o referido questionário após a sessão sobre os métodos contraceptivos. O fato do docente ter faltado no dia de realização da sessão do Barómetro de Valores, com parceria da psicóloga clínica, fez com que não fosse possível reunir maior número de dados referentes à avaliação.

Segundo Frade et al. (2009, p.30) alertam para o facto de “ser mais fácil medir a aquisição de conhecimentos”, no entanto é “bastante mais difícil medir as consequências do impacto das ações, por ser difícil mensurar os efeitos e o impacto que as ações de educação sexual tiveram no desenvolvimento posterior dos rapazes e raparigas abrangidos pela ação”.

Segundo os mesmos autores é possível avaliar o grau de satisfação imediato da atividade para a turma, determinando assim o grau de prossecução de expetativas iniciais dos participantes.

O questionário elaborado é composto por questões abertas e fechadas, com linguagem simples e frases claras e curtas. No fim de cada sessão de educação para a saúde, foram distribuídos os questionários pelos alunos, sendo que cada aluno preencheu um questionário. Foi uma vez mais realçado o facto de os questionários serem anónimos, por forma a poder garantir uma maior fiabilidade das respostas.

Posteriormente, foi colocado em tabela, oito perguntas fechadas sob a forma de escala tipo Likert e, por fim, uma pergunta aberta, onde são solicitados comentários e/ou sugestões.

A escala de Likert é do tipo de resposta psicométrica e é a escala mais usada em pesquisas de opinião (Alves, 2008).

A escala que elaborámos é formada por um conjunto de cinco preposições, utilizando pontuações de 1 a 5:

- 1.Insatisfeito;
- 2.Pouco satisfeito;
- 3.Satisfeito;
- 4.Muito satisfeito;
- 5.Extremamente satisfeito.

O grau de satisfação dos adolescentes em relação às sessões de educação sexual desenvolvidas resultou das pontuações médias obtidas, sendo que scores mais baixos revelam pouca satisfação com a sessão de educação sexual e scores mais altos revelam muita satisfação.

Os indicadores de avaliação das atividades apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 4: Indicadores de avaliação da atividade relacionados com o preenchimento do questionário de avaliação de satisfação

Indicadores de avaliação das atividades	Metas	Resultados
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>Simpatia e disponibilidade dos técnicos</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Simpatia e disponibilidade dos técnicos</i>	95,2%
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>Competência e profissionalismo</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Competência e profissionalismo</i>	100%
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>Forma como te sentiste durante a sessão</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Forma como te sentiste durante a sessão</i>	95,2%
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>Utilidade dos temas abordados</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Utilidade dos temas abordados</i>	100%
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>Forma como os temas foram abordados</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Forma como os temas foram abordados</i>	100%

Nº de respostas com grau “satisfeito” no <i>Esclarecimento de dúvidas</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto à <i>Esclarecimento de dúvidas</i>	90,5%
Nº de respostas com grau “satisfeito” na <i>A sessão correspondeu às tuas expectativas</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto <i>A sessão correspondeu às tuas expectativas</i>	95,2%
Nº de respostas com grau “satisfeito” no <i>Grau de satisfação em geral</i> / nº de questionários entregues x 100	Que 80% dos alunos se sintam “satisfeitos” ou mais quanto <i>Grau de satisfação em geral</i>	100%

Fonte: elaboração própria

7.2.1. Resultados dos questionários

Para proceder ao tratamento e análise dos dados obtidos nos questionários utilizou-se cálculos aritméticos simples e o Programa Excel.

O grupo de alunos alvo da intervenção comunitária deste projeto seriam todos os alunos do 9º ano, mas tal não foi possível, tendo este projeto sido aplicado somente a 1 turma, com 21 alunos. Segundo a equipa da saúde escolar, este projeto funciona com projeto-piloto para no próximo ano letivo ser extensível a todas as turmas do 9º ano.

Esta turma tem 21 alunos, sendo 9 alunos do género masculino (42, 9%) e 12 do género feminino (57,1%).

A aplicação do questionário tinha como objetivo, a análise da satisfação dos adolescentes face às sessões de educação para a saúde realizadas. Estes resultados são da sessão “métodos contraceptivos”.

De forma sumária, as avaliações das intervenções foram muito positivas, tendo superado todas as expetativas.

Fora elaboradas tabelas, que representam as respostas dos alunos ao Questionário: sendo que a primeira coluna corresponde ao item a avaliar, a segunda coluna descreve o grau de satisfação, as colunas seguintes representam as respostas em função do género, e a última coluna indicam o valor correspondente ao somatório do grau de satisfação do género feminino com o do género masculino, para cada item do questionário, e respetiva percentagem.

Tabela 5: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “simpatia e disponibilidade dos técnicos”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	4,761	1	4,76
	Satisfeito	2	9,524	0	0	2	9,524
	Muito satisfeito	1	4,761	4	19,047	5	23,808
	Extremamente satisfeito	9	42,857	4	19,047	13	61,904
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Ao analisarmos o conteúdo das respostas dos adolescentes relativamente ao item *Simpatia e disponibilidade dos Técnicos*, verificamos que a maioria dos adolescentes respondeu Extramente Satisfeito (61,9%) ou Muito Satisfeito (23,8%). Sendo de referir que apenas 1 aluno respondeu Pouco Satisfeito, e não havendo nenhuma resposta com grau de satisfação inferior.

Tabela 6: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “competência e profissionalismo”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Competência e profissionalismo	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	1	4,762	1	4,762	2	9,524
	Muito satisfeito	2	9,524	5	23,809	7	33,332
	Extremamente satisfeito	9	42,857	3	14,285	12	57,142
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Em relação à *Competência e profissionalismo* dos formadores, a percepção dos alunos foi acima das expectativas. A maioria dos alunos consideraram-se *Extremamente Satisfeitos* (57,1%) ou *Muito Satisfeito* (33,3%).

Tabela 7: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “forma como te sentiste durante a sessão”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	1	4,762	1	4,762
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	1	4,762	0	0	1	4,762
	Muito satisfeito	4	19,047	7	33,333	11	52,380
	Extremamente satisfeito	7	33,333	1	4,762	8	38,095
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Ao analisarmos o conteúdo das respostas dos alunos relativamente ao item *Forma como te sentiste durante a sessão*, verificamos que a maioria dos adolescentes respondeu *Muito Satisfeito* (52,38%) ou *Muito Satisfeito* (38,0%). Sendo de referir que apenas 1 aluno respondeu *Satisfeito* (4,762%) e outro aluno respondeu *Insatisfeito*.

Tabela 8: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “utilidade dos temas abordados”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	1	4,762	1	4,762	2	9,524
	Muito satisfeito	5	23,809	6	28,571	11	52,38
	Extremamente satisfeito	6	28,571	2	9,524	8	38,095
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Quando questionados em relação à *Utilidade dos temas abordados*, a maioria dos alunos considera-se *Muito Satisfeito* (52,38%) e *Extremamente Satisfeito* (38,095%). Não houve nenhuma resposta para *Pouco satisfeito* ou *insatisfeito*.

Tabela 9: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “forma como os temas foram abordados”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	1	4,762	0	0	1	4,762
	Muito satisfeito	4	19,047	5	23,809	9	42,86
	Extremamente satisfeito	7	33,333	4	19,047	11	52,38
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Em relação ao item Forma como os temas foram abordados, verifica-se que 42,86% dos alunos responderam estar *Muito Satisfeito* e 52,38% *Extremamente Satisfeito*. Somente 1 aluno referiu estar *Satisfeito* (4,762%).

Tabela 10: distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “esclarecimento de dúvidas”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	1	4,762	0	4,762
	Pouco satisfeito	1	4,762	0	0	1	4,762
	Satisfeito	0	0	1	4,762	1	4,762
	Muito satisfeito	3	14,286	6	28,571	9	42,857
	Extremamente satisfeito	8	38,095	1	4,762	9	42,857
						21	100%

Fonte: elaboração própria

No item relativo ao *Esclarecimento de dúvidas*, 42,857% dos alunos consideraram-se *Muito Satisfeito* e *Extremamente Satisfeito*. Sendo que houve 2 alunos abaixo do grau *Satisfeito* (9,524%).

Tabela 11: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “ a sessão correspondeu às tuas expetativas”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
A sessão correspondeu às tuas expetativas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	4,762	0	0	1	4,762
	Satisfeito	0	0	1	4,762	1	4,762
	Muito satisfeito	3	14,286	5	23,809	8	38,095
	Extremamente satisfeito	8	38,095	3	14,286	11	52,38
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Quanto à análise do item *A sessão correspondeu às tuas expetativas*, cerca de 52,38% respondeu *Extremamente Satisfeito* e 38,095% responderam *Muito satisfeito*. Não houve resposta no grau *insatisfeito*, e houve somente 1 resposta no grau *Pouco Satisfeito* (4,762%).

Tabela 12: Distribuição dos inquiridos segundo o grau de satisfação face ao item “grau de satisfação geral”

		GÉNERO				TOTAL	
		FEMININO		MASCULINO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	1	4,762	1	4,762	2	9,524
	Muito satisfeito	3	14,286	4	19,047	7	33,333
	Extremamente satisfeito	8	38,095	4	19,047	12	57,142
						21	100%

Fonte: elaboração própria

Fonte: elaboração própria

Por fim, no item do Grau de satisfação em geral da sessão, temos a perceção globalizante que a intervenção teve qualidade, pois cerca de 57,142% dos alunos

responderam *extremamente satisfeito*, 33,333% responderam *Muito satisfeito* e 9,524% responderam *Satisfeito*. Não houve respostas nos itens com graus de satisfação inferiores.

Com base nas tabelas anteriores:

- 95,2 dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto à *Simpatia e disponibilidade dos técnicos* nas sessões de educação para a saúde;

- 100% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Competência e profissionalismo dos técnicos* nas sessões de educação para a saúde;

- 95,2% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Forma como te sentiste durante a sessão* nas sessões de educação para a saúde;

- 100% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Utilidade dos temas abordados* nas sessões de educação para a saúde;

- 100% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Forma como os temas foram abordados* nas sessões de educação para a saúde;

- 90,5% alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Esclarecimento de dúvidas* nas sessões de educação para a saúde;

- 95,2% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *A sessão correspondeu às tuas expectativas*;

- 100% dos alunos inquiridos referem sentir-se *satisfeitos* ou mais quanto *Grau de satisfação em geral* nas sessões de educação para a saúde.

Os indicadores de avaliação da atividade para este projeto, referidos anteriormente foram que:

- 90% de respostas aos questionários de satisfação no final do dia de atividades;

- 80% dos questionários sejam preenchidos pelos alunos, como satisfeitos ou mais em todos os campos.

Com base nos dados obtidos nos questionários de satisfação, podemos afirmar que através dos indicadores de avaliação de atividade, as metas estabelecidas foram alcançadas.

Através das avaliações de atividades, é possível aumentar o conhecimento e a compreensão das atividades realizadas na área da educação sexual, e também serve como estímulo profissional ao desenvolvimento de novas estratégias educacionais neste contexto.

Agora relativamente à Ficha de verificação de conhecimentos após a Sessão de Educação para a Saúde sobre Métodos contraceptivos, que integra o dossier de atividades.

Esta ficha foi criada com ajuda do enfermeiro orientador, para funcionar como instrumento de avaliação de aquisição de conhecimentos nestas sessões. É constituída por 14 questões, cotada até 100 pontos, sendo que cada questão vale 7,14 pontos. Todas as questões são abordadas nas sessões.

Não foram pedidos dados identificativos aos alunos, somente que assinalassem género feminino ou masculino, preservando sempre a privacidade dos alunos.

Após a recolha dos questionários, estes foram enumerados de forma aleatória de 1 a 21, sendo o total de alunos da turma.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados, sendo que a primeira coluna se refere ao nº aleatório atribuído aos questionários, segunda e terceira coluna as cotações dos questionários do género masculino e feminino. A última linha diz respeito à média por género.

Tabela 13: Cotações dos questionários de verificação de aquisição de conhecimento

Nº questionário	MASCULINO	FEMININO
1	-	100%
2	-	85,72%
3	-	71,4%
4	49,98%	-
5	64,26%	-
6	-	85,72%
7	-	92,86%
8	85,72%	-
9	-	71,4%
10	-	100%
11	-	71,4%
12	-	64,26%
13	64,26%	-
14	85,72%	-
15	85,72%	-
16	71,4%	-
17	85,72%	-
18	71,4%	-
19	-	100%
20	-	92,86%
21	-	92,86%
Média por gênero	73,79%	85,70%

Fonte: elaboração própria

Após análise desta tabela, podemos aferir que, o nível de aquisição imediato do conhecimento é maior nas raparigas 85,70% em relação aos rapazes 73,79%. Durante as sessões também se demonstraram mais participativas e também com maior predisposição para esclarecerem as dúvidas que tinham.

O objetivo inicial deste projeto era que promoção da aquisição de conhecimentos no âmbito da sexualidade, em que os adolescentes respondessem a pelo menos 80% de respostas corretas nos questionários de verificação de aquisição de conhecimento. A média da cotação

dos questionários foi de 80,60%. Posto isto podemos aferir que foi alcançado mais um dos objetivos.

Na sessão da “caixa mistério”, como já foi referido, não houve muita adesão por partes dos alunos, tendo havido um número pequeno de questões colocadas, que seriam insuficientes para preparação de uma sessão de educação para a saúde. Pelo que foi decidido, com a equipa de enfermagem da saúde escolar, de fazer uma breve sessão com resposta as questões colocadas e fazer um reforço das fontes fidedignas de informação sobre sexualidade e da importância da consulta de planeamento familiar.

Nesta sessão, por ter sido a primeira, não foram entregues os questionários de avaliação de satisfação após a sessão aos alunos. O referido questionário ainda estava em processo de construção e a aguardar aprovação por parte da equipa da saúde escolar e coordenadora da UCC.

7.3. Descrição dos Momentos de Avaliação e Medidas Corretivas Introduzidas

Para Imperatori e Giraldes (1993), os progressos alcançados com as atividades, são comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas.

Apesar de a avaliação ser considerada como uma das últimas fases do planeamento em saúde, com a realização de uma avaliação intermédia torna-se possível introduzir medidas corretivas e que direcionadas para o melhor cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Em primeiro lugar, o espaço temporal para a concretização deste estágio agiu como influenciador do seu percurso, pois as atividades desenvolvidas tiveram sempre em conta o limitado período de tempo.

Considerando que este Estágio Final teve a duração entre setembro de 2017 a janeiro de 2018, e que havia questões acadêmicas a responder primeiro, não foi possível efetuar a reunião inicial com os diretores de turma para fazer a marcação das sessões de educação para a saúde para o ano todo.

Todas as reuniões e sessões marcadas foram com a professora responsável pela coordenação entre a UCC e a escola secundária. Esta por sua vez articulava com a diretora de turma e posteriormente com o docente que poderia ceder o seu tempo de aula.

Estas questões e articulações entre docentes são demoradas, pelo que será uma mais valia fazer atempadamente as reuniões de agendamento das sessões no início de cada ano letivo, considerando as pausas letivas e períodos de avaliação e menor disponibilidade para docentes e alunos.

No 2º período letivo, estavam marcadas as 2 sessões de educação para a saúde, mas houve a questão de o docente faltar no dia em que seria para executar a sessão “Barómetro de Atitudes” em parceria com a Psicóloga. Esta sessão já está agendada novamente, mas é fora do período deste estágio curricular.

O fato de ter a marcação prévia de todas as sessões no início de cada ano letivo demonstrou-se bastante importante, pois assim seria possível contornar situações de falta de docentes entre outras situações, não prejudicando a implementação do projeto mantendo assim as 2 sessões por período.

A importância da marcação das reuniões atempadamente, levou a criação de um documento para agendamento das referidas sessões no início de cada ano letivo. Este momento de reflexão com a equipa de enfermagem da saúde escolar, funcionou como medida corretiva introduzida no projeto, uma vez que facilita o trabalho no campo e diminui o tempo despendido.

Esta medida corretiva contribuirá para num futuro ser possível o cumprimento de todos os objetivos estabelecidos.

Como medida corretiva, numa avaliação intermédia do projeto, foi a criação dos questionários de satisfação dos alunos. Esta criação foi após reunião com a equipa da saúde escolar e enfermeira orientadora, para se tornar possível a avaliação de todas as sessões de educação para a saúde. Com as respostas aos questionários torna-se também retificar as intervenções e melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Em relação a atividade de divulgação do projeto na página da ARS/Município ou Escola secundária foi alterada para o final do ano letivo 2017/2018 para que se possam incluir maior número de atividades desenvolvidas. A pertinência desta alteração deve-se ao facto de enriquecer a divulgação e facilitar a implementação do projeto no próximo ano letivo. Esta medida corretiva contribui para o cumprimento dos objetivos estabelecidos no projeto.

Foi também falado em reunião de equipa de enfermagem de saúde escolar de haver possibilidade de efetuar a divulgação no início do próximo ano letivo de forma a promover o projeto.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

As mudanças que a sociedade tem sofrido nos últimos anos, conduz a uma crescente complexidade de atuação dos profissionais na área da saúde. Esta complexidade invoca uma preocupação acrescida ao desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, de forma a obter um nível mais elevado de qualificações que possibilite dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

Devido a esta crescente necessidade de qualificações, a Ordem do Enfermeiros estabelece o sistema de individualização das especialidades em Enfermagem, como parte integrante do modelo de desenvolvimento profissional dirigido a cada enfermeiro. Assim ao individualizar as especialidades de enfermagem, funciona como instrumento de desenvolvimento e regulamentação da profissão.

No regulamento nº. 122/2011, de 18 de fevereiro referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a Ordem dos Enfermeiros, refere que:

“Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a atuação 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. 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p.8648).

No mesmo regulamento anterior, a Ordem dos Enfermeiros descreve as competências comuns do enfermeiro especialista e define:

“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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p.8649).

A frequência do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem por objetivo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Todas as unidades curriculares deste mestrado e em especial o Estágio Curricular, traduzem-se num conjunto de oportunidades, experiências e aprendizagens, para a aquisição destas competências.

Segundo Decreto-Lei n.º 161/96 referente ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no artigo 4º, indica que o enfermeiro especialista é:

“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” (Ministério da Saúde, 1996 p.7).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 122/2011, refere que “O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p.8648).

Resumindo todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios que são considerados as competências comuns, seja qual for a área de especialidade.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são compostas por quatro domínios:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- Competências do domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011a p.8649).

Com a realização destes estágios curriculares, foram atingidas as competências comuns de enfermeiro especialista, pois foram sempre tidos em conta os critérios de avaliação inclusos a cada competência na prática do exercício profissional.

Neste projeto intervenção comunitária de enfermagem, para além da aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, foi direcionado também para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos.

A Enfermagem Comunitária centra a sua prática na comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, e contribuição para a prevenção de doenças e das consequências incapacitantes para os indivíduos que estas acarretam.

A Enfermagem Comunitária de hoje atribui particular relevância ao contexto social, económico e político das comunidades, assim como, ao desenvolvimento de novos saberes sobre os determinantes da saúde na comunidade.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve a sua prática centrada na comunidade. Segundo o Regulamento 128/2011, da Ordem dos Enfermeiros, refere que o EEECS, tem 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 projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva 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, linguística e culturais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b p. 8867).

Assim, o EEECSF, através do seu conhecimento e experiência, 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 efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Ainda no preambulo do Regulamento 128/2011, refere que a o EEECSF desenvolve a sua prática em “atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b p. 8867).

O EEECSF também se torna responsável 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p. 8867).

O Regulamento de Competências Específicas do EEECSF é composto por quatro competências específicas suas unidades de competência.

“G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade (...)

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade (...)
- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade (...)
- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (...)
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados (...)
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b pp 8867- 8668)

Esta competência desenvolve-se através da elaboração e execução de um projeto em saúde, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, percorrendo todas as suas etapas que correspondem as unidades de competência. Esta metodologia define o rumo a seguir através da organização e distribuição das tarefas, ao longo do horizonte temporal em que o projeto decorre.

Para a elaboração e implementação deste projeto, foram mobilizados os conhecimentos em planeamento em saúde.

Foi realizado um estudo da população do concelho de Lagoa, de forma a caracterizá-la e identificar os seus determinantes de saúde. Assim este diagnóstico foi ao encontro de uma necessidade identificada na caracterização da população e por uma necessidade identificada pela equipa da saúde escolar. Foi encontrada a necessidade da promoção de uma sexualidade saudável e responsável aos alunos da escola secundária.

Foram estabelecidas prioridades em saúde. Procedeu-se a formulação de objetivos exequíveis e mensuráveis e foram delineadas estratégias também exequíveis com vista a que este projeto tenha continuidade após o término do estágio final pela equipa de saúde escolar da UCC D’Alagoa.

Posteriormente foram definidos os objetivos e delineadas as intervenções exequíveis dirigidas à necessidade encontrada, tendo em conta os recursos humanos e materiais existentes, obedecendo as orientações políticas de saúde.

A elaboração do plano de atividades permitir congregar de forma sintética todas as tarefas essenciais para a execução do projeto. As intervenções e atividades tiveram em conta o PNSE 2015, o GTES, o manual PRESSE que têm em conta as normas da DGS.

Este projeto de intervenção, teve a parceria do agrupamento escolar e também da psicóloga clínica.

A etapa final do planeamento consiste na avaliação do projeto, que será no ano letivo 2022/2023, contudo existe uma avaliação atividades programadas, quer a nível de aquisição de conhecimentos quer a nível de satisfação das sessões.

Assim, com a implementação deste projeto, esta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária foi adquirida.

De acordo com o que foi realizado, considera-se então que a competência específica foi alcançada.

“G2- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania (...);
- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais (...);
- “Procede à gestão de informação em saúde aos grupos e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.8668).

Ao longo dos tempos, houve uma centralização da pessoa no seu próprio plano de cuidados de saúde, aumentando assim a autonomia individual de cada um na manutenção da sua saúde.

Surge então o conceito de “empowerment”, que na língua portuguesa se traduz em empoderamento. Este empoderamento remete para a criação de uma parceria com os profissionais de saúde e o indivíduo no planeamento e prestação de cuidados.

Com este projeto de intervenção, este aspeto foi tido em consideração, tentou-se criar uma parceria quer com os alunos/adolescentes e também com a equipa de enfermagem para alcançar um objetivo comum. Este fato vai ao encontro da aquisição da unidade de competência: “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.8668).

As reuniões realizadas com a equipa de enfermagem da saúde escolar, foram um forte apoio, pois possibilitaram a discussão, avaliação e redefinição das estratégias e intervenções a implementar para o alcance dos objetivos propostos.

A formação académica também foi uma forte contribuição no processo de capacitação da população alvo. Com a criação do Dossier de Atividades, que engloba as atividades a desenvolver, os questionários, os folhetos, foi possível a promoção de uma sexualidade saudável, consciente e responsável aumentando a capacitação deste grupo de alunos.

Este projeto é sustentado pelo PNSE 2015 que refere que “capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais” (PNSE, 2015 p.22).

Resumindo, a capacitação é fornecer informações e formas que promovam a saúde dos indivíduos, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, e com isso ganhos de saúde, individual e coletiva.

A criação deste Dossier de Atividades, será uma mais valia no futuro para a equipa da saúde escolar, pois com a continuação da implementação deste projeto espera-se atingir em parte ou na totalidade os objetivos definidos.

Com o desenvolvimento das atividades, foram aprendidos e integrados os conhecimentos na área das ciências da comunicação e educação no processo de capacitação dos alunos.

Assim, com a implementação deste projeto, mais uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária foi adquirida.

“G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (...)”

- Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8669).

O PNS 2012 – 2016 faz um apelo à necessidade de as abordagens de saúde das populações se centrarem no ciclo de vida e na família, principalmente as que visam a promoção da saúde no contexto comunitário.

Assim um dos objetivos delineados por este PNS é a promoção de contextos saudáveis ao longo da vida, aplicando-se a este projeto, visto que estes alunos são adolescentes, e são um grupo prioritário de intervenção.

O despertar da sexualidade nestes alunos adolescentes, surge a necessidade de aumentar a responsabilidade e a sensibilização dos mesmos para a vivência de uma sexualidade saudável.

Então neste projeto foram considerados aspetos fundamentais como, o esclarecimento, a informação e a formação do adolescente para que este possa viver o mais saudável possível, no que concerne à sua sexualidade, com a consciência de que adolescentes saudáveis tendem a ser adultos saudáveis.

Assim, no desenvolvimento deste projeto procurou-se ir ao encontro dos objetivos e orientações do PNS. Considera-se que esta foi também uma competência mobilizada, respondendo diretamente a um dos programas definidos.

Este projeto e o desenvolvimento do mesmo foi ao encontro dos objetivos e orientações do PNSE 2015.

Assim, considera-se que esta competência também foi adquirida.

Relativamente a última competência do EEECS, P,

“G4- Realiza e Cooperar na Vigilância Epidemiológica no âmbito Geodemográfico

- Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos saúde – doença que ocorrem numa determinada área geográfica (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8669).

Para atender ao desenvolvimento desta competência foram recolhidos dados na UCC, UCSP, dados do município e regionais e dados da escola secundária em questão.

Através das reuniões com a equipa da saúde escolar, corpo docente e professora do PES, foram colhidos dados de natureza epidemiológica, que foram trabalhados e utilizados para traçar o perfil epidemiológico da população em estudo.

Assim, podemos afirmar que a identificação de necessidades foi efetuada tendo em conta dados epidemiológicos, que foram organizados e analisados.

Assim, considera-se que esta competência também foi adquirida.

E por último, é necessário referir o desenvolvimento de competências e conhecimentos relativamente a aquisição do grau de Mestre em enfermagem.

O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, regulamentou o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior.

Segundo o mesmo Decreto-Lei, no artigo 15º, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p. 3174).

Com as Unidades Curriculares referente aos estágios, todas as atividades e estratégias desenvolvidas contribuíram para a aquisição de competências de mestre, que no geral se consideram adquiridas.

Estes momentos de estágio, foram desenvolvidos com base no regulamento de competências específicas do EEECSP, procurando respeitar as etapas do processo de enfermagem e no planejamento em saúde.

O desenvolvimento deste projeto de educação para uma sexualidade saudável e de afetos e sua implementação na escola, possibilitaram a aquisição das alíneas a), b) e c) das competências de mestre, uma vez que contribuíram para o desenvolvimento da investigação numa área específica da enfermagem comunitária, como a promoção para a saúde através de educação para a saúde em meio escolar a uma população de adolescentes.

A prestação de cuidado em enfermagem comunitária é complexa e exige a integração do enfermeiro na comunidade e na unidade de saúde. Através do diagnóstico, e da implementação do projeto, foi necessário comunicar com a equipa da saúde escolar e com a escola sobre as atividades e sua importância, de forma a todos estarem motivados para a implementação do projeto. Este processo exigiu capacidade de integração de conhecimentos e de comunicação para com os parceiros do projeto e possibilitou a aquisição da competência d).

Relativamente a última competência, e), referente à aquisição de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, considera-se que esta é uma competência que se desenvolve desde o início do exercício profissional de enfermagem, através de uma atitude de busca permanente pelo conhecimento e pela mais recente evidência científica. No decorrer deste Curso de Mestrado em Enfermagem, esta atitude intensificou-se, pela necessidade de adquirir conhecimentos para a resolução de problemas e de novas situações na área da especialidade em enfermagem.

No último Estágio Curricular, foi proposto academicamente a realização de um artigo para publicação relacionado com o tema do projeto. Este momento de pesquisa aprofundada foi uma mais valia também neste processo de aquisição de competências (Apêndice I).

Com a consciência que o título de mestre acarreta o aumento de responsabilidades profissionais, existem também a certeza, de que a excelência dos cuidados será um

objetivo presente permanentemente, em todo o exercício profissional. Assim, o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências continuará a ser um objetivo sistematicamente procurado.

Através de todas as estratégias e atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios curriculares, que resultaram da prestação de cuidados de enfermagem comunitária, pode-se afirmar que se conseguiram atingir as competências de mestre propostas para esta Unidade Curricular, nomeadamente as competências que implicam um conhecimento no domínio da Especialidade em Enfermagem de Comunitária e de Saúde Pública.

9. CONCLUSÃO

Ao longo do relatório descrevemos as várias fases do planeamento em saúde e das competências mobilizadas e adquiridas, sendo que neste ponto dedicamo-nos às conclusões e implicações do diagnóstico de situação feito e da intervenção comunitária realizada, tendo em conta os objetivos delineados, e apresentando uma análise conclusiva da intervenção comunitária desenvolvida.

O EEECSPP desenvolve a sua prática centrada nas comunidades, com vista à proteção e promoção da saúde e à prevenção da doença, atendendo às suas necessidades reais.

No âmbito dos Estágios Curriculares, realizados para este mestrado de enfermagem, na UCC D'Alagoa, foi possível desenvolver a metodologia de planeamento em saúde, que permitiu realizar um projeto de intervenção na área da promoção da literacia em saúde, na área da sexualidade e dos afetos num grupo de adolescentes.

Este projeto de intervenção surge em função de uma necessidade verificada baseada em alguns fatos e dados:

- No concelho de Lagoa, o número de gravidezes na adolescência é significativo;
- No concelho de Lagoa o número de consultas de planeamento familiar é bastante reduzido;
- A UCC D'Alagoa não tem intervenção na promoção da saúde na área da sexualidade nas turmas do 9º ano numa escola secundária do concelho de Lagoa;
- A UCC D'Alagoa não tinha nenhum projeto neste âmbito para este grupo de adolescentes.

Com isto, fez-se o diagnóstico da necessidade da promoção da literacia em saúde através da educação para a saúde a este grupo de adolescentes no âmbito da sexualidade e afetos.

Através do diagnóstico de situação, foi confirmada a necessidade deste projeto junto desta população e foram delineados os objetivos específicos.

Com base na metodologia do planeamento em saúde, elaborou-se um projeto de intervenção comunitária chamado “Educar para a sexualidade e afetos na adolescência”. Este projeto tem como objetivo promover uma sexualidade saudável e responsável junto dos adolescentes das turmas do 9º ano da escola secundária em Lagoa.

Foi então planeado e elaborado um dossier de atividades no âmbito da promoção e educação para a saúde no âmbito da sexualidade. Este dossier serviu e servirá como guia para as sessões de educação para a saúde para as turmas do 9º ano.

No terreno, desenvolveram-se algumas das atividades desse dossier com a turma do 9º ano.

Verificou-se uma receptividade e sensibilidade, tanto da parte da equipa de enfermagem, como também dos docentes, em relação a aplicação do projeto de intervenção, bem como a sua relevância para a saúde dos adolescentes.

Ao longo das sessões realizadas, os adolescentes demonstraram-se receptivos e cada vez mais interessados, participativos e também curiosos quando aos temas das próximas sessões.

A escola é um contexto privilegiado para a promoção da educação sexual, que deverá ser estruturada através do desenvolvimento de parcerias entre a saúde, a educação, os estudantes e a família. É necessário intervir e traçar linhas de ação interdisciplinares de forma a atuar com outros profissionais, pretendendo sempre obter a melhor qualidade de cuidados possíveis.

O projeto “Educar para a sexualidade e afetos na adolescência”, é um projeto de baixos custos, pois será posto em prática pela equipa da saúde escolar, já formada e em parceria com os docentes da escola. No entanto, este projeto representa um acréscimo de horas à carga de trabalho da equipa da saúde escolar, tendo esta que gerir da melhor forma possível. O fato de aumentar o número de horas de sessões de educação para a saúde também aumenta

o número de deslocações da equipa à escola, o que também terá de se ter em conta pois só existe um veículo de transporte para a UCC D'Alagoa.

Inicialmente, como parte integrante deste projeto, foi proposto a coordenadora da UCC D'Alagoa a presença de um enfermeiro na escola secundária 1 vez por semana. No entanto tal não foi possível implementar, pois não existe número de enfermeiros suficientes para fazer esta alocação. Seria uma mais valia para a promoção da saúde, a presença do enfermeiro na escola, pois iria estar em contato com o adolescente e com o seu meio, e com isso, a possibilidade de prestar cuidados individualizados.

O enfermeiro em saúde comunitária deve estar o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, estudam, e onde trabalham, contribuindo assim no processo contínuo dos cuidados de saúde.

Neste projeto, conseguiu-se a participação da psicóloga clínica numa das atividades – Barómetro de Valores. Esta atividade não foi executada neste Estágio curricular, devido ao docente responsável ter faltado no dia marcado. A sessão foi remarçada, mas fora deste período de Estágio Curricular.

Todos os objetivos deste projeto foram cumpridos. O dossier de atividades em conjunto com todos os instrumentos de registo e questionários, funcionarão como instrumentos para serem utilizados agora pela equipa da saúde escolar.

A continuação da implementação deste projeto nos próximos anos letivos pela equipa da saúde escolar, irá contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis e sem risco no campo da sexualidade e, conseqüentemente, a obtenção de ganhos em saúde, a longo prazo, nestes grupos de adolescentes.

A realização deste curso de mestrado em enfermagem foi uma opção tomada perante a vontade de aumentar um leque de conhecimentos e necessidade de aperfeiçoar a conduta profissional, indo ao encontro do que é um dever ético e deontológico de todos os enfermeiros, estando descritos nos artigos 78º e 88º.

Este percurso de elaboração e implementação de um projeto na comunidade, foi longo e trabalhoso. É um percurso que exige empenho e envolvimento dos profissionais para que este seja bem-sucedido, e mesmo assim verificou-se que existem sempre limitações inesperadas e alheias à vontade e ao trabalho do profissional.

No entanto, estes estágios curriculares transformaram-se em momentos de oportunidades únicas e enriquecedores, tanto a nível pessoal como profissional. Este percurso académico, fez aumentar a capacidade de perseverança e de determinação para ultrapassar as dificuldades e também provocou um aumento da capacidade de gestão de trabalho e liderança para ser possível o cumprimento de prazos.

Penso que cada vez mais o trabalho dos enfermeiros junto dos adolescentes, deve ser visto como um passo importante para estes se tornarem adolescentes saudáveis e responsáveis e com um futuro também saudável.

Posto isto, considera-se então que, através da realização deste projeto de intervenção comunitária, todas as Competências Específicas do EEECS, foram adquiridas, através da metodologia do planeamento em saúde. Foi possível contribuir para a capacitação do grupo de adolescentes, integrando e coordenando um projeto no âmbito do Plano Nacional de Saúde e realizando a vigilância epidemiológica da população de adolescentes.

Este projeto de intervenção em conjunto com a realização deste relatório, concedeu uma grande maturidade académica e profissional, e também maior capacidade e competência para realização de trabalho em equipa multidisciplinares, que são fundamentais na enfermagem comunitária.

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Algarve , IP. (2015). *Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde*. Direcção Geral de Saúde. Obtido em maio de 2017, de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Resenha_PRS-PLS_PeRS-PeLS_Algarve_2015_DGS.pdf

Administração Regional de Saúde do Algarve. (s.d.). *Unidade de cuidados na Comunidade D'Alagoa iniciou atividade em Lagoa*. Obtido de disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/unidade-de-cuidados-na-comunidade-dalagoa-iniciou-atividade-em-lagoa/>

Afonso, M. (2011). *estilos de vida dos adolescentes: sexualidade e actividade fisica*. instituto Politecnico de Bragança. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4466/3/Tese%20Final%20MARIA%20JOS%C3%89%20AFONSO%20-%20Junho%202011.pdf>

Alves, R. C. (2008). *A Satisfação Parental: Criação de um Instrumento de Avaliação para Serviços de Psicoterapia Infantil*. Faculdade de Psicologia de ciencias da Educação , Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa, Lisboa.

Andrade, J., & Monteiro, M. (2013). A sexualidade e a orientação sexual nas escolas. *O portal dos psicólogos*. Obtido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0823.pdf>

Azevedo, M. (1997). *A Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura*. Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa. Obtido de <http://webpages.fc.ul.pt/~mdazevedo/materiais/ME&TES/Aprendiz02CognitSocial.pdf>

Caetano, J. M. (s.d). *Fundação Portuguesa - a comunidade contra a SIDA*. Obtido de Educação para a Sexualidade : uma urgente necessidade nacional:

[http://www.fpccsida.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=134
&Itemid=206](http://www.fpccsida.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=134&Itemid=206)

Campos, F., Faria, H., & Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (2ª edição ed.). Belo Horizonte: Nescon. Obtido de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>

Capucha, L. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Obtido de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projectos_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf

Carvalho, A. A., Monteiro, V. d., & Alves, C. A. (26 de janeiro de 2017). Educação para os afetos e sexualidade: aplicação prática de metodologias ativas e participativas. *Revista eletrónica da educação e da psicologia*. Obtido de <http://edupsi.utad.pt/index.php/component/content/article/79-revista2/146>

Carvalho, A., & G.Carvalho. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociencia. Obtido em maio de 2017, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>

Carvalhos, S., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica*, 3, 479-490. Obtido em março de 2018, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08.pdf>

CDC. (2010). Bringing High-Quality HIV and STD Prevention to Youth in Schools. *CDC's Division of Adolescent and School Health*. Obtido em 2018, de https://www.cdc.gov/healthyyouth/about/pdf/hivstd_prevention.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008 - 22 de Fevereiro. (2008). *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Lisboa. Obtido em maio de 2017, de http://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf

Decreto-Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. (2009). *Estabelece o regime de aplicação da educação sexual*. Diário da República, 1.ª série — N.º 151. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/494016>

Decreto-Lei n.º 63/2016 13 de setembro. (2016). *Graus académicos e diplomas do ensino superior - Republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março*. Diário da República, 1.ª série — N.º 176. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. (s.d.). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Ministério da saúde.

Dias, A., & Pereira, I. (setembro de 2010). Prevenção da gravidez na Adolescência: Educação sexual em contexto escolar. *Nursing*. Obtido de http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3572-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-educacao-sexual-em-contexto-escolar#.Worxi6hl_IU

Direção Geral de Saúde. (2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde, Divisão da Saúde Escolar. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/ficheiros-externos/programa-nacional-de-saude-escolar-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS2.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientação n.º 008 de 2010*. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS. Obtido de <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/educacao-sexual-em-meio-escolar/orientacao-n-0082010-de-14102010.aspx>

- Ferreira, Carvalho, Pacheco, & Teixeira, &. (maio-junho de 2004). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, pp. 132-137.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2011). Estilos de Vida na Adolescência: Comportamentos sexual dos jovens portugueses. *Rev Esc Enferm USP*, 589-595. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/v45n3a06.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Estapas do Processo de Investigação* . Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, S., & Vilar, D. (2009). *Educação Sexual na Escola - guia para professores , formadores e educadores* (6ª Edição ed.). Lisboa. Obtido em maio de 2017, de <https://educacaosexualidade.files.wordpress.com/2011/12/educac3a7c3a3o-sexual-na-escola-guia-para-professores-formadores-e-educadores.pdf>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (Vol. 3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050* .
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011- Resultados Definitivos Algarve*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. .
- Instituto Nacional de SaúdeDoutor Ricardo Jorge. (2016). *Relatorio infeção VIH /Sida : situação até 31 de dezembro de 2015*. Lisboa: Departamento de doenças infecciosas. Obtido de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4101/3/Relat%C3%B3rio%20VIH_SIDA_2015.pdf.pdf

- Luís, M. d., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (s.d.). *Guião PRESSE. Formação para Professores*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Obtido em dezembro de 2017, de <http://aeja.pt/ficheiros/d3303526MtvRUOBfb.pdf>
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Social, P. A. (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*.
- Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96 referente ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Obtido de http://www.sep.org.pt/files/uploads/2017/07/sep_Regulamento-do-Exerci%CC%81cio-Profissional-dos-Enfermeiros2.pdf
- Ministério da Saúde. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98*. Diário da República — I SÉRIE-A N.º 93 . Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Direcção-Geral da Saúde. Obtido de https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestratgicas.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho*. Lisboa: Diário da República— I SÉRIE-A. Obtido de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>
- Ministério da Saúde. (2013). *Despacho n.º 6378/2013*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do ministro da Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 94. Obtido de <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-63782008-de-16-de-maio-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. (2015). *Breve caracterização da Saúde dos Algarvios - perspectiva 2015*. ARS Algarve. Obtido em maio de 2017, de <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679>

626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a6c445579
394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a
633246764c324931596d59334d4745774c5467344f4

Nalha, M. (2013). *enfermagem comunitária em contexto escolar: sexualidade na adolescência*. Tese de Mestrado, Santarem. Obtido em junho de 2017, de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1253/1/Enfermagem%20comunitaria%20em%20contexto%20escolar....pdf>

Noro, G. d. (2012). A Gestão de Stakholders em gestão de projetos. *Revista de Gestão e Projetos - GeP*, 3, 127-158. doi:10.5585/gep.v3i1.23

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido de <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Concelho de Enfermagem - Parecer N.º 109 / 2009*. Lisboa. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Conselho de enfermagem - Parecer n.º 192 / 2009., (p. p. 1). Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-192-2009.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento n.º 128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Obtido de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (15 de março de 2018). *Escola Saudavelmente*. Obtido de <http://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/sexualidade-afetos>

Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, (pp. 1-6). Ottawa. Obtido em maio de 2017, de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde - Cuidados de Saúde Primários, Agora mais que nunca*. Alto Comissariado da Saúde. doi:ISBN 978-989-95146-9-0

Pacheco, A. P., Mota, I., & Clemente, P. (2010). *Sexualidade, adolescência e Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em outubro de 2017, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/%E2%80%9CSEXUALIDADE,ADOLESC%C3%80NCIAESA%C3%90ADE.aspx>

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª edição ed.). Pearson.

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. (2010). Ministérios da saúde e da Educação, Diário da República, 1.ª série, Lisboa. Obtido em setembro de 2017, de https://juventude.gov.pt/Legislacao/Documents/Portaria%20n.%C2%BA%20196-A_2010.pdf

Programa Nacional de Saúde Escolar. (2006). *Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho*.

Programa Nacional de Saúde Escolar. (2015). Direção-Geral da Saúde. Obtido em maio de 2017, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

- Ramoal, C., & Leitão, I. (2011). *Pesquisa bibliográfica - Idade da primeira relação sexual Portugal e Europa*. Obtido em outubro de 2017, de <http://www.cfaematosinhos.eu/R0.pdf>
- Ramos, J., & Esquivel, C. (2015). O direito à saúde como direito Humano e fundamental: Breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. (UNIOESTE/MCR, Ed.) *Ciências Sociais Aplicadas em Revista*, 9- 40. Obtido de <file:///C:/Users/V%C3%A2nia/Downloads/15308-56033-1-PB.pdf>
- RTGeo. (2016). *Diagnóstico social do Município de Lagoa 2016*. Rede Social.
- Sampaio, D., Baptista, M. I., Matos, M. G., & Silva, M. O. (2005). *Grupo de trabalho de educação sexual - relatório preliminar*. Lisboa. Obtido em maio de 2017, de http://www.netprof.pt/pdf/Relatorio_EduSexual.pdf
- Sampaio, D., Baptista, M. I., Matos, M. G., & Silva, M. O. (2007). *Grupo de trabalho de educação sexual - Relatório Final*. Lisboa. Obtido em maio de 2017, de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/relatorio_final_gtes.pdf
- Simões, A. (2017). *Relatório de Atividades da UCC D'Alagoa*. Documento não Publicado, UCC D'Alagoa, Lagoa. Obtido em 2017
- Simões, C. (s.d.). Adolescentes e Comportamentos de saúde. Obtido de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20sa%C3%BAde.pdf>
- Sousa, R. R., & Trindade, R. (2013). O impacto da saúde escolar na comunidade educativa. *Educação, Sociedade e culturas*, 99-116. Obtido em abril de 2017, de <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/07.RitaRamosetal.pdf>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª Edição ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.

Tavares, G. M. (2015). *Sexualidade na Adolescência*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre. Obtido em maio de 2017

Tomey, A., & Allygood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição ed.). Lusociência. Obtido de <https://pt.scribd.com/document/57831255/Teoricas-de-Enfermagem-e-a-Sua-Obra-D>

UNESCO. (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education*. UNESCO. Obtido em junho de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>

UNESCO. (2010). *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade*. UNESCO. Obtido em julho de 2017, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>

UNICEF. (2011). *Adolescência: uma fase de oportunidades*. Obtido em outubro de 2017, de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

Vilaça, T. (2012). Metodologia de ensino para uma sexualidade positiva e responsável. *Revista do Centro de Formação Francisco de Holanda*. Obtido em junho de 2017, de [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22853/1/Vilaca%20T.%20\(2012\)_Revista%20ELO%2019_2012.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22853/1/Vilaca%20T.%20(2012)_Revista%20ELO%2019_2012.pdf)

Vilar, D. (2002). *Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Afrontamento.

Vilar, D., & Souto, E. (2008). *A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional*. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Obtido em 2017, de http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2017/referencial_educacao_sexual_2008.pdf

- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Obtido de International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21369en/>
- WHO. (2005). *Nutrition in adolescence –Issues and Challenges for the Health Sector*. Geneva. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf
- World Health Organization. (2002a). *Adolescent friendly health services - An agenda for change*. Geneva: The Department of Child and Adolescent Health and Development. Obtido de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1253/1/Enfermagem%20comunitaria%20em%20contexto%20escolar...pdf>
- World Health Organization. (2002b). *Defining sexual health- Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva. Obtido em maio de 2017, de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization. (2010). *WHO Regional Office for Europe and BZgA Standards for Sexuality Education in Europe*. Obtido em 2018, de https://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf
- World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO_RHR_14.08_eng.pdf
- World Health Organization. (2016). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1
- World Health Organization. (s.d.). *Adolescent development*. Obtido em 2018 de janeiro, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

ANEXOS

Anexos I - Parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação na
Área de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora



Documento 18079

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof. Doutor Paulo Infante, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, Prof.ª Doutora Sandra Leandro e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Educar para a sexualidade e afetos na adolescência" da investigadora **Vânia Filipa Amado Costa** (mestranda) e Prof. Edgar Canais (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

**Anexos II - Pedido e autorização do Diretor Executivo do ACeS
Barlavento para a utilização do logótipo da UCCD'Alagoa na capa do
Dossier de Atividades**

Boa tarde,

Tendo em conta que o estágio curricular está a ser realizado na UCC, devidamente acompanhado pela sua Coordenadora e o respetivo projeto será incluído futuramente num "Dossier de atividades para o 9º ano na área da educação sexual e afetos na UCC D'Alagoa", com o objetivo de ser um recurso à equipa de saúde escolar desta unidade e também dos professores da Escola Secundária do concelho, neste sentido, da nossa parte não temos nada a opor à utilização do logótipo da UCC na capa deste projeto.

Sugerimos que, no documento final do "Dossier de atividades para o 9º ano na área da educação sexual e afetos na UCC D'Alagoa", depois de aprovado e validado pelo Conselho Clínico do ACeS e pela Coordenadora da UCC, e que, de acordo com o vosso mail, será usado futuramente pela equipa desta UCC, sejam incluídos também os logótipos institucionais (à semelhança do que acontece com os documentos oficiais da instituição) pela seguinte ordem: República Portuguesa – Saúde; SNS - Serviço Nacional de Saúde; ARS Algarve | ACES Algarve II – Barlavento e o da UCC D'Alagoa.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Medina

Assessoria de Imprensa e Comunicação



Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
E.N.125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2º andar | 8005-145 Faro |
Tel 289 889 900 (extensão: 2313)
www.arsalgarve.min-saude.pt

Anexos III - Pedido e autorização do Diretor Executivo do ACeS
Barlavento Algarve II, para poder identificar esta UCC neste relatório de
estágio

Exma Senhora
Enf.ª Vânia Costa

Encarrega-me a Diretora Executiva do ACES Algarve II - Barlavento, Dr.ª Leonor Bota, de informar que o pedido formulado por V. Ex.ª se encontra autorizado, contudo deverá ter em conta o parecer emitido pelo Gabinete de Assessoria de Imprensa e Comunicação da ARS Algarve, IP, o qual se transcreve:

"Tendo em conta que o estágio curricular está a ser realizado na UCC, devidamente acompanhado pela sua Coordenadora e o respetivo projeto poderá ser incluído futuramente na área da intervenção (...) desta unidade, neste sentido, da nossa parte não temos nada a opor à utilização do nome e logótipo da UCC no relatório.

Sugerimos que, no caso deste projeto futuramente for colocado em prática pela equipa desta UCC, nos eventuais materiais a serem produzidos sejam incluídos também os logótipos institucionais (à semelhança do que acontece com os documentos oficiais da instituição) pela seguinte ordem: República Portuguesa – Saúde; SNS - Serviço Nacional de Saúde; ARS Algarve | ACES Algarve II – Barlavento e o da UCC D'Alagoa.

ass) Pedro Medina
Assessoria de Imprensa e Comunicação"

Com os melhores cumprimentos,

Filomena Alexandre
Assistente Técnica
Unidade de Apoio à Gestão
ACES Algarve II - Barlavento
acesbarlavento@arsalgarve.min-saude.pt

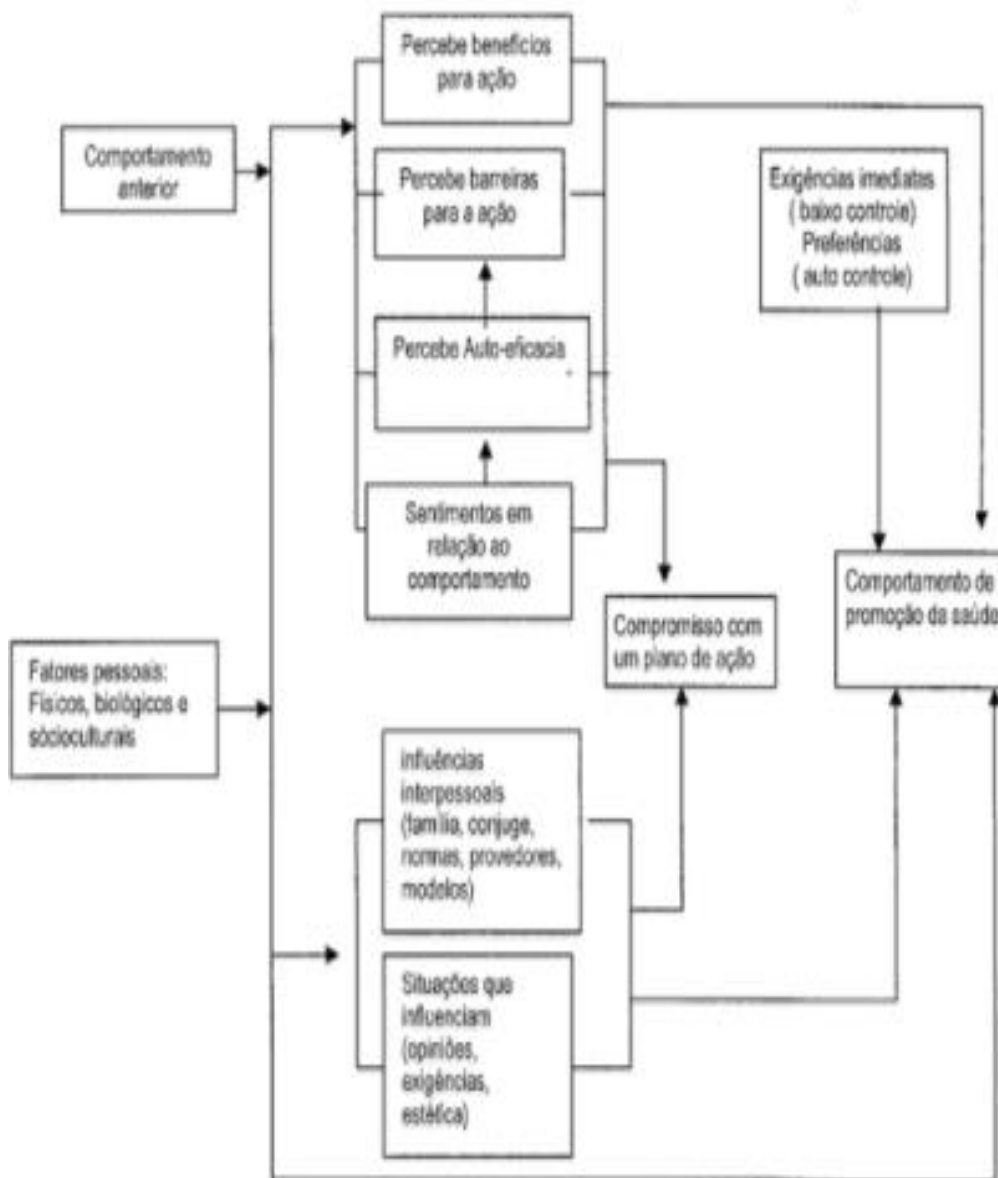


Rua Manuel Dias, Sítio de S. Sebastião
8500-723 Portimão
Telefone 282 420 160 Ext. 306



Anexos IV - Diagrama adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de
Nola Pender

1. Características 2. Comportamento Especifico 3. Resultado do Comportamento e experiências individuais



APÊNDICES

Apêndices I - Artigo Científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência

Revisão Integrativa da Literatura

Autor

Vânia Filipa Amado Costa

Endereço institucional: Universidade de Évora- Escola superior de Enfermagem
São João de Deus - uevora@uevora.pt

Endereço eletrónico: vaniacosta385@hotmail.com

Évora

Janeiro de 2018

Quais os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência?

What are the risk factors that contribute to the occurrence of pregnancy in adolescence?

Cuales los factores de riesgo que contribuyen a la ocurrencia del embarazo en la adolescência?

Vânia Filipa Amado Costa*

*Enfermeira no Centro Hospitalar do Algarve – Serviço de Urgência Geral de Portimão; aluna do Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade de Évora.

Resumo

A gravidez na adolescência é vista como um problema de saúde pública, pois acarreta um aumento de riscos à saúde da criança que está a ser gerada e para a própria saúde da adolescente. **Objetivos:** identificar quais os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, através da realização de uma revisão integrativa da literatura. **Material e Métodos:** realizada pesquisa nas bases de dados eletrónicas, google académico, EBSCO HOST, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, com período temporal selecionado entre 2010 e 2017. Foram selecionados cinco artigos. **Resultados:** os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência são: a baixa escolaridade; o início precoce da atividade sexual; a falta de informação em relação ao uso de métodos contraceptivos; adolescentes que não frequentam consultas de planeamento familiar. **Conclusão:** as evidências indicam a necessidade de delinear estratégias para a promoção da saúde sexual dos adolescentes reduzindo os fatores de riscos que estão expostos de acordo com as especificidades encontradas. **Palavras-Chave:** gravidez na adolescência; fatores de risco.

Abstract

Adolescent pregnancy is seen as a public health problem because it cause an increased risk to the health of the child being generated and to the health of the adolescent herself. **Objectives:** identify which risk factors that contribute to the occurrence of pregnancy in adolescence, through an integrative review of the literature. **Material and Methods:** carried out research in the electronic databases, google academic, EBSCO HOST,

Scientific Repository of Open Access of Portugal, with selected temporal period between 2010 and 2017. Five articles were selected. **Results:** the risk factors that contribute to the occurrence of teenage pregnancy are: low schooling; early initiation of sexual activity; the lack of information regarding the use of contraceptive methods; adolescents who do not attend family planning consultations. **Conclusion:** the evidence indicates the need to outline strategies for the promotion of adolescent sexual health by reducing the risk factors that are exposed according to the specificities found. **Keywords:** teenage pregnancy; risk factors.

Resumen

El embarazo en la adolescencia, se ve como un problema de salud pública, ya que conlleva a un incremento de los riesgos para la salud del niño que se está desarrollando, así como para la propia salud de la adolescente. **Objetivos:** Identificar cuales són los factores de riesgo que contribuyen para que ocurran embarazos en la adolescencia, mediante la realización de una revisión integral de la literatura. **Material y métodos:** Realizada una búsqueda en las bases de datos electronicos, google académico, EBSCO HOST, repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, com un periodo temporal selecionado entre 2010 y 2017. Han sido seleccionados cinco articulos. **Resultados:** Los factores de riesgo que contribuyen para el desarrollo del embarazo en las adolescentes son: baja escolaridad; el inicio precoz de la actividade sexual, la falta de información em relación al uso de los metodos anticonceptivos: adolescentes que no acuden a la consulta de planificación familiar. **Conclusión:** Las evidencias indican la necesidad de hacer estrategias para la promoción de la salud sexual de los adolescentes, reduciendo así los factores de riesgo a que están expuestos según las especificidades encontradas. **Palabras-clave:** Embarazo en la adolescencia; factores de riesgo.

1. Introdução

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde, é um período biopsicossocial,

desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica, e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à

idade adulta. Define ainda, como um período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade.

A adolescência não é vivida da mesma forma entre os adolescentes, podendo ser encarada como algo natural ou também descrita como um tormento. Sendo a adolescência uma fase de grandes mudanças também por ser vista como uma fase de riscos ¹.

É neste período de desenvolvimento humano que surgem os primeiros relacionamentos amorosos, sendo um dos fatores marcantes na adolescência juntamente com a primeira relação sexual que ocorre nesse momento ².

A idade de início da atividade sexual e a percentagem de adolescentes que já iniciaram as relações sexuais varia de país para país, consoante as variáveis culturais, sociais, religiosas e educacionais.

Segundo o estudo, *Health Behaviour in School Children* (HBSC) em 2010, refere que em Portugal, cerca de 21,8% dos adolescentes a frequentar o 8º ao 10º ano de

escolaridade são sexualmente ativos.

A atividade sexual durante a adolescência tem aumentado em todo o mundo, estando associada a um risco acrescido de ocorrência de gravidez e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) neste grupo etário ³.

A grande maioria dos adolescentes do 10º ano que já teve relações sexuais afirma que teve a primeira relação aos 14 anos ou mais (76,2%). São as raparigas que mais frequentemente afirmam que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais, quando comparadas com os rapazes ⁴.

A atividade sexual e a gravidez na adolescência são problemas emergentes e que não se podem dissociar. O Instituto Nacional de Estatística (INE), referente que no ano de 2015, a taxa de fecundidade na adolescência em Portugal, situava-se em 8,43%. Ainda segundo dados do INE, é possível verificar uma ligeira e lenta diminuição da taxa de fecundidade a cada ano que passa. Por exemplo no

ano de 2010, a taxa de fecundidade na adolescência era de 14,7%⁵.

Nas últimas cinco décadas, a gravidez na adolescência adquiriu o estatuto de problema social e de saúde pública nas sociedades desenvolvidas principalmente nos países ocidentais. As transformações sociais, a industrialização e desenvolvimento económico, a mudança dos papéis de género tradicionais e a mudança das estruturas das famílias, contribuíram para este estatuto da gravidez no adolescente⁶.

O adolescente ao enfrentar uma gravidez nesta fase da vida, enfrenta diversas dificuldades com a mudança brusca de papéis, pois passa do papel de filha para mãe, sem preparação física, psicológica, social e económica para exercer este novo papel⁷.

Para além disso existem ainda diversas dificuldades na gravidez durante a adolescência. O adolescente deparasse com uma interrupção no seu próprio desenvolvimento, onde pode haver uma perda de identidade, perda de expectativas para o futuro, perda de

confiança e também perda da proteção da família⁶.

A gravidez na adolescência é vista como um problema de saúde pública, pelo que resulta na vida do adolescente enquanto indivíduo numa comunidade. Os fatores que influenciam de forma negativa a vida do adolescente são: o abandono escolar e o risco aumentado durante a gravidez devido a um seguimento inadequado, sejam pelo fato da descoberta tardia da gravidez ou pelos serviços de saúde não darem uma resposta eficiente⁸.

Os filhos de mães adolescentes têm 1,5 vezes mais risco de morte antes do primeiro ano de vida e a probabilidade de morte materna devido à gravidez é quatro vezes superior entre raparigas entre os 15 e os 19 anos quando comparada com mulheres entre os 25 e os 29 anos. Por razões fisiológicas e sociais, as jovens entre os 15 e os 19 anos têm o dobro da probabilidade de morrer no parto do que as raparigas acima dos 20 anos⁹.

A perturbação emocional e os índices de stress estão presentes na gravidez na adolescência e após o

parto, por estarem associados, à falta de apoio, criticismo e rejeição por parte dos próprios progenitores; falta de apoio por parte do pai do bebê; e situações de violência emocional e física na relação amorosa ¹⁰.

Existe ainda o risco de repetição da gravidez na adolescência: a probabilidade de as adolescentes terem um segundo filho ainda enquanto adolescentes é elevada, cerca de 30% engravidam e têm um segundo filho até dois anos após o nascimento do primeiro ¹⁰.

A longo prazo, as adolescentes que se tornam mães necessitam de maiores cuidados de saúde e de segurança social do que se forem mães em idade adulta. Com a maternidade na adolescência, os adolescentes não conseguem, ou têm maior dificuldade em atingir o seu potencial educacional, ocupacional e económico ¹¹.

Posto isto, no que se refere a futuras ações preventivas, torna-se relevante o conhecimento dos fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez durante a adolescência. É imprescindível que

se compreenda a complexidade desta situação, considerado as diversas causas para a sua ocorrência. A importância do conhecimento sobre os fatores que contribuem para uma gravidez na adolescência, foi o que motivou e tornou pertinente a realização desta revisão integrativa da literatura.

Ao reconhecer quais os fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, torna-se possível a realização de projetos de intervenção comunitária junto dos adolescentes. Com estes projetos realizados pelas equipas de saúde e de educação é possível a implementação de ações de promoção e educação para a saúde direcionadas para este grupo mais vulnerável que são os adolescentes. Ao promovermos a saúde junto dos adolescentes estamos a melhorar a qualidade de vida dos mesmos e também a elevar e melhorar o estado da saúde de uma população.

2. Objetivo

Com a realização deste trabalho pretende-se compreender quais os

fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, através da realização de uma revisão integrativa da literatura.

3. Material e Métodos

Desta forma, a pergunta de partida para este estudo é - “Quais os fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez nos adolescentes?”.

A identificação dos artigos, teve como base uma pesquisa de artigos publicados em português e inglês, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017, tendo sido usados os seguintes descritores: Gravidez (pregnancy); risco (risk); fatores (factors).

Recorreu-se aos operadores booleanos: AND e artigos que tivesse texto completo.

Nesta pesquisa de artigos foram utilizadas as bases de dados científicas eletrônicas: EBSCO HOST (CINAHL complete, MEDLINE complete, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, Database os abstracts of Reviews of effects , Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane

Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, ,Library, Information Science & Technology Abstracts , MedicLatina , Health Technology Assessments). Foram também realizadas pesquisas em bases de pesquisa secundárias (Google e Google Académico).

A seleção dos artigos para o estudo baseou-se na correspondência do assunto face ao objetivo do trabalho, compreender quais os fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Foram considerados como critérios de inclusão, estudos descritivos, transversais, quantitativos, qualitativos ou de triangulação que pelo seu título ou pelo seu texto integral abordassem os seguintes assuntos: gravidez na adolescência; adolescentes; fatores de risco ou que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência.

Como critérios de exclusão foram considerados: todos os artigos que não estavam relacionados diretamente com a gravidez na adolescência e fatores associados; que estivessem fora da linha temporal estabelecida; que não possuíssem texto disponível na íntegra.

Em concordância com o que é definido pelo método, procedeu-se a terceira etapa do método, onde se executou a categorização dos estudos com a elaboração de uma tabela que será apresentada no ponto seguinte.

A quarta etapa procedeu-se a avaliação dos artigos com uma leitura em profundidade. A quinta etapa, procedeu-se à interpretação dos resultados através da comparação, análise e interpretação dos dados de forma a responder a questão norteadora deste estudo. Na sexta e última etapa deste processo, serão demonstrados os resultados a que se chegou com esta revisão.

Na base de dados da Ebsco Host foi selecionado 1 artigo de 27 artigos encontrados. Através do google académico foram selecionados mais 3 artigos. Foi necessário também recorrer à pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, onde foi encontrado mais 1 estudo que se adequa à nossa investigação.

4. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Neste tipo de estudo existe a necessidade de recorrer a instrumentos padrão de avaliação crítica para poder avaliar a qualidade das investigações publicadas.

No entanto não existe um consenso em relação ao instrumento de avaliação crítica mais adequado para as pesquisas relacionadas com a área da saúde, ou seja, não existe nenhum instrumento genérico que possa ser usado nos diversos estudos. Consoante as características e o tipo de estudo assim será a escolha do instrumento ¹³.

Para a validação dos artigos foram utilizadas grelhas de validação de Joanna Briggs Institute, especificamente a JBI Critical Appraisal Checklist for Case Series e a JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research.

5. Resultados

De seguida, serão apresentados os artigos selecionados sobre a forma de grelha para uma melhor visualização e interpretação.

Identificação do estudo / autores /data	Desenho do estudo/ nível de evidência/recomendação *	Numero e tipo de participantes	Objetivos	Conclusões:
<p>Trajatórias Relacionais e Reprodutivas Conducentes à Gravidez na Adolescência: a Realidade Nacional e Regional Portuguesa / Pires, et al., / 2014</p>	<p>Estudo com caráter retrospectivo e metodologia transversal. Decorreu entre 2008 e 2013 em 42 serviços de saúde públicos. Os dados obtidos foram através do autorrelato e através de uma ficha de caracterização construída para o efeito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de evidência – C • Grau de recomendação - I 	<p>A amostra deste estudo foram 459 grávidas com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos residentes em todas as regiões de Portugal e com compreensão da língua portuguesa.</p>	<p>Caraterizar as trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência em Portugal, averiguando se há existência de especificidades regionais.</p>	<p>Concluíram a existência de 12 trajetórias conducentes à gravidez que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª e 2ª trajetórias mais frequentes foram adolescentes que engravidaram do 1º parceiro sexual ou apos múltiplos parceiros, usando contraceção e tendo identificado a falha contracetiva na origem da gravidez, não a tendo planeado; • 3ª trajetória: a ocorrência da gravidez, numa relação de namoro e tendo sido planeada; • 4ª e 5ª trajetória mais frequente inclui adolescentes que engravidaram do 1º parceiro sexual e não usavam contraceção, não sendo a gravidez planeada; • 6ª e 7ª trajetória, foi adolescente que engravidaram do seu primeiro parceiro sexual ou apos múltiplos, usando contraceção e não identificado qual a falha contracetiva; <p>As restantes trajetórias aparecem com frequências apenas residuais.</p> <p>Concluíram que os adolescentes que engravidaram de forma planeada detinham habilitações literárias correspondentes ao ensino básico ou estavam fora do sistema de ensino.</p> <p>A região Norte, Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve, que as adolescentes engravidaram de forma mais frequente do seu primeiro parceiro, usando contraceção e identificando a falha contracetiva. Na região Centro e Açores, a ocorrência é na mesma trajetória anterior só que referem o não uso da contraceção.</p> <p>Apontam ainda como fator conducente à gravidez, a não utilização à contraceção</p>

				de emergência, seja pela percepção inadequada do risco de gravidez ou a ausência de informação/competência para mobilizar essa estratégia adequadamente.
Fatores de risco associados à gravidez na adolescência / Fernandes, Santos, Esteves, Vieira, & Neto / 2017	Foi um estudo transversal, de base hospitalar, que foi desenvolvido numa maternidade pública, que é o referencial de atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal localizado numa capital do Brasil. A colheita de dados foi durante os meses de fevereiro a maio de 2016 e foi feita através de entrevistas e um questionário. • Nível de evidência – A • Grau de recomendação - I	A amostra foi constituída por 207 adolescentes.	Descrever os fatores de risco associados à gravidez na adolescência	Concluíram que os fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência foram: Baixo nível de escolaridade; baixa frequência escolar e desempenho escolar; violência intrafamiliar. Os dados que foram obtidos com este estudo, são relevantes e evidenciam a importância da educação como fator primordial na prevenção da gravidez na adolescência.
Sexualidade e risco na gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica / Silva, et al. /2012	Estudo transversal, descritivo, desenvolvido numa Escola Secundária Pública urbana. Foram realizados questionários anónimos e de autopreenchimento, no período entre março e junho 2011. • Nível de evidência – A • Grau de recomendação – I	A amostra foi constituída por 177 adolescentes, escolhidos aleatoriamente.	Conhecer os padrões de sexualidade e contraceção na adolescência, procurando avaliar as condutas sexuais com risco de gravidez.	Os fatores que contribuem para um maior risco de gravidez na adolescência são: a precariedade sobre conhecimentos sobre a sexualidade associada à precocidade do início da atividade sexual; maior número de parceiros; desresponsabilização e negligência no uso de contraceção; ausência de consultas de planeamento familiar.
Pregnancy in adolescence and its relation to the practice of safe sex / Assis, Silva, Pinho, Moraes, & Lemos / 2010	Estudo exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa. • Nível de evidência – B • Grau de recomendação - I	A amostra é constituída por 34 adolescentes grávidas, entre os 15 e os 18 anos assistidas em um serviço de saúde pré-natal no Rio de Janeiro	Os objetivos deste estudo foram: Conhecer como aconteceu a primeira relação sexual das adolescentes grávidas; descrever os fatores culturais e sociais envolvidos na gravidez na	Os fatores que consideram que contribuíram para a gravidez na adolescência foram: baixo nível de escolaridade; o não uso do preservativo; uso incorreto dos contraceptivos. Relacionam ainda a gravidez na adolescência como consequência da imaturidade dos adolescentes e o início precoce da atividade sexual.

			adolescência e saber sua relação com a atividade sexual	
Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental /Carvalho/ 2012)	<p>É um estudo de um carácter predominantemente exploratório, de natureza não experimental do tipo correlacional.</p> <p>A recolha de informação foi obtida através de diversas fontes: respostas das grávidas, questionários de auto-resposta e informações dos processos clínicos das grávidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de evidência – A • Grau de recomendação - I 	A amostra deste estudo é constituída por 630 adolescentes, sendo 306 grávidas adolescentes e 324 adolescentes sem história de gravidez. composto por grávidas com idade igual ou inferior a 18 anos	Caracterizar, por regiões, uma amostra de jovens de Portugal Continental com história de gravidez comparando-a com um grupo de controlo; analisar as diferenças existentes entre as jovens com história de gravidez, das várias regiões; explorar, a um nível regional e tomando como referência uma perspectiva ecológica sobre os antecedentes da gravidez na adolescência, a influência de variáveis que contribuem para a ocorrência de gravidez na adolescência	<p>Os fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez estão divididos por regiões do país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Região norte: baixas habilitações literárias ou não frequência do sistema de ensino; idades mais precoces de iniciação sexual; menor conhecimento sobre fontes de informação sobre contraceção; maior número de irmãos; namorados fora do sistema de ensino • Região centro: menor grau de envolvimento com a religião; idades mais precoces de iniciação sexual e namorados fora do sistema de ensino; história familiar de gravidez na adolescência; • Região Lisboa e Vale do Tejo (LVT): adolescentes com menores habilitações literárias; menos conhecimento fontes de informação sobre contraceção; mães mais novas; namorados excluídos do sistema de ensino. • Região Sul: adolescentes com menores habilitações literárias e namorados mais frequentemente excluídos do sistema de ensino.

* Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência Direção Geral da Saúde

Tabela 1 – Análises dos estudos

Após a análise destes artigos constatamos que há concordância entre eles, em alguns dos fatores de risco contribuintes para a gravidez na adolescência apesar de serem todos em realidades diferentes.

6. Discussão de resultados

Com a síntese apresentada anteriormente na tabela 1, dos artigos que foram incluídos na

revisão integrativa, emergem 4 categorias desta temática, que são De seguida, procedesse à apresentação destas categorias.

1. Baixa escolaridade do adolescente

O adolescente que abandonou o sistema de ensino tem maior probabilidade de fazer parte das estatísticas das adolescentes grávidas. Pois a baixa ou ausência de escolaridade poderá influenciar nas aquisições de conhecimentos e comportamentos preventivos, já que a escola desempenha um papel importante na educação para a saúde através da transmissão de informações sobre o corpo e métodos contraceptivos ¹⁴.

A baixa escolaridade das adolescentes revela um dado alarmante: 73,5% possuem o ensino Básico incompleto. Associado a baixa escolaridade a uma gravidez não planeada, poderá ser devastador na vida de um jovem adolescente. Esta situação poderá deixa-los mais distantes da vida escolar e isso, a longo prazo irá ter repercussões a nível do mercado de trabalho. esta realidade faz com que

a gravidez na adolescência seja vista como elemento perpetuador do ciclo de pobreza, pois pode contribuir para o abandono da vida escolar ¹⁵.

Num estudo realizado em Portugal, verificou-se que a maioria das adolescentes grávidas possui um baixo nível de escolaridade e maior índice de reprovações do que as adolescentes sem história de gravidez. Constatou-se ainda que a taxa de adolescentes que já abandonou a escola é muito alta entre as jovens com história de gravidez: valores que oscilam entre os 46,7% na zona LVT e 62,2% na zona Norte ¹⁶.

A maioria das adolescentes grávidas revelam habilitações literárias correspondentes ao 3º ciclo, enquanto que as jovens sem historia de gravidez tem habilitações correspondentes ao ensino secundário. Neste mesmo estudo deparam-se com diferenças significativas no que respeita às habilitações literárias das jovens em função da região de pertença ¹⁶.

As adolescentes grávidas da Região Sul possuem habilitações literárias significativamente mais baixas do

que as jovens das Regiões Norte e do que as jovens da Região LVT. Juntamente com este fato, acrescenta-se que as adolescentes da região do Algarve apresentam maior taxa de desistência no final do 2.º ciclo de estudos (11%), seguindo-se a zona de LVT (10,7%)¹⁷.

A escola pode assumir um papel importante na proteção da gravidez na adolescência. A interação entre pares, o apoio familiar e os professores comprometidos com a formação dos alunos podem constituir um sistema de apoio para com os adolescentes¹⁸.

O surgimento da gravidez compromete a capacidade de autonomização dos adolescentes em relação aos pais, persistindo assim, a dependência nomeadamente a económica¹⁹.

2. Início precoce da atividade sexual

O início cada vez mais precoce da atividade sexual acarreta consequências, tal se deve ao fato de os jovens serem imaturos e ainda não possuírem informações suficientes que permita, primeiro

compreender a sua sexualidade e segundo, prevenir-se de situações como a maternidade e paternidade sem planeamento²⁰.

O início da atividade sexual nas gestantes adolescentes ocorreu entre 12 e 17 anos; havendo uma maior prevalência entre os 13 e 15 anos. Neste estudo consideram ainda que, a atividade sexual feminina está desvinculada da vida reprodutiva e, conseqüentemente, da maternidade¹⁵.

A idade média de início da atividade sexual foi 14.68 anos (mediana 15, mínimo 12, máximo 18). No sexo masculino a média foi 14.2 anos, e no sexo feminino 15.4 anos. O início da atividade sexual associou-se com o menor aproveitamento escolar e com a menor idade materna e seu menor grau de escolaridade. Esta precocidade do início da atividade sexual também foi encontrada noutros estudos publicados a nível nacional e internacional²¹.

Em Portugal num estudo nacional com adolescentes grávidas, referem que as participantes pertenciam a um nível socioeconómico baixo, maioritariamente solteiras, fora do

sistema de ensino e tinha iniciado a sua vida sexual 3 anos após a menarca, que em média ocorre aos 12anos ⁷.

Possuir baixas habilitações literárias revela-se, neste estudo, um dos preditores significativos do início precoce da atividade sexual, na região Centro e um preditor de ocorrência de gravidez na região Norte, em LVT e na região Sul ⁷.

A iniciação sexual precoce está diretamente ligada ao aumento do numero de parceiros sexuais dos adolescentes. Cerca de 39,5% dos adolescentes do sexo masculino referem ter tido quatro ou mais parceiros sexuais. Este aumento de relações sexuais com diversos parceiros, aumenta significativamente o risco de IST ²¹.

A prevalência destes comportamentos deve constituir uma preocupação de saúde pública, sendo importante conhecer se os adolescentes são conscientes dos riscos e se tomam medidas de proteção em relação a uma gravidez não desejada e as IST.

3. Falta de informação / não uso /uso inadequado de métodos contraceptivos

Relativamente aos métodos contraceptivos, a maioria (87.1%) apresentou um conhecimento “bom” ou “muito bom”, sem variação significativa com a idade ou sexo. Os amigos são a principal fonte de informação nos dois sexos (41.3%), seguindo-se os livros/internet (25.7%), pais (22.8%), médicos (7.2%) e outros (3.0%) ²¹.

Num estudo, praticamente a totalidade da amostra (92.1%) considera que pode haver gravidez após a primeira relação sexual, no entanto, o conhecimento sobre o ciclo menstrual e altura em que existe maior probabilidade de ocorrer a gravidez apresentou resultados que revelam falta de conhecimento ²¹.

Quando se questionou uma amostra de adolescentes sobre contraceptivos, cerca de 83.1% refere utilizar sempre um método contraceptivo, na maior parte dos casos o preservativo e/ou a pílula. Contudo, 45.8% admite já ter tido pelo menos um ato sexual sem um método contraceptivo ²¹.

A nível cultural, existe uma desresponsabilização, principalmente do sexo masculino, sobre o fato da contraceção recair diretamente sobre as mulheres desde o surgimento do contraceptivo oral ²¹.

Muitas das adolescentes reconhecem que houve falha contraceptiva para a ocorrência da gravidez. Referem que essas falhas foram: rompimento do preservativo ou esquecimento da toma da pilula. O entanto estas situações não levaram os adolescentes a adotar comportamentos alternativos, como o recurso à contraceção de emergência ⁷.

Muitas das vezes, os adolescentes têm percepção inadequada sobre o risco da gravidez ou ausência de informação/competências que lhes permitam mobilizar adequadamente outras estratégias aquando da falha contraceptiva ⁷.

É possível constatar ainda, que apesar da maioria das adolescentes referir ter recebido informação sobre métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro existe uma grande

discrepância entre conhecimento e comportamento na utilização de métodos anticoncepcionais ¹⁶.

Um grupo de adolescentes grávidas, referem que as principais razões para a não utilização de contraceção, o fato de, não quererem usar/não gostarem de nenhum dos métodos disponíveis, seguido do desejo de engravidar ¹⁶.

Algumas características da adolescência, podem contribuir para a não utilização de métodos contraceptivos, como a impulsividade, a dificuldade de abstração para antecipação das consequências a longo prazo e a crença de imunidade às leis que regulam os acontecimentos naturais. Estes fatores contribuem para o aumento de vulnerabilidade à ocorrência de uma gravidez adolescente ^{16, 19}.

Na maioria das vezes a gravidez na adolescência não planeada está associada a falta de informação, resultante da falta de educação sexual de boa qualidade e da não abordagem desse tema junto das famílias ²⁰.

A informação e a disponibilização da contraceção parecem que não

evoluíram nos últimos anos para acompanhar o início precoce da vida sexual dos adolescentes. Muitas das vezes os adolescentes não têm uma vida sexual ativa, mantendo esporadicamente relações sexuais, o que faz com que se sintam com uma falsa sensação de segurança ²¹.

4. Outros fatores

Existe ainda a considerar, as gravidezes na adolescência, mas que foram planejadas.

Nem toda a gravidez na adolescência foi indesejada, pois existem jovens que o seu projeto de vida é a construção de um lar, seja para escapar aos abusos sofridos ou para reproduzir um papel que se sentem qualificadas: a maternidade ²³.

Existem motivações que levam os jovens a uma gestação precoce voluntária, tais como: alternativa a sair de casa, ou da escola e da “pressão” dos pais; desejo de “prender” o namorado; carência afetiva; desejo de ter mais poder, chamando as atenções para si; projeto de vida ²³.

Foi comum em todos os estudos referidos anteriormente, que a

maioria dos adolescentes não teve aconselhamento por profissionais no que toca a métodos contraceptivos. Segundo Silva et. al (2012), o aconselhamento com profissionais de saúde sobre contraceção é de apenas 7.2%. Para os adolescentes a sua principal fonte de informação, são os amigos e de seguida a internet.

A estes fatos acrescenta-se, que a maioria dos adolescentes sexualmente ativos não frequentam consultas de planeamento familiar. esta falta de seguimento nestas consultas e a ausência de informação, faz com que os adolescentes apreendam e disseminem informações que não são verdadeiras. Além destes riscos que acarretam ao não possuírem informações adequadas, soma-se a negação do risco de engravidar devido ao “*pensamento mágico*” próprio da adolescência e característico da sua imaturidade psicoemocional, contribuindo para a exposição a riscos acrescidos ²¹.

Outro fator de risco encontrado, foi a historia familiar de gravidez na adolescência, pois os adolescentes têm tendência, de forma

inconsciente repetir o comportamento que conhecem ou que faz parte do seu meio familiar⁷.

7. Conclusão

Apos a exposição dos diversos fatores de risco que podem levar a ocorrência da gravidez na adolescência é possível refletir e tecer algumas conclusões.

A deficiência em conhecimentos sobre sexualidade, associada ao início precoce da atividade sexual, ao aumento do número de parceiros sexuais, à negligência no uso de contraceção, à ausência de consultas de planejamento familiar contribuem para um risco acrescido de ocorrência de gravidez na adolescência.

Pelos fatos anteriores referidos é necessário atuar e inovar nas estratégias de saúde e educação de forma a reduzir os fatores de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência.

As consultas de planejamento familiar são locais e momentos privilegiados de educação sexual adequada a cada adolescente¹⁰.

A educação sexual estruturada, com início precoce no seio familiar, e posteriormente em meio escolar e nas consultas de planejamento familiar, podem incentivar os adolescentes a viverem a sua sexualidade de forma responsável e saudável.

Os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, têm a competência para poder habilitar os adolescentes com conhecimentos de forma a que estes seja capaz de tomar decisões, resolver problemas e possuírem pensamento crítico para poderem escolher os comportamentos saudáveis mais corretos e adequados.

As medidas que seriam mais eficazes para a redução da gravidez na adolescência são as que contemplem uma educação sexual plena e uma vida sexual consciente, com fornecimento de conhecimentos corretos sobre sexualidade e contraceção.

É importante salientar que a gravidez na adolescência também não pode ser somente vista como um fator de risco. Existem múltiplas situações de sucesso em que mães adolescentes

conseguiram adequar-se aos novos papéis revelando ajustamento socioemocional com o apoio social e familiar adequado^{6, 18}.

Para podermos ter sucesso nas medidas de promoção de saúde a nível da educação sexual dos adolescentes é necessário que se conheça o contexto social e familiar do adolescente, juntamente com as especificidades culturais dos diferentes grupos étnicos.

Através do conhecimento do contexto social e familiar do adolescente, que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública possui competências para a promoção da saúde através de ações de educação para a saúde, com objetivo de obter ganhos em saúde²⁴.

Assim através deste leque de competências, é possível para o enfermeiro desempenhar a função de educador sexual e conselheiro, proporcionando aos adolescentes a aquisição de conhecimentos e prepara-los para as alterações da sexualidade ao longo da vida. é possível mediante ações de

educação a fim de obter ganhos em saúde^{24, 25}.

Através de sessões de educação sexual, o enfermeiro é capaz de mostrar as escolhas responsáveis, criando um ambiente de debate e análise de ideias, demonstrado assim as vantagens e desvantagens de comportamentos, contribuindo para a saúde e bem-estar dos adolescentes.

Os programas de saúde escolar ao nível da educação sexual em colaboração com os cuidados de saúde primários são capazes de promover a mudança de comportamentos e atitudes dos adolescentes tornando-os futuros adultos consciente e saudáveis.

É importante manter a motivação para a vigilância da saúde sexual junto dos adolescentes. As escolas, e instituições locais de saúde podem ajudar nesta divulgação da importância da vigilância da saúde sexual, podendo fazê-la de forma gratuita e confidencial.

Seria uma mais valia a criação de um sistema de sinalização de jovens que se encontrem em risco. Através de articulação entre escolas,

associações de jovens e até mesmo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco ¹⁶.

A inclusão do Sistema Nacional de Saúde, a execução de consultas específicas para adolescentes, consultas essas feitas por médico e enfermeiro, será uma mais valia para a obtenção de ganhos de saúde nesta faixa etária.

Estas consultas têm com objetivo de responder aos assuntos e problemas de saúde que preocupam o adolescente, considerando sempre a individualidade de cada adolescente, funcionando como pedra basilar quer no planeamento familiar quer durante a gravidez na adolescência.

O fato da gravidez na adolescência ser um evento que se verifica todos os anos em todos os países, justifica a necessidade da continuação das pesquisas pelos fatores de risco que levam à gravidez no período da adolescência. Só assim, através destas continuas pesquisas é que é possível o desenvolvimento e a avaliação das intervenções que previnam a gravidez na adolescência

e possam prevenir ou diminuir as consequências da gravidez precoce.

Referências Bibliográficas

1. Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos*. Lisboa: A esfera dos livros.
10. Associação para o Planeamento da Família. (2017). *Educação Sexual na Escola*. Obtido de <http://www.apf.pt/educacao-sexual>
11. Quinlivan, J. (2016). Magic dolls: no quick fix for teenage pregnancy. *Elsevier*. doi:DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31411-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31411-8)
12. Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa:Metodo de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 758-84.
13. Katrak, P., Bialoerkowski, A. E., Massy-Westropp, N., & Kuma, S. (16 de Setembro de 2004). A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BioMed Centra*. doi:10.1186/1471-2288-4-22
14. Oliveira, T. P., Carmo, A. P., Ferreira, A., Assis, I. d., &

- Passos, X. (2009). Shining Girls – a nursing's approach about adolescent pregnancy. *Revista Instituto Ciências da Saúde*, 122-127. Obtido de <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a004.pdf>
15. Assis, M., Silva, L., Pinho, A., Moraes, L., & Lemos, A. (2010). Pregnancy in adolescence and its relation to the practice of safe sex. *Journal of Nursing*, 1073-1080.
16. Carvalho, P. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Ciências Sociais e Humanas, Covilhã. Obtido de <https://ubiblionum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3896/2/in%C3%ADcio%20da%20tese.pdf>
17. Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional.
18. Santos, E., Paludo, S., Schiró, E., & Koller, S. (2010). Gravidez na adolescência : análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, 73-85.
19. Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa*, 221-238.
2. World Health Organization. (2016). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HS-BC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1
20. Fernandes, M., Santos, A., Esteves, M., Vieira, J., & Neto, B. (2017). Fatores de Risco associados à gravidez na adolescência. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 53-58.
21. Silva, H., Ferreira, S., Agueda, S., Almeida, A., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 8-15. Obtido de <http://actapediatrica.spp.pt/articulo/view/631/528>
23. Oyamada, L., Mafra, P., Meireles, R., Junior, M., Silva, F., & Guerreiro, T. (2014). Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 38-45.
24. Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento n.º 126/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35.
3. Antunes, M. A. (2012). *Saúde sexual dos adolescentes: conhecimentos, riscos e mitos*. Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/43124/2/Trabalho%20final-%20Sa%C3%BAde%20Sexual%20dos%20Adolescentes-%20conhecimentos%2C%20riscos%20e%20mitos.pdf>

4. Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Social, P. A. (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*.
 5. Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Taxa de fecundidade na Adolescência*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001540&contexto=bd&selTab=tab2
 6. Canavaro, M., & Pedrosa, A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência : perspetivas teóricas. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 34-55.
 7. Pires, R., Pereira, J., Pedrosa, A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavaro, M. (2014). Trajetórias Relacionais e Reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: a realidade nacional e regional portuguesa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 543-555.
 8. Neto, F., dias, M., Rocha, J., & Cunha, I. (2008). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 279-285.
 9. Conselho de Enfermagem. (2009). *PARECER N.º 109 / 2009*. Lisboa. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf
- Sackett, D. L., Dr., S. E., Dr, W. S., Rosenberg, W., & Dr, R. B. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and*

Teacht. Oxford: Churchill Livingstone.

Apêndices II - Resposta ao Pedido de autorização para desenvolvimento do projeto na escola secundária – resposta do conselho pedagógico



DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que foi autorizado, em Conselho Pedagógico (21 de Julho 2017), a concretização do projeto de intervenção proposto por Vânia Filipa Amado Costa, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora, em estágio curricular na Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa, do ACeS Algarve II – Barlavento, orientado academicamente pela professora doutora Cândida Ferrito e no contexto pela Enfermeira Anabela Simões. Este está a ser implementado no agrupamento ESPAMOL, integrando o Plano de Saúde Escolar do ano letivo 2017/2018.

Lagoa, 19 de Fevereiro de 2018.

O Adjunto do Diretor:

(Bruno Sousa)

Apêndices III - Dossier Temático
(Suporte digital)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Dossier de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos na UCC D'Alagoa

Elaborado por: Enfermeira Vânia Costa

Orientação de: Enfermeira Anabela Simões

Orientação académica de: Enfermeiro Edgar Canais



*Dossier de atividades para 9º ano na
área da educação sexual e afetos na
UCC D'Alagoa*

Elaborado por: Enfermeira Vânia Costa

Orientação de: Enfermeira Anabela Simões

Orientação académica de: Enfermeiro Edgar Canais



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Índice

Introdução	4
Atividades para educação sexual e afetos	5
1. Métodos contraceptivos	6
Atividade I – Compreensão dos métodos contraceptivos	6
2. Planeamento familiar	8
Atividade I – Role play para compreensão da importância das consultas de planeamento familiar	8
Atividade II - Consulta de planeamento familiar – Quem, Quando, Onde, Condições e Custo	10
3. Infecções sexualmente transmissíveis (IST)	11
Atividade I – Infecções sexualmente transmissíveis	11
Atividade II - Questionário para verificação e diagnóstico de conhecimentos sobre VIH	13
4. Valores e atitudes face à sexualidade	15
Atividade I - Barómetro de Atitudes – Jogo para clarificação de valores	15
5. Expressões de Sexualidade e Diversidade	17
Atividade I - “Histórias de aqui ao lado”	17
6. Os papéis de género no relacionamento interpessoal	22
Atividade I - Papéis de género	22
7. Gravidez na Adolescência	26
8. Caixa Mistério	28
Referências bibliográficas	29
Apêndice 1- Declaração de consentimento informado	30
Apêndice 2 - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a Sessão de Educação para a Saúde	33
Apêndice 3- Sessão sobre métodos contraceptivos e Questionários de avaliação de conhecimentos adquiridos	35
Apêndice 4 – Sessão barómetro de atitudes	56
Apêndice 5 – Registo das atividades realizadas nas turmas	65
Apêndice 6 – Panfletos para colocar na Escola	68
Apêndice 7– Sessão Planeamento Familiar	70

Introdução

Este dossier foi criado com objetivo de ser um recurso à equipa de saúde escolar da UCC D'Alagoa e também dos professores da Escola Secundária.

As sugestões de atividades que estão presentes neste dossier, foram retiradas e adaptadas de alguns manuais já existentes, como o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e o Guia de educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores.

Neste dossier, as atividades e sessões de educação para a saúde são direcionadas para os alunos do 9º ano de escolaridade de uma escola secundária. Na escolha das atividades foi considerada a tipologia da população da cidade de Lagoa.

Pretende-se que este dossier seja dinâmico e flexível, e que de uma forma clara, possibilite uma abordagem da área da educação sexual em meio escolar.

Pretende-se que a equipa da saúde escolar em parceria com o corpo docente desta escola secundária, implemente estas atividades presentes neste dossier de projeto, visando assim, a aquisição de competências e a promoção de valores fundamentais à vivência da sexualidade de forma responsável.

Ao criar este dossier, pretende-se:

- Promover a disponibilização de recursos pedagógicos, de forma facilitada e adaptada a população local;
- Promover sessões de educação para a saúde que sejam um complemento curricular e que dinamizem a educação sexual existente na escola (por exemplo, brainstormings, role-play, debates, jogos...)

A finalidade da criação deste dossier de projeto será um reforço na contribuição para diminuir os comportamentos de risco dos alunos em relação à vivência da sexualidade e aumentar assim os fatores de proteção.

Atividades para educação sexual e afetos

Este dossier é composto por 7 temas:

- Métodos contraceptivos
- Planeamento familiar
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Valores e atitudes face à sexualidade
- Expressões de sexualidade e diversidade
- Papéis de género no relacionamento interpessoal
- Gravidez na adolescência

No início de cada ano letivo deverá haver uma reunião entre a equipa da saúde escolar da UCC D'Alagoa com os docentes/ diretores de turma das turmas de 9º ano, de forma a delinear como este projeto de intervenção ira decorrer ao longo do ano. Deverão selecionar as atividades a realizar com as suas respetivas datas.

A equipa da saúde escolar deverá entregar a declaração de consentimento informado (Apêndice 1) a equipa de docentes, para que estas cheguem atempadamente aos encarregados de educação antes do início das atividades.

Sendo sempre voluntária a participação do adolescente, com autorização e conhecimento prévio do encarregado de educação.

Este projeto é dinâmico e flexível, e se ao longo do ano, houver alguma questão mais pertinente a abordar, os docentes deverão informar a equipa da saúde escolar.

Idealmente deverão ser realizadas 2 atividades por período letivo, totalizando cerca de 6 atividades por ano letivo.

No final de cada atividade/sessão, fornecer Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes (Apêndice 2) , para podermos avaliar como decorreu a sessão e quais os aspetos a melhorar.

1. Métodos contraceptivos

A correta utilização dos contraceptivos e a utilização dos serviços públicos de planeamento familiar, contribui para a diminuição das gravidezes não desejadas e também para a diminuição dos números de interrupções voluntárias da gravidez nas adolescentes (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2009).

Atividade I – Compreensão dos métodos contraceptivos

- **Duração previsível:** 50min
- **Recursos necessários:** materiais informáticos, vídeo
- **Objetivo da atividade:** promover a adoção de comportamentos responsáveis e informado relativamente à contraceção; dar a conhecer os vários métodos contraceptivos.

- **Execução da atividade:**
 1. Utilizar um brainstorming, partindo da seguinte pergunta: «Quais os métodos contraceptivos que conhecem?»;
 2. No quadro da sala de aula escrever os métodos contraceptivos que vão sendo ditos pelos alunos. Se a lista estiver incompleta, pode completá-la;
 3. Solicitar aos alunos que digam o que sabem acerca de cada um dos métodos indicados. Neste momento serão já claras as principais dúvidas e as questões que os alunos dominam menos (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2009);
 4. Proceder à identificação das dúvidas sobre contraceção e à sua explicação.
 5. Através de slides/Powerpoint previamente preparados, demonstrar os vários métodos contraceptivos existentes em Portugal (apêndice 3) ;

6. Opcional: apresentação de um vídeo sobre contraceptivos para sistematizar (6min da Associação de Planeamento Familiar (APF) , <https://www.youtube.com/watch?v=GGD9EgjGLM&t=46s>

Se houver duvidas ou vergonha por parte dos alunos em colocar as perguntas, reforçar a ideia de que podem utilizar a caixa mistério que existe no gabinete de apoio ao aluno ou aproveitarem a oportunidade para falarem com o enfermeiro presente.

Esta atividade foi adaptada do “Manual de educação sexual na escola, guia para professores, formadores e educadores” (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2009).

Apara a realização desta atividade foram utilizados materiais disponíveis em suporte informático (apêndices 3 e 4).

2. Planejamento familiar

Existe um elevado número de jovens que na sua primeira relação sexual não utiliza contraceptivos, ficando assim desprotegidos em relação a gravidezes não desejadas e infecções sexualmente transmissíveis. Ao orientarmos os jovens para as consultas de planejamento familiar o mais cedo possível, irá promover a diminuição de comportamentos de risco e de gravidezes na adolescência, ao mesmo tempo, obtém-se ganhos de saúde na população jovem desta cidade (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2009).

Atividade I – Role play para compreensão da importância das consultas de planejamento familiar

- **Duração previsível:** 50min
- **Recursos necessários:** cartolina/quadro de sala de aula somente para registrar os pontos chave
- **Objetivo da atividade:** reconhecer a importância da consulta de planejamento familiar logo na adolescência; compreender que as medidas de contraceção são uma responsabilidade masculina e feminina.
- **Execução da atividade:**
 1. Propor a turma uma atividade em *Role Play*, explicando em que consiste e como fazer. Explicar que a atividade consiste em simular atitudes e comportamentos face ao planejamento familiar; solicitar a participação voluntária dos alunos.
 2. Exemplo de 3 situações em *Role play*. O que fazer?

- 1ª situação: um casal jovem conversa sobre a primeira relação sexual e a possibilidade de usar um método contraceptivo. Ela acha que é necessário, ele não.
 - 2ª situação: uma rapaz conversa com o amigo sobre como pretende ir sozinho a consulta de planeamento familiar que marcou no centro de saúde. O amigo dá-lhe razões para desistir. o rapaz finge-se de convencido, mas acaba por ir . na sala de espera encontra uma vizinha.
 - 3ª situação: um casal teve relações sexuais desprotegidas no período fértil. Ela pensa que pode estar grávida e o namorado não tem conhecimento. Procura apoio nas amigas.
3. Dar oportunidade à turma para desenvolverem estes cenários e expressarem os seus sentimentos e opiniões face a cada situação.

No final de cada cenário promover a ocorrência de um debate sobre o desempenho em role play. Esse debate deve ser orientado com algumas questões como:

- 1ª situação: e se fosse ao contrario? Se ele quiser usar método contraceptivo e ela não? Os riscos eram os mesmos? O que fariam no lugar dele ou dela?
- 2ª situação: porque é que o jovem se fingiu de convencido? Se fossem raparigas a conversa era igual? Qual seria a reação da vizinha?
- 3ª situação: porque razão o rapaz não estava informado que a rapariga poderia estar grávida? E se se confirmar a gravidez? o que fazer? como reagiam?

Esta atividade foi adaptada do “Manual de educação sexual na escola, guia para professores, formadores e educadores” (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2009).

Atividade II - Consulta de planeamento familiar – Quem, Quando, Onde, Condições e Custo

Elaborar uma sessão de educação para a saúde que seja expositiva (slides), mas que promova também a participação por parte dos alunos. Relembrando que eles são responsáveis pela sua própria saúde e devem ter papel ativo na sua promoção.

- **Duração previsível:** 40 minutos
- **Recursos necessários:** material informático

- **Execução da atividade:**

Com recurso a slides, será criada uma sessão de educação para a saúde que aborde os seguintes temas:

- ✓ Estatísticas nacionais de mães adolescentes;
- ✓ Utilizado um brainstorming, pedir aos alunos que digam o que sabem sobre consultas de planeamento familiar; posteriormente fornecer a informação correta do que são as consultas de planeamento familiar e os seus objetivos;
- ✓ Explicar o porquê de marcar esta consulta e quando deve marcá-la;
- ✓ Explicar como pode marcar a consulta de planeamento familiar na sua cidade, relembrando e reforçando que é sempre confidencial
- ✓ Fornecer informações de serviços disponíveis que são uteis para quando os alunos têm dúvidas (exemplo Gabinete de Saúde Juvenil em Faro, linhas telefónicas de apoio nacional “Sexualidade em Linha”)

Esta atividade foi realizada, e está em suporte informático (apêndice 8).

3. **Infeções sexualmente transmissíveis (IST)**

A forma mais frequente de transmissão das IST é através de relações sexuais. A prática de sexo mais seguro é a melhor maneira de prevenir a infeção. As medidas de prevenção de IST são a forma mais privilegiada de evitar o contágio e a sua difusão. É importante salientar o uso do preservativo, por este ser eficaz, ter dupla ação (proteção em relação as IST e contracetivo) e de fácil acesso aos jovens.

Atividade I – Infeções sexualmente transmissíveis

- **Duração previsível:** 50min
- **Recursos necessários:** material informático, quadro de sala de aula
- **Objetivo da atividade:** promover a adoção de comportamentos sexuais informados e responsáveis para a prevenção das IST; conhecer as IST mais frequentes e modos de transmissão
- **Execução da atividade:**
 - 1 Utilizar o método de brainstorming com o tema IST para perceber o nível de conhecimento dos alunos.
 - 2 As sugestões de questões para o brainstorming:
 - O que significa IST?
 - Que outras expressões conhecem?
 - Quais as que conhecem?
 - Quais os sintomas/manifestações dessas IST?
 - Como se pode prevenir?

- 3 Elaborar e apresentar uma sessão de educação para a saúde sobre as IST mais comuns. A sessão será expositiva, mas com espaço para o debate e colocação de dúvidas.

Sendo opcional, para complementar a sessão e verificar se houve apreensão de conhecimento, poderá realizar-se um “Quiz sobre mitos vs. fatos” através da apresentação das seguintes frases:

- “As IST apresentam sempre sintomas;
- Os testes para deteção de IST são dolorosos;
- A sífilis é uma doença contagiosa;
- As IST podem ser tratadas com remédios caseiros;
- As IST podem ser causadas por masturbação, sanitários públicos;
- Os homens que ejaculam prematuramente têm menos hipótese de contrair uma IST;
- As IST só aparecem nas camadas mais pobres da população” (Vilar & Souto, 2008).

Atividade II - Questionário para verificação e diagnóstico de conhecimentos sobre VIH

Apos a sessão de educação para a saúde sobre as IST, pode-se executar esta atividade, que funciona como avaliação ao conhecimento adquirido pelos alunos em relação a esta temática. Esta atividade também irá fortalecer a importância da não discriminação dos indivíduos com VIH, pois este não se transmite através do contacto social diário com pessoas infetadas.

Duração: 20-30 minutos

Execução da atividade:

1. Distribuir um questionário individual aos alunos, solicitando o seu preenchimento. A atividade pode ser feita com resposta individual ou com resposta em grupo. Adequar às características da turma e ao tempo disponibilizado;
2. Transmitir as respostas corretas e esclarecer quaisquer dúvidas.

Este questionário foi adaptado do PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (Luís, Gonzaga, Sousa, & Guimarães).

Questionário para verificação e diagnóstico de conhecimentos sobre VIH

O que sabes sobre o VIH

Um questionário de Verdadeiro (V) e falso (F) sobre VIH/Sida/IST.	V	F
1. O VIH, vírus da SIDA, pode ser transmitido através de um aperto de mão.		
2. O VIH, vírus da SIDA, pode ser transmitido durante a relação sexual.		
3. As mulheres grávidas podem transmitir o vírus da SIDA ao feto.		
4. Uma pessoa ao doar sangue pode contrair o VIH.		
5. É possível contrair o VIH através do assento de uma sanita.		
6. O VIH é transmissível pelo beijo		
7. O VIH, vírus da SIDA, está presente no sangue de uma pessoa infetada.		
8. Os consumidores de drogas, podem transmitir o VIH a outros consumidores se partilharem seringas ou agulhas.		
9. Apenas os homens podem ser infetados pelo VIH, vírus da SIDA.		
10. Deve evitar-se tocar numa pessoa com SIDA.		
11. É arriscado utilizar o mesmo bebedouro que uma pessoa com SIDA utilizou.		
12. Se fores forte e saudável não contrairás o vírus da SIDA		
13. É possível ver, através da sua aparência, se uma pessoa está infetada pelo vírus da SIDA.		
14. Não há risco de contraíres o vírus da SIDA se te cortares com uma faca com que outra pessoa também se cortou.		
15. Não há problema se usares o mesmo preservativo várias vezes		
16. Se tiveres vários parceiros sexuais aumenta o risco de contraíres o VIH/IST.		
17. Não há problema de partilhar roupa de cama ou loiça usadas com uma pessoa com SIDA.		
18. Não há problema em partilhar uma lâmina da barbear usada com uma pessoa com SIDA.		
19. Os jovens não estão expostos ao VIH, vírus da SIDA.		
20. Durante a menstruação é maior o risco de contrair o vírus VIH através de relações sexuais não protegidas.		

Adaptado de: PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
(Luís, Gonzaga, Sousa, & Guimarães)

4. Valores e atitudes face à sexualidade

Esta atividade é sugerida pelo Referencial de Formação Pedagógica Contínua de Formadores/as de Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional tendo sido adaptada.

Esta atividade necessita da intervenção ativa dos alunos de forma a que haja debate após a utilização de frases que são propositadamente polémicas e opinativas. As frases poderão ser selecionadas previamente e propositadamente pela equipa de saúde escolar e pelo corpo docente da escola. A escolha seletiva das frases pode ir ao encontro das necessidades individuais de cada turma, individualizando assim o processo de aprendizagem de cada aluno.

Atividade I - Barómetro de Atitudes – Jogo para clarificação de valores

Duração previsível: 30min a 60min (consoante a escolha do número de frases)

Recursos necessários: materiais informáticos / cartolinas

Objetivo da atividade: promover o debate entre posições e opiniões morais diferentes (com possibilidade de consenso ou não.)

Execução da atividade:

- 1 Esta atividade poderá ser feita em modo individual ou em grupo, elegendo assim um porta-voz;
- 2 Explicação prévia aos alunos do que se pretende com esta atividade; pede-se que a cada frase apresentada, refiram se “concordam” ou “não concordam” e o porquê;
- 3 Esta atividade exige que haja um moderador, para que seja possível os alunos consigam exprimir a sua forma de pensar sobre o tema.
- 4 Exemplos de frases para a atividade:
- “Os jovens menores de 16 anos não deveriam ter relações sexuais.

- A Educação Sexual é da responsabilidade da Escola.
- Quanto mais informação sobre os riscos da Sexualidade menos erros os jovens vão cometer.
- Os pais deveriam esperar que as crianças colocassem questões sobre a sexualidade em vez de serem eles mesmo a desencadeá-las.
- A Homossexualidade deveria ser considerada uma doença.
- A gravidez indesejada é um sintoma de irresponsabilidade.
- O direito de adotar crianças deve ser reconhecido a casais de homossexuais.
- A lei devia reprimir fortemente os comportamentos homossexuais.
- O recurso à Contraceção de Emergência é um sintoma de irresponsabilidade.
- A mulher deve ser virgem quando casa.
- A Educação Sexual provoca um aumento das relações pré-conjugais.”

Para a realização desta atividade, foram preparados cartões de cores e apresentação em suporte informático (apêndice 5).

5. Expressões de Sexualidade e Diversidade

Ao longo do desenvolvimento de uma criança ou jovem, é fundamental, transmitir a noção que a vivência da sexualidade e das relações sexuais devem basear-se no respeito, na igualdade e na responsabilidade.

É importante que na vida de cada indivíduo, haja espaço e abertura para um diálogo aberto e sincero entre pais e filhos. No entanto, os momentos de diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade são muitas das vezes, marcados pela tensão, onde os adultos precisam de encarar as suas próprias inseguranças, medos e preconceitos.

Estes momentos de diálogo, precisam de ir além da transmissão de informação, de forma a romper a visão moralista ou conservadora sobre a sexualidade e géneros, que por vezes reproduzem valores machistas e heteronormativos e homofóbicos.

Por isso a palavra sexualidade deve cada vez mais, ser utilizada no plural, englobado a diversidade de cada um, de forma a demonstrar a diversidade e o direito legítimo das diferentes orientações sexuais e identidades.

É importante que a educação sexual não se cinja somente a escola, mas que ocorra em casa. Informar os adolescentes sobre sexualidade não promove a iniciação sexual precoce. Logo ensinar sobre a diversidade sexual também não irá promover qualquer mudança de orientação sexual ou de identidade de género.

Atividade I - “Histórias de aqui ao lado”

A seguinte atividade está na íntegra no Caderno PRESSE 3º Ciclo.

- **Duração previsível:** 30min a 60min
- **Recursos necessários:** fichas
- **Objetivo da atividade:** reconhecer as diferenças de orientação sexual e a importância da não discriminação

- **Execução da atividade:**

- Distribuir as fichas nº1 e nº2 pelos alunos;
- Permitir que todos leiam e posteriormente orientar uma discussão/debate, com as seguintes perguntas:

“1) O que achamos dos dois relatos?

2) como é que as experiências de vida destas pessoas nos fizeram sentir?

3) O que é que diz da nossa sociedade/ escola/ família a orientação sexual homossexual e/ou bissexual ainda ser um tabu?

4) O que gostaríamos de dizer a estes dois jovens se pudéssemos?

5) Que estratégias poderíamos promover na escola para diminuir a discriminação em função da orientação sexual?” (Luís, Gonzaga, Sousa, & Guimarães)

Ficha nº 1

Rita, 18 anos

“Não tenho muito jeito para contar histórias, especialmente deste tipo. Cheias de caos. Não sei apontar um momento exato. Algures na minha adolescência comecei a sentir que me faltava um pormenor qualquer de qualquer coisa que eu sabia presente, sem saber o que era. Como vivia num meio pouco aberto a este tipo de situações foi um processo moroso e complexo. Lembro-me de começar a ter a sensação de que os rapazes não me diziam muito, que estava mais a ficcionar o sentimento do que a vivê-lo, mas sempre era melhor que me sentir anormal. Apesar de me sentir desconfortável nas duas versões da coisa. Ou freira, ou farsa. Feliz ou infelizmente existe um momento em que o desconforto passa a desespero. Esse é o momento onde percebemos que o jovem a quem escrevemos cartas no dia dos namorados é apenas o nome onde se esconde a jovem a quem realmente as escrevemos. A minha primeira paixão foi uma coisa muitíssimo lírica. Era inegável o afeto, mas recusava-me a admitir que fosse outro tipo de afeto... levei um ano em depressão profunda até perceber que a causa da minha tristeza era amá-la e ainda outro ano na mesma situação a tentar integrar a ideia que não era errado amá-la. Nunca antes tinha pensado ser possível que chegar à palavra amor fosse muito mais difícil do que senti-lo. Dei por mim em buscas incessantes por definições do termo. Sabia que o meu caso não era novo na história da humanidade, que o dicionário não trazia designações de género, mas não conseguia ignorar o facto de o odiarem com tão acérrimo despeito... de o ter odiado também, de saber que iam meter deus pelo meio, sem ninguém o ter chamado. E pelo meio também fiz como muita gente... achei que era preferível acabar com a vida, do que vivê-la na angústia que sentia. Devem existir poucos sentimentos tão exaustivos como a solidão... por carregar um segredo, que nem nós próprios temos a coragem de conhecer. Houve um momento em que fiquei a sós com ela e ela começou por dizer: sabes... há coisas que os olhos dizem... e depois de uma longa pausa concluiu: mas tu não tens maldade! E ficámos as duas de olhos no chão em silêncio. Até alguém trazer dois dedos de leviandade. Falhada a tentativa e meio ano a ruminar sobre que seria que ela falava que os meus olhos lhe diziam sem maldade, não pude mais renunciar à verdade e enfrentei-a! Compreendi então que os sentimentos são factos, a moralidade é um conceito. Entretanto mudei de cidade e acabei por conhecer uma pessoa benevolente o suficiente, paciente o suficiente e com maturidade suficiente para me ajudar a encarar o problema e transformá-lo numa rotina. Não posso afirmar com veemência que me sinta plenamente confortável com a minha “condição”, mas as razões que me levam a tal serão com certeza apenas de ordem social. Não creio

que seja possível compreender as consequências da discriminação sem a ter sentido... especialmente se a sentimos por qualquer coisa que não podemos escolher, que tentamos evitar a todo o custo e que afinal de contas não prejudica ninguém, se não os lesados pelo preconceito. Dizê-lo a alguém não foi fácil, mas de meia palavra em meia palavra lá contei a palavra inteira à minha irmã: “lésbica”. Sou lésbica, amo-a. À minha semelhança, não foi fácil para ela integrá-lo. Mas apoiou-me como pôde e o melhor que soube e isso foi indiscutivelmente, muitíssimo importante para mim. Pouco a pouco lá fui contando a alguns amigos e fazendo outros. Deslizando para uma nova “realidade” onde afinal tinha o direito de ser como era, sem ofender ninguém. Talvez por isto preze tanto o privilégio de amar quem amo e ser amada em retorno. O privilégio de ser um ser humano com direito à sua condição humana, igual a toda a gente cujo objectivo ultimo é apenas ser feliz.”

Ficha nº2

Hélder, 18 anos

Desde muito cedo me apercebi que não enquadrava nos padrões que a sociedade considerava como sendo “normais”. Lá no fundo sabia que as expectativas que tinham para mim, como arranjar uma mulher, casar e ter filhos não eram bem aquilo que eu queria. Não sabia o que sentia em concreto, pois a recordação mais antiga que tenho de sentir uma atração por homens é de por volta dos cinco anos, logo, creio que nessa altura não sabia o que era a homossexualidade. Aliás, nem sequer sabia que tal coisa existia, sabia apenas que sentia algo por homens que não sentia por mulheres, algo que para mim, na altura, não tinha nome, vivia apenas com aquele sentimento, sem ter noção se estava certo ou errado para os outros, visto que para mim era algo instintivo, sem conotação positiva ou negativa. Quando entrei para a escola não tive problemas com isso, pois, como criança que era, a minha prioridade era brincar nos intervalos, mas à medida que o tempo foi passando fui começando a relacionar-me melhor com raparigas que com rapazes. Talvez tenha sido isso que levou a que eu sentisse na pele a discriminação e o preconceito, pois fui imediatamente conotado como sendo homossexual; antes mesmo de eu o saber, ou mesmo antes de eu ter parado para pensar nesse assunto já muita gente me apontava o dedo. Apesar de eu saber o que gostava e o que queria, sentia um conflito interno, pois recusava-o, não queria ser assim, queria ser igual a toda a gente. Questionava-me muitas vezes o “porquê” de tal coisa me estar a acontecer a mim com tanta gente no mundo. Era algo que não compreendia e me deixava revoltado, pois estava a afetar o meu relacionamento com os outros. Apesar de triste e revoltado com a situação nunca lidei muito mal, ou melhor, nunca me senti de rastos com isso porque as pessoas que me discriminavam nem sequer eram minhas conhecidas, a não ser de cara, pois cruzava-me com elas diariamente na escola. O caso começou a agravar-se quando entraram para a minha turma alguns rapazes que me apontavam o dedo. Depressa o rumor se espalhou dentro da turma e à mesma velocidade vi vários colegas virarem-me as costas, embora não diretamente. Mas sentia que se pudessem evitar estar ou mesmo falar comigo o fariam sem pensar duas vezes. Curiosamente quem se manteve do meu lado foram as raparigas. Tinha apenas um amigo rapaz que não me virava as costas, mas com o tempo também acabou por ser influenciado. Com os rapazes todos “contra” mim comecei a sentir pavor das aulas de Educação Física. Não pela aula em si, se bem que na altura não fosse propriamente grande coisa a desporto, coisa que hoje em dia adoro, mas sim pelos momentos passados no balneário onde tinha obrigatoriamente de me encontrar com eles, ouvindo por vezes coisas que não gostava nada. Portanto evitava ao máximo permanecer lá muito

tempo, mal estivesse pronto vinha-me imediatamente embora de lá. Tanto preconceito e discriminação que senti durante alguns anos, e ainda por cima tão novo, geraram em mim um complexo de inferioridade, tornaram-me um pouco desconfiado em relação às pessoas, fizeram isolar-me bastante, coisa que ainda se nota hoje em dia, pois raramente converso acerca dos meus problemas com alguém. Prefiro debruçar-me sobre eles e tentar resolvê-los sozinho. Esta situação fez também com que passasse a ser bastante mais seletivo com os amigos. Apenas comecei a notar que esse complexo de inferioridade começava a passar (pois ele não desaparece de um momento para o outro, nem creio que hoje em dia já não o sinta, mas julgo que para lá caminho) no secundário, onde tive turmas fantásticas, superunidas, onde sentia que era acarinhado por toda a gente.

Pela primeira vez comecei a sentir-me útil, senti que afinal não era menos que os outros e finalmente estava a começar a sentir-me bem com a pessoa que era, quase sem complexos, fossem eles de que nível fossem. Foi nessa altura que a possibilidade de eu ser homossexual me veio à cabeça. No entanto negava-o sempre para mim próprio, apesar de saber claramente aquilo que sentia, julgando eu que se o negasse e não lhe desse importância acabaria por passar. Esperava que quando entrasse para a faculdade tudo se tornasse mais fácil, que encontraria alguma rapariga por quem me viesse a apaixonar, mas tal não aconteceu. Foi finalmente em janeiro de 2003 que, depois de ver um documentário acerca da homossexualidade e depois de ver vários casais felizes, decidi que não podia andar mais tempo a enganar-me, pelo menos a mim. Então lá acabei por me aceitar como era. (...) O passo da auto-aceitação já estava dado, mas sentia que havia outro a dar, sentia necessidade de contar aos amigos e algum tempo depois decidi a quem o ia fazer. Conteí a três amigos porque acreditava que iriam ser os que melhor iriam reagir e felizmente não me enganei. Para já não tenciono dar mais nenhum passo, não tenciono contar a mais amigos nem confrontar os meus pais com essa situação. Ficará para um dia mais tarde quando tiver a vida mais estável e já não depender tanto deles. Para quando atingir um maior grau de independência, pois aí creio que custará menos para ambas as partes. Entretanto vou vivendo o meu dia-a-dia normalmente, como sempre o fiz, mas com a sorte de ter amigos que me apoiam e me ajudam a ultrapassar cada obstáculo que encontro.

6. Os papéis de género no relacionamento interpessoal

As crianças e os jovens interiorizam em grande medida aquilo que acreditam ser a moral sexual dos seus pais, professores e mais tarde, grupos de pares (Luís, Gonzaga, Sousa, & Guimarães).

Assim sendo, é de extrema importância que tanto a família como a escola, transmitam uma visão positiva da sexualidade humana, centrando os valores na igualdade de oportunidades de género, no respeito pelo outro e pelas suas escolhas, no respeito e direito a dizer não, e também no respeito pelo direito de uma vivência saudável e feliz na sua orientação sexual.

A seguinte atividade está na íntegra no Caderno PRESSE 3º Ciclo.

Atividade I - Papéis de género

- **Duração previsível:** 60min a 90 minutos
- **Recursos necessários:** fichas

Objetivo da atividade: Perceber a importância dos papéis de género nas relações humanas; compreender a importância de uma comunicação assertiva para assegurar a igualdade de género.

- **Execução da atividade**
 1. Pedir para a turma se dividir em grupos de 2 a 3 alunos e disponibilizar a cada grupo um caso sobre papéis de género (ficha 1). Solicitar aos alunos que leiam e resolvam o seu caso (dar tempo, cerca de 10 minutos) para resolução do caso.
 2. Posteriormente, cada grupo apresenta à turma uma resposta/ solução para a situação exposta. Pede-se aos grupos que defendam a sua solução através de argumentos convincentes.
 3. Promover ou solicitar a colaboração dos restantes grupos para questionar as soluções encontradas.

4. Com base nas questões da ficha 2, promover um debate sobre a importância dos papéis de género nas relações humanas.

Ficha 1- Estudos de caso sobre Papéis de Género e Relações

Caso 1

O Tomé está prestes a perguntar à Joana, pela primeira vez, se ela quer sair com ele, quando ela se dirige a ele e pergunta: “Tomé chegou um novo filme que eu queria muito ver e gostava que o fosses ver comigo. Estás livre no Sábado à noite?” O Tomé não tem planos para Sábado à noite e queria muito ir ao cinema com a Joana, mas gostava de ter sido ele a convidar. Ele pensa responder-lhe que está ocupado.

Que pode o Tomé dizer ou fazer?

Caso 2

Foi oferecida à Carlota a possibilidade de vir a ser mecânica de automóveis numa empresa de renome. Ela fica toda contente e corre a contar ao João, o seu noivo. Tinham planeado casar no ano seguinte e desta forma ela poderá começar a ganhar bom dinheiro para a vida em conjunto. O João ouve-a em silêncio e no fim diz “penso que não posso casar com uma mecânica de automóveis, Carlota. O que dirão as pessoas? Tens de escolher entre mim e essa profissão!”

O que pode fazer a Carlota?

Caso 3

O Samuel quer comprar uma boneca para o aniversário do seu sobrinho, mas o seu amigo José diz “Nem penses nisso!” O Samuel explica-lhe que a boneca poderá ajudar o sobrinho a tomar conta de alguém e a ser carinhoso, mas o José argumenta que apenas fará com que o miúdo fique um mariquinhas! O Samuel sabe que tem razão mas fica preocupado com o que o José poderá contar aos seus amigos.

Que deve o Samuel fazer?

Caso 4

A Paula e o Fernando têm saído juntos desde há vários meses e as coisas têm corrido bem entre eles. Os pais dela aprovam esta relação e na escola ela é conhecida por ser a namorada dele. Contudo, ultimamente o Fernando tem posto mais pressão na Paula do que ela consegue suportar. Quando ela diz “Não” ele diz-lhe que o papel dela, como mulher, é agradar-lhe e fazê-lo feliz.

O que lhe pode dizer a Paula?

Caso 5

A Sandra e o Mário estão a discutir por causa da irmã Patrícia e do seu marido Roberto. A Sandra tem reparado que ultimamente a Patrícia aparece com imensas nódoas negras nos braços e ombros, tendo mesmo na última semana aparecido com um olho pisado. O Mário diz-lhe que a Patrícia tem andado muito “saída da casca” e que aquela é a forma do Roberto lhe mostrar quem é que manda lá em casa. A Sandra olha para o Mário e abana a cabeça. Ela acha que a violência nunca é a solução.

Que pode a Sandra dizer?

Caso 6

A Carmen decidiu ter relações sexuais com o namorado, o Gabriel. Vai a uma farmácia para comprar preservativos, mas a sua amiga Tânia diz-lhe “as raparigas não compram preservativos! É um assunto de rapazes”.

Que pode a Carmen dizer e fazer?

Caso 7

A Susana e o Miguel têm saído juntos desde há cerca de um ano. O Miguel tem pago sempre tudo e toma a maioria das decisões relativamente a onde vão e o que fazem. Na aula de formação cívica da Susana tem-se falado do papel das mulheres relativamente à divisão das contas das saídas e ao seu papel nas decisões dos planos do casal. Quer a Susana quer o Miguel têm trabalhos em parttime e ganham pouco dinheiro, pelo que juntarem o dinheiro de ambos para pagarem o que fazem juntos faz sentido para a Susana mas o Miguel fica furioso só de pensar nisso. Diz-lhe que ela não acha que ele seja homem suficiente para tomar conta dela.

Que pode a Susana dizer ao Miguel?

Ficha 2- Questões para discussão

1. É fácil ou difícil olhar para os papéis de homem e mulher de uma forma nova e não tradicional? Porquê?
2. Como é que os homens ou as mulheres aceitam as alterações aos papéis de género tradicionais? Porquê?
3. De que forma algumas das alterações aos papéis de género afetaram as relações entre homens e mulheres no
 - a) contexto social
 - b) familiar
 - c) laboral
4. Os vossos pais chegariam às mesmas ou a diferentes soluções?
5. Qual o estudo de caso mais difícil? Porquê?
6. Se pudessem fazer uma alteração no papel de género masculino, qual seria? E no papel de género feminino, qual seria?

7. Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência provoca profundas mudanças e adaptações que influenciam a vivência do adolescente. A gravidez nesta fase da vida, constitui um problema de saúde com implicações psicossociais na adolescente, no seu filho e na sua família.

Normalmente, uma gravidez na adolescência gera mais complicações que numa mulher adulto, visto que, na maioria das vezes há um atraso no acesso as consultas de vigilância pré-natal devido à adolescente ignorar, negar ou esconder a sua nova condição. Ao atrasar a vigilância nestas consultas e ao negar a sua condição, acarreta riscos para a sua própria saúde e também para o ser que traz dentro de si, contribuindo para o aumento de complicações medicas. (Dias & Pereira, 2010)

Atividade I - E tu? O que fazias?

Objetivos da atividade: Discutir a gravidez na adolescência; debater sobre as diferentes perspectivas dos colegas sobre gravidez na adolescência.

- **Duração previsível** :45 minutos
- **Recursos necessários:** fichas
- **Execução da atividade:**

1. Pedir aos alunos para formarem grupos de pares, e distribuir a ficha nº1;
2. Explicar a atividade e apresentar as frases chaves para a execução da mesma: “Imagina que estás grávida” ou “Imagina que a tua companheira está grávida”;

3. nos grupos de pares um dos alunos deve imaginar-se nesta situação enquanto o outro tenta argumentar com prós e contras a sua situação, com base nos tópicos sugeridos na ficha;

4. No final da discussão em grupos, divide-se a turma em 2 grupos: os que se imaginaram a passar por esta situação, e do outro, os que argumentaram todas as suas possibilidades

5. Perceber com os alunos, quais as dificuldades sentidas dos dois lados e discutir em grupo as implicações da gravidez adolescente.

Ficha 1 - E tu? O que fazias?

“Imagina que estás grávida” ou “Imagina que a tua companheira está grávida...”

1. O que vais fazer? Sabes quais são as tuas opções?
2. Como é que vais continuar os estudos?
3. Como é que vais conseguir sustentar o bebé?
4. Onde é que vais viver?
5. Qual é a posição da mãe/pai do bebé?
6. Qual é a opinião dos teus pais? E se eles não te quiserem ajudar? E se eles quiserem tomar decisões por ti?
7. Pensaste em interromper a gravidez/propor à tua companheira que interrompa a gravidez?
8. Pensaste em entregar o bebé para adoção/propor à tua companheira que entregue o bebé para adoção?
9. Quais as dificuldades que pensas vir a encontrar?

8. Caixa Mistério

Ao realizarmos as sessões de educação para a saúde com base nas dúvidas expostas pelos alunos, direcionamos para as necessidades sentidas nos alunos.

Esta atividade poderia ser realizada pelos enfermeiros da saúde escolar ou pelos professores 1 vez por cada período escolar. Assim seria possível modificar sempre a sessão de educação para a saúde e direcionando para as necessidades sentidas.

O objetivo desta atividade é esclarecer as dúvidas no âmbito da sexualidade e afetos que os alunos apresentem, de forma a promover a saúde individual e coletiva.

- **Duração previsível** :45 minutos
- **Recursos necessários**: caixa mistério
- **Execução da atividade**:

1ª parte:

- Colocação da “Caixa Mistério” no Gabinete de Apoio ao Aluno(GAA), e explicação prévia a todos os alunos do que se pretende: que os alunos exponham, de forma anônima, uma ou mais dúvidas, relacionadas com o tema sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez não planejada na adolescência;
- coloquem essas dúvidas em papel e dentro da caixa, identificando somente a turma a que pertencem.

2ª parte:

- A equipa da saúde escolar recolhe a “caixa mistério”, e faz a leitura e análise das questões colocadas pelos alunos;
- Preparação da sessão de educação para a saúde com base nas dúvidas colocadas em cada turma
- Realização de uma sessão de educação de forma a promover a vivência de uma sexualidade saudável e consciente com base nos afetos
- Realização de um questionário de satisfação aplicado aos alunos em relação à sessão.

Referências bibliográficas

- Dias, A., & Pereira, I. (setembro de 2010). Prevenção da gravidez na Adolescência: Educação sexual em contexto escolar. *Nursing*. Obtido de http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3572-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-educacao-sexual-em-contexto-escolar#.Worxi6hl_IU
- Frade, A., Marques, A., Alverca, S., & Vilar, D. (2009). *Educação Sexual na Escola - guia para professores, formadores e educadores* (6ª Edição ed.). Lisboa. Obtido em maio de 2017, de <https://educacaosexualidade.files.wordpress.com/2011/12/educac3a7c3a3o-sexual-na-escola-guia-para-professores-formadores-e-educadores.pdf>
- Luís, M. d., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (s.d.). *Guião PRESSE. Formação para Professores*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Obtido em dezembro de 2017, de <http://aeja.pt/ficheiros/d3303526MtvRUOBfb.pdf>
- Vilar, D., & Souto, E. (2008). *A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional*. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Obtido em 2017, de http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2017/referencial_educacao_sexual_2008.pdf

APÊNDICE 1 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está correto ou claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

Título do estudo: Educar para a sexualidade e afetos na adolescência

Enquadramento: O meu nome é Vânia Costa, sou enfermeira e encontro-me a frequentar um Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade de Évora. O meu estágio curricular é na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) D'Alagoa, que tem como docente orientador o professor Edgar Canais e como enfermeira Orientadora Anabela Simões. Para a conclusão desta etapa académica, foi-me proposto a elaboração de um projeto de intervenção na comunidade, na área da educação sexual e afetos junto das turmas do 9º ano.

Explicação do estudo:

É na escola que os adolescentes passam grande parte do seu tempo, pelo que a educação sexual em meio escolar funciona como veículo para a promoção e educação para a saúde através do desenvolvimento de competências que permitam escolhas seguras e informada sobre a sexualidade, assim como melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais e também através da redução das consequências negativas dos comportamentos sexuais como a gravidez não planeada e infeções sexualmente transmissíveis

Este projeto de intervenção comunitária é composto por várias sessões de educação para a saúde, que visam a promoção e educação para a saúde nos adolescentes do 9º ano de uma escola secundária. Pretende-se com este projeto: contribuir para a aquisição de conhecimentos a nível de uma sexualidade saudável com vista a uma diminuição de comportamentos de risco; contribuir para a diminuição do número de gravidezes na adolescência; contribuir para o aumento do número das consultas de planeamento familiar nestes adolescentes.

Condições e financiamento: A sua participação e a do seu educando é totalmente voluntária sem prejuízo para ambos. Este projeto foi aprovado pelo conselho pedagógico da ESPAMOL e este estágio foi previamente aprovado pela ARS do Barlavento e UCC D'Alagoa.

Confidencialidade e anonimato:

A sua autorização para a participação é de grande importância e restringe-se somente à contribuição da educação para a saúde e desenvolvimento de competências dos seus

¹ https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf

²² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**APÊNDICE 2 - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

**APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IPPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

A tua opinião sobre esta Sessão de Educação para a Saúde, em que acabaste de participar é muito importante para que possamos:

- Aferir se correspondemos às tuas expetativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões!

Como classificas?

	1.Insatisfeito	2.Pouco satisfeito	3.Satisfeito	4.Muito satisfeito	5.Extremamente satisfeito
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como te sentiste durante a sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade dos temas abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como os temas foram abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclarecimento de dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sessão correspondeu às tuas expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grau de satisfação em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões:

Obrigada pela tua Atenção!

APÊNDICE 3- Sessão sobre métodos contraceptivos e Questionários de avaliação de conhecimentos adquiridos

Sessão em formato digital

APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA




O QUE SÃO MÉTODOS CONTRACETIVOS?

Os métodos contraceptivos ajudam a prevenir uma gravidez não desejada e permitem a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.

Como escolher o método contraceptivo?

- É eficaz?
- Está adequada ao meu estilo de vida?
- É reversível?
- É acessível?
- Existem riscos para a saúde?



Consultas de Planeamento Familiar



MÉTODOS CONTRACETIVOS

Métodos Contracetivos	Tipos
Naturais	Calendário Cofre interrompido
Barreira	Preservativo
Hormonal	Pílula Anel vaginal Implante
Não hormonal	Dispositivo intrauterino
Cirúrgicos	Ligadura de trompas Vasectomia






MÉTODOS CONTRACETIVOS - BARREIRA

Preservativo

É o único método que, para além da gravidez, também, Previne doenças sexualmente transmissíveis!!!!

MÉTODOS CONTRACETIVOS - BARREIRA



* Atua como barreira, impedindo que os espermatozoides entrem na vagina e atinjam o óvulo, fecundando-o e dando origem a uma gravidez

Depois da abstinência, o uso consistente e correto dos preservativos continua a ser a melhor forma de minimizar o risco de infeções!

PARA O USO DO PRESERVATIVO SER ALTAMENTE EFICAZ, DEVEM SEGUIR-SE ALGUMAS REGRAS ...

- * guardar os preservativos num local fresco e seco e usá-los dentro do prazo de validade;
- * O preservativo é de uso único;
- * não utilizar lubrificantes que não sejam à base de água;
- * o pénis deve ser retirado da vagina imediatamente após o ato sexual;
- * Verificar no final da relação sexual se houve rotura do preservativo.




Usar sempre preservativos de boa qualidade !!!



PRESERVATIVO




O uso correto do preservativo proporciona inúmeras vantagens:

- ✓ É um método simples e sem efeitos colaterais
- ✓ Protege os parceiros sexuais do risco de doenças sexualmente transmissíveis
- ✓ Obtêm-se facilmente (venda livre) e o seu preço é acessível
- ✓ A sua utilização não implica exame médico prévio



Ainda existe quem pense que a utilização do preservativo é incomoda, aborrecida, pouco romântica e que retira parte do prazer.....


Existem vários fabricantes de preservativos ...



De vários tamanhos, cores, formas e sabores...

São Preconcebidos!

PODEMOS UTILIZAR O PRESERVATIVO JUNTAMENTE COM OUTRO CONTRACETIVO ???



O preservativo pode e deve ser utilizado em simultâneo com outro contracetivo

↓


Dupla proteção

MÉTODOS HORMONAIS
Pílula

- É UM MÉTODO CONTRACETIVO MUITO EFICAZ.
- GRAU DE EFICÁCIA 99% (SE FOR TOMADA CORRETAMENTE).
- CADA COMPRIMIDO CONTÉM HORMONAS SINTÉTICAS SEMELHANTES ÀS QUE SÃO PRODUZIDAS PELOS OVÁRIOS DAS MULHERES, O ESTROGÉNIO E A PROGESTERONA.



MÉTODOS HORMONAIS – PÍLULA



As hormonas libertadas fazem com que os ovários fiquem em repouso e, por isso, **inibem as ovulações**.

Assim, a mulher que toma a pílula, **não tem período fértil**, pelo que não engravida.

* A PÍLULA APRESENTA AS SEGUINTE VANTAGENS:

- ✓ Quando a toma da pílula é suspensa os ovários voltam à função normal;
- ✓ Regula o ciclo menstrual, diminui o fluxo menstrual;
- ✓ Melhora a tensão pré-menstrual e a dores menstruais
- ✓ Não afeta a fertilidade:

MÉTODOS HORMONAIS - PÍLULA



DESVANTAGENS

- * TOMA DIÁRIA, EXIGE DISCIPLINA PARA SER TOMADA SEM ESQUECIMENTOS
- * A TOMA DE ANTIBIÓTICOS PODE INIBIR A SUA AÇÃO

✓ A pílula deve ser tomada sempre à mesma hora, sem esquecer.

✓ Deve criar uma rotina na toma da pílula

Não evita infeções sexualmente transmissíveis

A PÍLULA E...

- ☐ Outros medicamentos
- ☐ Vômitos e diarreia
- ☐ Os esquecimentos



Sexualidade
na Linha
800 222 003
Gratuito, seguro e confidencial

MÉTODOS HORMONAIS – ANEL VAGINAL

- É um anel de plástico transparente e maleável de cerca de 3 cm de diâmetro que se implanta na vagina durante **21 dias** seguindo-se 1 **semana de pausa**
- Com o anel liberta diariamente, hormonas derivadas do **estrogénio** e da **progesterona**, através das paredes da vagina para a corrente sanguínea.
- Atua **inibindo a ovulação**, isto é, impede que os óvulos se libertem dos ovários




MÉTODOS HORMONAIS – ANEL VAGINAL

• Desde que esteja bem colocado na vagina é um método eficaz, desde que esteja bem colocado na vagina

Pode ser colocado:

- no primeiro dia da menstruação - a eficácia contraceptiva é imediata e não é necessário usar um método contraceptivo adicional; ou
- no dia em que deseja usar este método - a eficácia contraceptiva não é imediata e deve usar um método contraceptivo adicional (por exemplo preservativo).




E se esquecer de tirar o anel??

MÉTODOS HORMONAIS – ANEL VAGINAL

Vantagens

- É fácil de usar;
- É de uso mensal;
- Ao contrário da pílula, as hormonas não necessitam de ser absorvidas pelo aparelho digestivo, permitindo que a eficácia deste método não seja posta em causa, em caso de vômitos ou diarreia;
- Controle de ciclo menstrual e alívio das dores menstruais;
- É um método reversível;
- É possível fazer o exame ginecológico sem retirar o anel.




Não evita infeções sexualmente transmissíveis

MÉTODOS HORMONAIS - ADESIVO

- O adesivo transdérmico é um método contraceptivo hormonal de uso semanal.
- É um adesivo fino, cor da pele, quadrado, confortável e fácil de aplicar.
- É constituído por hormonas (estrogénio e progestagénio) que são libertadas diariamente através da pele para a corrente sanguínea.

Onde se pode aplicar o adesivo contraceptivo?

- na parte de fora do **braço**; nas **costas**; no **abdome**; na **nádeg**.





MÉTODOS HORMONAIS - ADESIVO

Que cuidados se deve ter?

- a pele deverá estar limpa, seca e sem pelo;
- aplique só um adesivo de cada vez (retirando o usado antes de aplicar o novo);
- deve ser firmemente pressionado contra a pele até as extremidades aderirem bem;
- não utilizar cremes, óleos, talo poderá fazer com que o adesivo se descole.

Qual o nível de eficácia?

- estima-se que a taxa de eficácia se aproxime dos 99%.



MÉTODOS HORMONAIS – ADESIVO

VANTAGENS


- * é de uso semanal
- * é fácil de usar
- * ao contrário da pílula, as hormonas não necessitam de ser absorvidas pelo aparelho digestivo
- * normalmente torna as hemorragias regulares, mais curtas e menos dolorosas;
- * é um método reversível.

DESVANTAGENS

- * Pode-se descolar da pele

Não evita infeções sexualmente transmissíveis

MÉTODOS HORMONAIS – IMPLANTE



- * trata-se de um bastonete com 4 cm de comprimento que contém apenas a hormona -progestagénio que é libertado lentamente e o seu efeito contraceptivo prolonga-se por 3 anos.
- * o implante é inserido através de uma pequena intervenção cirúrgica, por via subcutânea na zona interna do braço.
- * Eficácia superior a 99%

MÉTODOS HORMONAIS – IMPLANTE

VANTAGENS

- é um método adequado para quem pretende um efeito de longa duração e de elevada eficácia;
- não interfere com a relação sexual e não requer a toma diária;
- não requer precauções adicionais em caso de vômitos e diarreia;
- não interfere com a amamentação;
- uma vez que **não contém estrogénios**, é uma alternativa benéfica nas mulheres com intolerância ou contraindicadas em contraceptivos que contêm estas hormonas;
- recomendado também para mulheres que nunca tenham tido filhos.

DESVANTAGENS

- Método dispendioso

Não evita infeções sexualmente transmissíveis


MÉTODOS CONTRACETIVOS NÃO HORMONAL

Dispositivo intrauterino (DIU)

- É um pequeno dispositivo, normalmente em forma de "Y", que é introduzido na cavidade uterina.
- A colocação (e remoção) é feita por um médico. É um procedimento simples e indolor.



DIU



VANTAGENS

- * muito eficaz e reversível.
- * forma de contraceção de longa duração.
- * o nível de eficácia do DIU é muito elevado (99%).

DESVANTAGENS

- * não é recomendado na presença de suspeita de gravidez, cancro no útero/trompas, malformações e anemia
- * aumenta a possibilidade de inflamações no útero

Não evita infeções sexualmente transmissíveis


MÉTODOS CIRÚRGICOS

Não recomendada a adolescentes

São formas de contraceção permanentes e definitivas, pelo que devem ser escolhidas apenas quando se está segura que não se quer ter mais filhos.

* CONSISTE NA INTERRUPTÃO DAS TROMPAS, IMPEDINDO A FECUNDAÇÃO DO ÓVULO PELOS ESPERMATOZÓIDES.

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS



Vantagens:

- Não precisa mais de utilizar outro contraceptivo para não engravidar
- Eficácia a 100%

Desvantagens:

- É uma cirurgia que acarreta sempre riscos
- Definitiva e irreversível

Não evita infeções sexualmente transmissíveis

MÉTODOS CIRÚRGICOS

VASECTOMIA Consiste na interrupção do canal deferente, que "leva" os espermatozoides dos testículos para o pênis.

Não interrompe a ejaculação!


Vantagens:

- Não há necessidade de uso de outro contraceptivo
- Não altera o desempenho sexual

Desvantagens:

É uma cirurgia que acarreta sempre riscos *(não é reversível)*

Não evita infecções sexualmente transmissíveis




O diagrama ilustra a anatomia masculina relacionada à vasectomia, mostrando o testículo, o canal deferente e o uretra. Um círculo ampliado mostra o canal deferente sendo cortado e ligado, impedindo a passagem dos espermatozoides.


E SE OCORRER UMA RELAÇÃO SEXUAL NÃO PROTEGIDA...?

Haverá ainda algo a fazer que impeça uma gravidez?

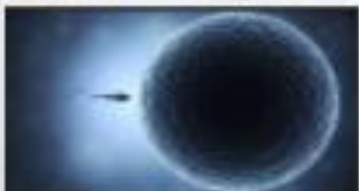
Contraceção de Emergência



PERIGO



PERIGO



A imagem mostra um microscópio de uma célula, com um pequeno objeto pontiagudo (possivelmente um espermatozoide) se aproximando de uma célula maior e mais arredondada.

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA


A pílula contraceptiva de emergência, é um método hormonal, também conhecida por "Pílula do Dia Seguinte"

- É um método para prevenir a gravidez, que pode ser utilizado até 72/120 horas após relações sexuais consideradas desprotegidas:
 - Quando não foi utilizado qualquer método contraceptivo;
 - Quando ocorre falha do método utilizado ou uso incorreto de mesmo;
 - Em situações de violação.

Quanto mais rápido a tomar, maior é a eficácia.
O ideal é que seja tomada nas primeiras 24 horas

Como Atua?

- Bloqueia ou atrasa a ovulação
- Impede a fertilização
- Impede a nidacão



"PILULA DO DIA SEGUINTE"

ESTE MÉTODO CONTRACETIVO DEVE SER USADO APENAS EM ÚLTIMO RECURSO !!

- ◆ A dose hormonal destas pílulas é muito maior que a de uma pílula normal
- ◆ Pode ser adquirida sem receita médica
- ◆ Não é um método abortivo
- ◆ É sempre importante fazer um teste de gravidez (à urina, 3 semanas depois da relação sexual desprotegida)
- ◆ A menstruação/hemorragia, após a toma da CE, pode antecipar-se ou atrasar-se.

E SE OCORRER UMA RELAÇÃO SEXUAL NÃO PROTEGIDA...?

“ HAVERÁ ALGO QUE IMPEÇA UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL ???

Não...




Basta uma vez!!!

A EFICÁCIA DOS MÉTODOS CONTRACETIVOS

Todos os métodos contraceptivos são eficazes, o seu sucesso depende da toma e/ou do manuseamento correto e adequado

Nos Centros de Saúde há consultas médicas de Planeamento Familiar onde são fornecidos conselhos sobre a escolha do melhor método




Não existe um método contraceptivo perfeito, que seja bom para todas as mulheres e para todos os homens, para todas as idades ou todas as situações.

De quem é a responsabilidade da escolha e utilização dos métodos contraceptivos ?




Numa relação a dois... a RESPONSABILIDADE é também a dois !

Prevenir -- para não ter de remediar !



ESCLARECER DÚVIDAS...



Sexualidade na Linha 800 222 003
Linha gratuita, confidencial e anónima
de 9h00 às 19h00 de segunda a sexta-feira

Das 10h às 19h00 de 1900
Sábados das 10h00 às 19h00
GRATUITA, CONFIDENCIAL, ANÓNIMA

INTERNET:

- * SITE DO PORTAL DA JUVENTUDE
- * SITE DA ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

PODES TER CONSULTAS GRATUITAS:

- * CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR NOS CENTROS DE SAÚDE
- * NOS GABINETES DE SAÚDE JUVENIL DO INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E DA JUVENTUDE, I.P. (IPDJ).





Ficha de verificação de conhecimentos após a Sessão de Educação para a Saúde sobre Métodos contraceptivos

55

Feminino Masculino

Relativamente aos métodos contraceptivos, classifique as seguintes afirmações de V (verdadeiro) ou F (falso).

- a) O coito interrompido é um método pouco eficaz de prevenção de uma gravidez não desejada.
- b) A *pílula do dia seguinte* não deve ser usada como método contraceptivo.
- c) A *pílula do dia seguinte* pode causar efeitos secundários como: náuseas, vômitos.
- d) As *pílulas do dia seguinte* precisam de receita médica.
- e) O anel vaginal provoca incómodo as relações sexuais.
- f) O anel vaginal deve permanecer na vagina durante 21 dias. neste dia a mulher deve retirar e segue-se um intervalo de 1 semana.
- g) A responsabilidade de usar contraceptivos é só da mulher, porque é ela que engravida.
- h) A *pílula* afeta a fertilidade.
- i) O preservativo é o único método que, para além da gravidez, também, previne doenças sexualmente transmissíveis.
- j) A *pílula* regula o ciclo menstrual, diminui o fluxo menstrual, melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorria.
- k) Os métodos contraceptivos naturais (ex. o coito interrompido e os métodos do calendário, da temperatura e do muco cervical, são desaconselhados a serem utilizados pelos adolescentes.
- l) O adesivo não pode aplicado em qualquer parte do corpo feminino.
- m) Se o adesivo se descolar, e se houver relações sexuais, há risco de ficar grávida.
- n) As consultas do planeamento familiar são gratuitas.

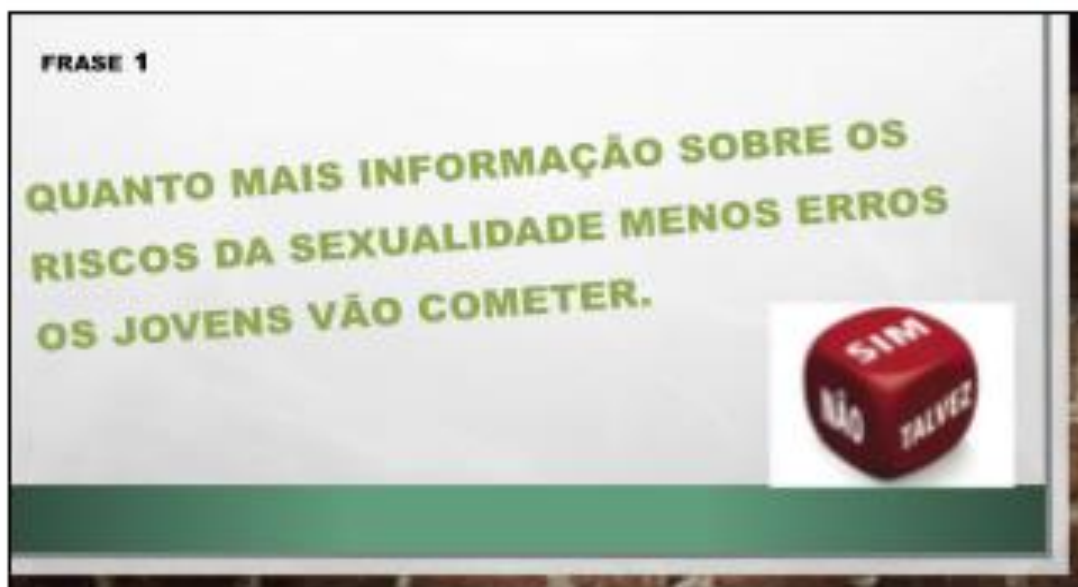
Obrigada pela tua colaboração!!

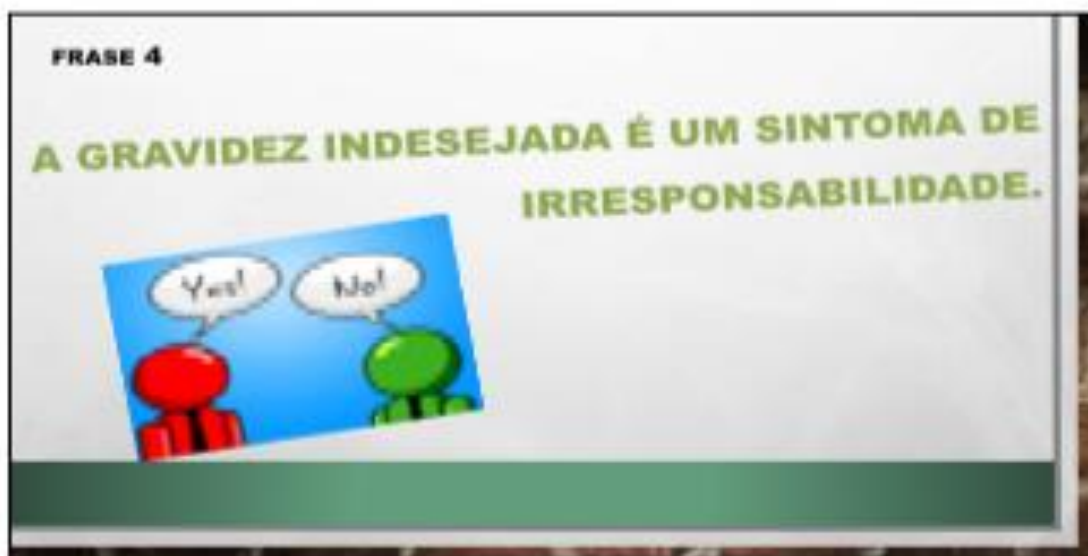
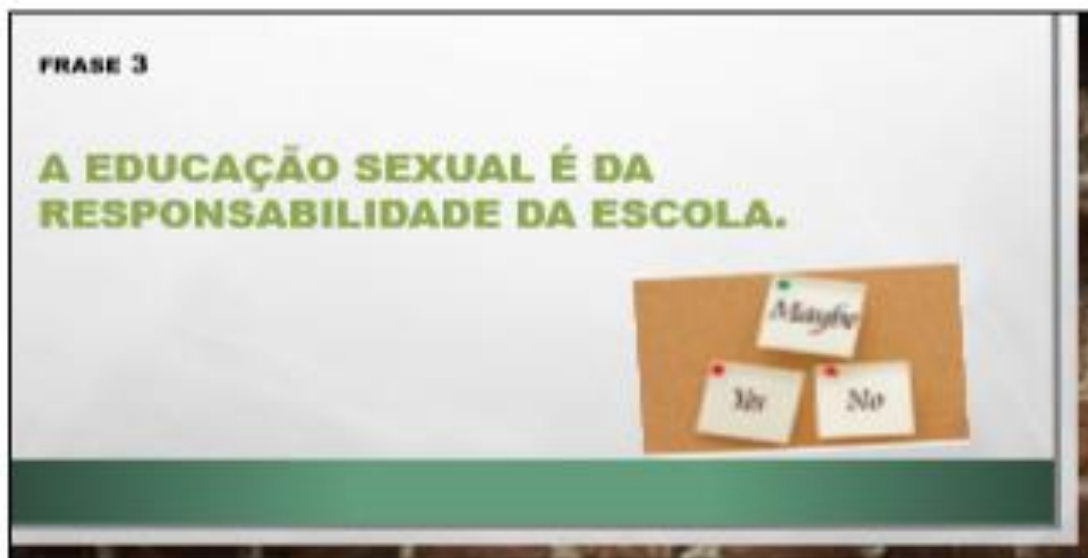
APÊNDICE 4 – Sessão Barômetro de Atitudes

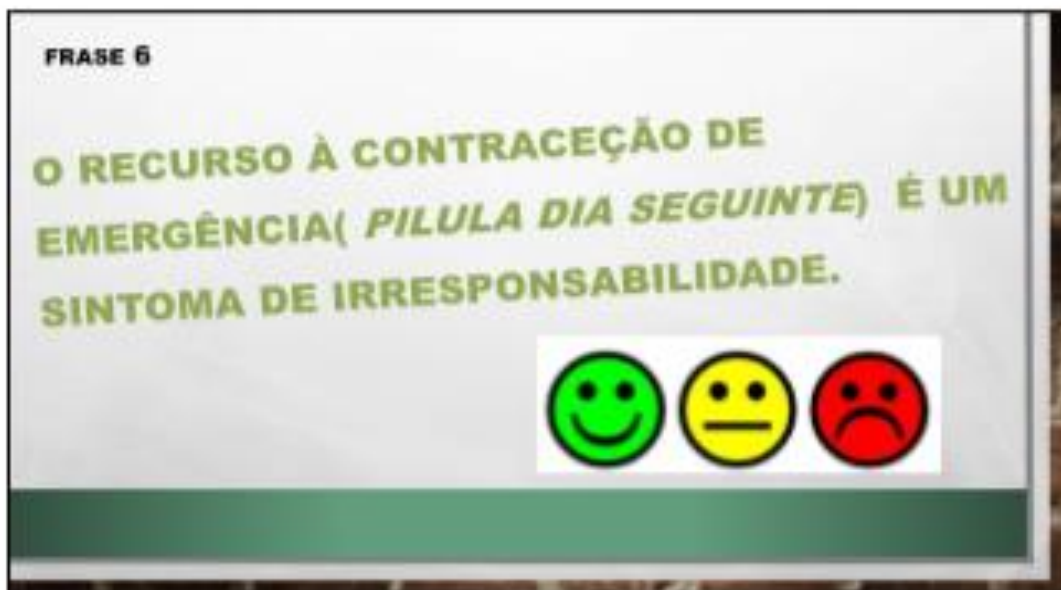
Sessão em formato digital

APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA











CASO 1

O SAMUEL QUER COMPRAR UMA BONECA PARA O ANIVERSÁRIO DO SEU SOBRINHO, MAS O SEU AMIGO JOSÉ DIZ "NEM PENSES NISSO!"

O SAMUEL EXPLICA-LHE QUE A BONECA PODERÁ AJUDAR O SOBRINHO A TOMAR CONTA DE ALGUÉM E A SER CARINHOSO, MAS O JOSÉ ARGUMENTA QUE APENAS FARÁ COM QUE O MIÚDO FIQUE UM MARIQUINHAS!!!

O SAMUEL SABE QUE TEM RAZÃO MAS FICA PREOCUPADO COM O QUE O JOSÉ PODERÁ CONTAR AOS SEUS AMIGOS.

• QUE DEVE O SAMUEL FAZER?

FRASE 9

**A LEI DEVIA REPRIMIR FORTEMENTE OS
COMPORTAMENTOS HOMOSSEXUAIS.**





Tens Dúvidas sobre sexualidade?

Queres ter essas dúvidas esclarecidas?

Sexualidade
em Linha
800 222 003

Gratuito, confidencial e anónimo
IPSI - Instituto Português de Segurança e Saúde

Gratuita, Confidencial, Anónima

Das 9h às 17h30
Sábados das 10h30 às 17h30

Sexualidade em Linha
800 222 003
Gratuito, confidencial e anónimo
IPSS - Instituto Português de Segurança e Juventude

LEMBREM-SE QUE NÃO ESTÃO SOZINHOS ...

Dias úteis das 10H00 às 17H00
Sábados das 10H00 às 17H00

GRATUITA, CONFIDENCIAL, ANÓNIMA

NÃO ESTÃO SOZINHOS ...

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE 5 – Registo das atividades realizadas nas turmas

APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA



Equipa saúde escolar

Registo das atividades de educação sexual e afetos realizadas em cada turma por ano letivo

		ANOS LETIVOS					
		17/18		18/19		19/20	
9º ano Turma __	1º período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
9º ano Turma __	1º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
9º ano Turma __	1º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___



Equipa saúde escolar

Registo das atividades de educação sexual e afetos realizadas em cada turma por ano letivo

		ANOS LETIVOS					
		20/21		21/22		22/23	
9º ano Turma __	1º período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
9º ano Turma __	1º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
9º ano Turma __	1º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	2º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	3º Período	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

APÊNDICE 6 – Panfletos para colocar na escola

APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA

Tens Dúvidas sobre sexualidade?
Queres ter essas dúvidas esclarecidas ?



Sexualidade em Linha
800 222 003
Gratuita, anónima e confidencial
IPDJ - Instituto Português do Desporto e Juventude
APF - Associação para o Planeamento da Família

Dias úteis das 11H00 às 19H00
Sábados das 10H00 às 17H00

GRATUITA, CONFIDENCIAL, ANÓNIMA

ESCLARECER DÚVIDAS...



Sexualidade em Linha
800 222 003
Gratuita, anónima e confidencial
IPDJ - Instituto Português do Desporto e Juventude
APF - Associação para o Planeamento da Família

Dias úteis das 11H00 às 19H00
Sábados das 10H00 às 17H00

GRATUITA, CONFIDENCIAL, ANÓNIMA

INTERNET:

- SITE DO PORTAL DA JUVENTUDE
- SITE DA ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

PODES TER CONSULTAS GRATUITAS:

- CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR NOS CENTROS DE SAÚDE
- NOS **GABINETES DE SAÚDE JUVENIL** DO INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E DA JUVENTUDE, I.P. (IPDJ);

APÊNDICE 7– Sessão planeamento familiar

APÊNDICE REFERENTE AO DOSSIER DE ATIVIDADES PARA 9º ANO NA ÁREA DA
EDUCAÇÃO SEXUAL E AFETOS NA UCC D'ALAGOA



CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMÍLIA

O PLANEAMENTO FAMILIAR É UMA FORMA DE ASSEGURAR QUE AS PESSOAS TÊM ACESSO

- A INFORMAÇÃO
- A MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO EFICAZES E SEGUROS
- A SERVIÇOS DE SAÚDE QUE CONTRIBUÍM PARA A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DE FORMA SEGURA E SAUDÁVEL.

A PRÁTICA DO PLANEAMENTO FAMILIAR PERMITE QUE HOMENS E MULHERES DECIDAM SE QUEREM OU NÃO TER FILHOS E QUANDO O QUEREM

An illustration of a young man and woman. The woman has blonde hair and is wearing a pink top. The man has spiky purple hair and is wearing a light blue long-sleeved shirt. They are both holding contraceptive devices, with the man holding a condom and the woman holding a pill pack.

OBJETIVOS DO PLANEAMENTO FAMILIAR

- PROMOVER A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DE FORMA SAUDÁVEL E SEGURA;
- INFORMAR E ACONSELHAR SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA;
- REDUZIR A MORTALIDADE E A MORBIDADE MATERNA, PERINATAL E INFANTIL;
- PERMITIR AO CASAL DECIDIR QUANTOS FILHOS QUER, SE OS QUER E QUANDO QUER, OU SEJA, PLANEAR A SUA FAMÍLIA;
- PREPARAR E PROMOVER UMA MATERNIDADE E PATERNIDADE RESPONSÁVEL;
- REDUZIR A INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)



A CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR É GRATUITA?

- SIM, A CONSULTA É GRATUITA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS.

Onde posso marcar uma consulta de planeamento familiar?

No centro de saúde da zona de residência ou em qualquer outro que tenha gabinete de atendimento, bem como em alguns hospitais e maternidades.



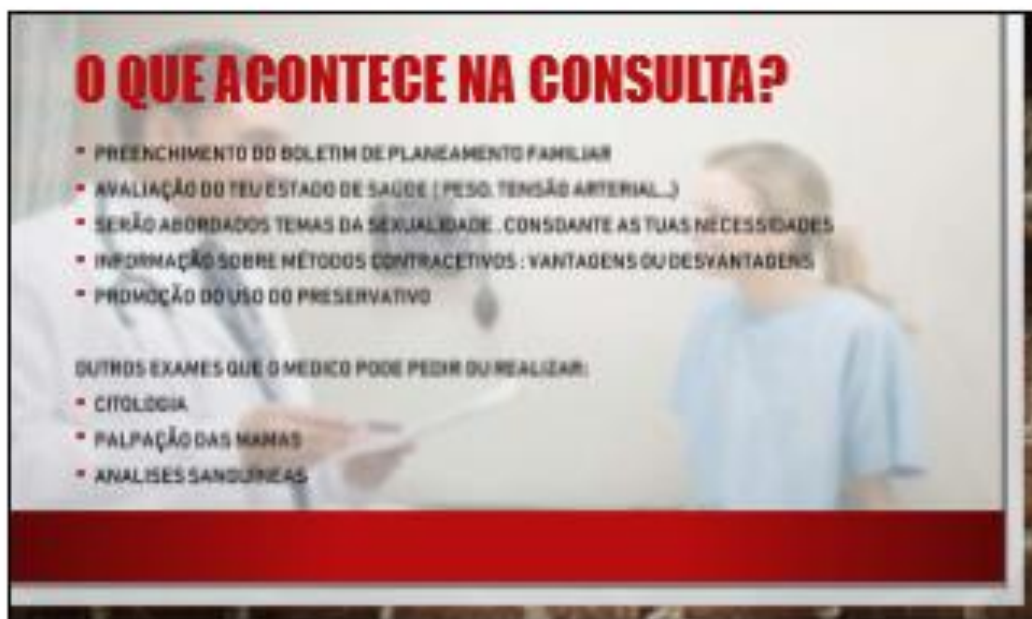
QUANDO DEVO MARCAR CONSULTA? COM QUE IDADE? EM QUE SITUAÇÕES?

- ACONSELHA-SE A 1ª CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR NO INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA.
- PODES FALAR COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TODAS AS ALTERAÇÕES QUE ESTÃO A ACONTECER NO CORPO... **É CONFIDENCIAL!**
- PODES E DEVES VIR AO PLANEAMENTO FAMILIAR **ANTES** DA TUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL.
- NÃO EXISTE IDADE ESPECÍFICA PARA A 1ª CONSULTA, DEVES IR QUANDO TE SENTIRES PREPARADO/A, OU QUANDO PRECISAS DE AJUDA.
- PODES IR SOZINHO, COM OS TEUS PAIS OU AMIGOS.

O QUE TENHO DE FAZER PARA MARCAR CONSULTA?

- IR À TUA UNIDADE DE SAÚDE
- LEVAR O TEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
- DIRIGE-TE À SECÇÃO ADMINISTRATIVA E EXPLICA QUE QUERES MARCAR UMA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR
- PODES PERBUNTAR QUAL É O MÉDICO

Os jovens têm ainda ao seu dispor os serviços dos Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil ou Centros de Atendimento a Jovens (CAJ) das Delegações Regionais do Instituto Português da Juventude



O QUE ACONTECE NA CONSULTA?

- PREENCHIMENTO DO BOLETIM DE PLANEAMENTO FAMILIAR
- AVALIAÇÃO DO TEU ESTADO DE SAÚDE (PESO, TENSÃO ARTERIAL...)
- SERÃO ABORDADOS TEMAS DA SEXUALIDADE, CONSDANTE AS TUAS NECESSIDADES
- INFORMAÇÃO SOBRE MÉTODOS CONTRACETIVOS: VANTAGENS OU DESVANTAGENS
- PROMOÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO

OUTROS EXAMES QUE O MÉDICO PODE PEDIR OU REALIZAR:

- CITOLÓGICA
- PALPAÇÃO DAS MAMAS
- ANÁLISES SANGÜÍNEAS



SUGESTÕES....

SE NÃO QUERIAS UMA GRAVÍDIZ, NÃO TERIAS RELAÇÕES SEXUAIS NÃO PROTEGIDAS.
USA SEMPRE UM MÉTODO CONTRACETIVO.

TRAZ ANTES DE IR AO SEU MÉDICO DE FAMÍLIA, GINECOLOGISTA OU ESPECIALISTE DE PLANEAMENTO FAMILIAR, MAS PRÓPRIO.

SE ESTÁ A TOMAR MEDICAMENTOS E A USAR A PÍLULA, INFORMA-TE JUNTO DO SEU MÉDICO DE FAMÍLIA OU DO SEU FARMACÊUTICO, SE O MEDICAMENTO PODE INTERFERIR COM A EFICÁCIA DO MÉTODO.

NÃO HÁ A PENA ESPERAR QUE NÃO ACONTEÇA NADA... SE TEM UNS DIAS DE ATRASO, NÃO INTERROMPA A UTILIZAÇÃO DO CONTRACETIVO E FAÇA BASTANTE UM TESTE DE GRAVÍDIZ.

SE É HOMEM... NÃO DEVE PENA AS MULHERES UMA RESPOSTA PORQUE BASTA TAMBÉM É SIM.





FIM DO DOSSIER

Apêndices IV - Consentimento informado aos encarregados de educação

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Declaração de consentimento informado

O meu nome é Vânia Filipa Amado Costa, sou enfermeira e encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) D'Alagoa, para elaborar um relatório de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade de Évora, e venho por este meio solicitar a participação do seu educando no projeto de intervenção comunitária “Educar para a sexualidade e afetos na adolescência”.

A sua autorização para a participação é de grande importância e restringe-se somente à contribuição da educação para a saúde e desenvolvimento de competências dos educandos. Gostaria de saber se não se opõe a colaborar neste projeto. A participação é voluntária, pelo que a poderá interromper a qualquer momento.

Caso se oponha a participação do seu educando assinale com x em “Não autorizo” e assine, e devolva no prazo de 3 dias

Muito Obrigado pela sua colaboração

Vânia Costa

.....

Tomei conhecimento

Assinatura Encarregado de Educação _____

Autorizo

Não Autorizo

Apêndices V - Registo das atividades de educação sexual e afetos realizadas em cada turma por ano letivo



Equipa saúde escolar

Registo das atividades de educação sexual e afetos realizadas em cada turma por ano letivo

		ANOS LETIVOS					
		17/18		18/19		19/20	
9º ano Turma __	1º período	///	///	///	///	///	///
	2º período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///
9º ano Turma __	1º Período	///	///	///	///	///	///
	2º Período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///
9º ano Turma __	1º Período	///	///	///	///	///	///
	2º Período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///



Equipa saúde escolar

Registo das atividades de educação sexual e afetos realizadas em cada turma por ano letivo

		ANOS LETIVOS					
		20/21		21/22		22/23	
9º ano Turma __	1º período	///	///	///	///	///	///
	2º período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///
9º ano Turma __	1º Período	///	///	///	///	///	///
	2º Período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///
9º ano Turma __	1º Período	///	///	///	///	///	///
	2º Período	///	///	///	///	///	///
	3º Período	///	///	///	///	///	///

Apêndices VI - Cronograma

CRONOGRAMA	2017				2018		
ATIVIDADES	<i>setembro</i>	<i>outubro</i>	<i>novembro</i>	<i>dezembro</i>	<i>janeiro</i>	<i>fevereiro</i>	<i>março</i>
<i>Estágio Final</i>							
Elaboração do projeto de estagio							
Realização de reuniões de orientação com todos os professores Diretores de Turma do 9ºano da escola secundária;							
Realização de reuniões com a Diretora de turma em que vou intervir;							
Elaboração e entrega do consentimento informado aos encarregados de educação para a participação neste projeto;							
Apresentação do projeto de intervenção à turma							
Construção de um dossier temático em suporte digital de atividades para 9º ano na área da educação sexual e afetos para a UCC D'Alagoa: - Planeamento das sessões e elaboração de guiões							
Realização de atividades desse dossier na turma em que vou intervir;							
Realização de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos e da satisfação por atividade realizada;							
Realização de reuniões com a equipa escolar para apresentação do dossier de atividades;							
Execução de reunião com os docentes da escola secundaria para apresentação do dossier e seleccionar as atividades, a desenvolver durante este estagio;							
Implementação das atividades sugeridas no dossier, pela equipa da saúde escolar nas restantes turmas do 9º ano da escola secundaria, e com aplicação dos novos questionários; - Agendar reunião com os professores e com o conselho pedagógico do agrupamento escolar a marcação das atividades no inicio do próximo ano letivo, de forma a cumprir as 2 atividades por período letivo.							
Divulgação do projeto na página da net da ARS, Município e da Escola							
Elaboração do relatório final							
Entrega do relatório final							

Apêndices VII - Questionários de avaliação de satisfação da sessão

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

A tua opinião sobre esta Sessão de Educação para a Saúde, em que acabaste de participar é muito importante para que possamos:

- Aferir se correspondemos às tuas expectativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões!

Como classificas?	1. Insatisfeito	2. Pouco satisfeito	3. Satisfeito	4. Muito satisfeito	5. Extremamente satisfeito
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como te sentiste durante a sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade dos temas abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como os temas foram abordados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclarecimento de dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sessão correspondeu às tuas expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grau de satisfação em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões:

| Educar para a sexualidade e afetos na adolescência