

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ESTRATÉGIAS EM EDUCAÇÃO SEXUAL NOS ADOLESCENTES

Relatório de estágio

Relatório Final de Estágio orientado pela Professora Doutora Ana Paula Cantante e pela Professora

Doutora Manuela Teixeira

Carmen Herráez Gutiérrez

Porto, 2016

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os enfermeiros, professores, tutores, orientadores e colegas do mestrado que fizeram possível minha integração em Portugal em seu sistema educativo e em seu sistema de saúde. Todos eles conseguiram que a decisão de vir para o Porto a estudar a especialidade em Enfermagem Comunitária supôs um crescimento importante no âmbito profissional e pessoal.

A todos muito obrigada.

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional do Norte

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

BSR/PF – Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS - Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DREN – Departamento Regional de Educação do Norte

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

GIAA – Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno

HTA – Hipertensão Arterial

ITS - Infecções de Transmissão Sexual

OBS - Área de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSR – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PRESSE- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

SU – Serviço de Urgências

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UF – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VPH – Vírus do Papiloma Humano

RESUMO

Este relatório é um documento que reúne o planeamento e a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do segundo ciclo de estudos, grau mestre, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, para o desempenho das competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

Está composto por dois capítulos principais onde são narradas as atividades realizadas durante o estágio profissionalizante em diversos níveis de atenção à população e exposto um trabalho de pesquisa no âmbito da promoção da saúde, nomeadamente no campo da educação sexual nos adolescentes.

Para a aquisição de conhecimento em diferentes serviços de Atendimento do Sistema Nacional de Saúde Português, foi estipulada a prestação de cuidados num serviço de urgência pediátrica hospitalar, numa unidade de saúde familiar nas diferentes fases do ciclo da vida e, por último, numa unidade de cuidados à comunidade, nos diferentes projetos abertos durante o período de estágio.

Ao longo do percurso foi possível perceber quais são algumas atitudes e hábitos dos adolescentes no âmbito da sexualidade, o que levantou a curiosidade sobre as estratégias utilizadas na educação sexual e reprodutiva que refletem na assunção de hábitos e condutas saudáveis.

Assim, foi realizado um trabalho de pesquisa com recurso a metodologia de revisão integrativa, através da qual foi possível afirmar que a sexualidade não é uma vivência universal, é conformada de maneira diferente nas várias culturas. Sendo necessário, antes de realizar qualquer intervenção relacionada com a sexualidade, estudar a população alvo e as suas características socioculturais.

Destaca-se a escola como o melhor ambiente para a abordagem de uma sexualidade responsável, sendo úteis as estratégias que levam a cabo uma formação teórica e utilizam dinâmicas participativas. Ainda mais, identifica-se em vários autores as educações para a saúde como meio de desenvolvimento, criando espaços de debate, interação e reflexão entre adolescentes, docentes e pais.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária; Educação sexual- Estratégias- Adolescentes.

ABSTRACT

This report is a document containing the planning and description of developed activities during the second master degree cycle, held in the Escola Superior de Enfermagem do Porto, for the performance of specific skills of nurse specialist in Community Nursing.

It consists of two main chapters which the activities carried out during the traineeship at various levels of care to the population and a research work within health promotion are narrated and exposed, particularly in the field of sex education among adolescents.

For the acquisition of knowledge in different call services of the Portuguese National Health System, the provision of care in a hospital pediatric emergency service was stipulated in a family care unit at the different stages of the cycle of life and, finally, a unit care to the community in different projects opened during the traineeship.

Along the way it was possible to perceive what some attitudes and habits of adolescents in the context of sexuality are, which raised curiosity about the strategies used in sexual and reproductive education who reflect the assumption of healthy habits and behaviors.

It was carried out a research project under the methodology of integrative review, through which it was possible to affirm that sexuality is not a universal experience, is shaped differently in various cultures. It is necessary, before doing any work related to sexuality, study the target population and their socio-cultural characteristics

Highlights the school as the best environment for the development of responsible sexuality, being useful strategies that pursue theoretical training and use participatory dynamics. Moreover, it is identified in several authors workshops as a means of development, creating spaces for debate, interaction and reflection among adolescents, professors and even parents.

Keywords: Skills; Nurse Specialist in Community Nursing; Sexually education- Strategies- Adolescents

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	9
1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS NAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	15
1.1. Desenvolvimento de competências no Serviço de Urgências Pediátricas do Hospital São João.....	16
1.2. Aquisição e desenvolvimento de competências na USF Arca d'Água.....	23
1.3. Desenvolvimento de competências na UCC de Campanha.....	40
2. ESTRATÉGIAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	55
2.1. Introdução.....	56
2.2. Método.....	63
2.3. Resultados.....	68
2.4. Discussão.....	73
2.5. Síntese do conhecimento.....	88
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	101
Anexo 1 – Calendário Vacinal segundo PNV	
Anexo 2 - Folheto sobre alimentação saudável para XXIII Feira da Saúde de Bonfim	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Análise dos artigos selecionados

INTRODUÇÃO

No segundo ciclo de mestrado em Enfermagem Comunitária o regulamento da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) fornece três possibilidades de desenvolvimento do curso: duas opções de realizar uma investigação científica baseada na identificação de necessidades, levantamento de possíveis soluções ou hipóteses e intervenção na população. Esta opção é o trabalho dirigido na dissertação e trabalho de projeto. A terceira opção consiste na realização de um estágio de natureza profissional. Estabelece, mais longe que a vivência desta experiência na prática, a elaboração posterior de um relatório de estágio. Este reúne a estruturação da experiência vivida: serviços e locais propostos, objetivos, descrição das atividades desenvolvidas, utilidade e justificação destas atividades e por último, uma reflexão crítica dos objetivos atingidos ao longo do estágio. Além de realizar estágio, o segundo ciclo de grau de Mestre permite a elaboração de um trabalho de pesquisa da literatura num área de eleição, em base da procura da qualidade nos cuidados e intervenções realizadas no campo de Enfermagem, copilado neste documento.

A título pessoal, a opção da realização de um estágio de natureza profissional justifica-se com a oportunidade de conhecer de uma maneira mais próxima e exaustiva o funcionamento dos diferentes níveis do atendimento no sistema português de saúde. Nomeadamente no campo da promoção da saúde, da prevenção de doenças nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC) e a interligação destas áreas com o atendimento no hospital.

Antes de aprofundar nos objetivos propostos para a realização dos estágios, quero assinalar a base na qual se fundamentam os mesmos. Isto é o regulamento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, o regulamento das competências do enfermeiro especialista em Saúde Familiar, os padrões de qualidade estipulados em cada

especialidade e por último o regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Familiar em Espanha.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) têm definido as competências comuns dos enfermeiros especialistas com o objetivo de prover um enquadramento regulador e possibilitar aos cidadãos o acesso ao que podem esperar do trabalho do enfermeiro.

Estas competências descrevem-se de uma maneira pormenorizada pela OE, no Diário da República, 2ª série- nº 35- no 18 de Fevereiro de 2011, no regulamento nº 126/2011, em quatro artigos, divididos em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais.

Na mesma publicação das competências comuns, no regulamento nº128/2011 (OE, 2011), são traçadas as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública. É importante assinalar neste relatório as seguintes competências:

-Através da metodologia do planeamento em saúde estuda as necessidades da população possibilitando a criação de intervenções com o fim de prover à comunidade de ganhos em saúde.

-Contribui à capacitação da comunidade em habilidades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

-Integra a implementação dos programas do Plano Nacional de Saúde (PNS).

-Coopera na vigilância epidemiológica através da colheita de dados e as técnicas estatísticas de análise e interpretação dos dados, ainda mais incorpora as evidências científicas disponíveis.

Assim o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ter em conta, da mesma maneira que as suas competências, os padrões de qualidade nos seus cuidados, regularizados por os indicadores publicados no Diário da República, 2ª série-nº118, o 19 de Junho de 2015 (OE,2015).

Já conhecidas as competências e os padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, torna-se importante para este relatório deixar constância da importância pessoal do conhecimento das competências e os padrões de qualidade dos enfermeiros especialista em enfermagem em Saúde Familiar, já que estas equipas estão em contacto direto com o indivíduo e a família em todos os processos da vida, nos vários contextos da comunidade.

No Regulamento nº 126/2011 estão estabelecidas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em Saúde Familiar, descritas pela OE (2011) no Diário da República. Estas competências são:

-A família alvo dos cuidados. Reconhece e compreende as diferentes formas de estrutura familiar. Entende a família em seu conjunto e identifica os níveis de saúde de seus membros.

-Presta cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida em todos os tipos de prevenção existentes.

O enfermeiro especialista em enfermagem em Saúde Familiar também tem em conta os padrões de qualidade na execução de seus cuidados, regularizados pelos indicadores publicados no Diário da República, 2ª série-nº124, o 24 de Junho de 2015 (OE, 2015).

Por outro lado, com base nas declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS) o “Ministerio de Sanidad e Política Social” (2010) de Espanha predispõe que o enfermeiro especialista em Enfermagem Familiar e Comunitária deve ter conhecimentos sobre a complexidade das pessoas, famílias e grupos e das interações que se produzem entre eles. Deve ter conhecimento da comunidade na qual trabalha, assim como a disponibilidade dos seus recursos. O enfermeiro especialista deve estar preparado para intervir em órgãos de saúde pública, já que estes influem a saúde das famílias e das pessoas pelas que está composta. Por isso deve participar de maneira ativa na comunidade, no referente aos programas de saúde, nas escolas, nos grupos comunitários culturais, sociais, religiosos, etc. Estabelece-se a ação comunitária como um elemento essencial nos Cuidados de Saúde Primários.

Embora no passado a Espanha não tivesse um programa formativo de especialista em enfermagem comunitária e familiar, o seu desenvolvimento emanou da Declaração de Alma Ata, na década dos anos 80, como um novo modelo de Atenção Primária. Este novo modelo de atenção fixou seus objetivos no planeamento, gestão e prestação dos cuidados de maneira eficiente, dirigido ao indivíduo, família e comunidade, adaptados às necessidades procedentes das mudanças demográficas, sociais e económicos do momento (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

O objetivo principal da enfermeira especialista em Enfermagem Familiar e Comunitária visa cuidados de saúde das pessoas, as famílias e as comunidades ao longo de seu ciclo vital,

inseridas em seu ambiente e seu contexto sociocultural nos diferentes âmbitos da promoção da saúde, da prevenção das doenças, na recuperação e na reabilitação.

A polivalência é uma das características mais destacáveis da enfermeira especialista familiar e comunitária em Espanha. Por isso é importante descrever aqui suas competências (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), para um maior entendimento das atividades realizadas neste segundo ano de mestrado:

-Atenção clínica ao indivíduo, família e comunidade no referente à gestão, planificação e desenvolvimento de cuidados de acordo com suas necessidades e exigências de saúde nos diferentes níveis de atenção ao longo do ciclo de vida (saúde na infância, adolescência, etapa adulta e idosa; saúde sexual, reprodutiva e de gênero; urgências, emergências e catástrofes no âmbito comunitário).

-Atenção comunitária e saúde pública, aquelas relacionadas com o desenho de programas de educação em saúde, vigilância epidemiológica e meio ambiental e controlo da saúde em entornos laborais.

Estas são as competências mais destacadas da atividade profissional da enfermeira especialista em saúde comunitária e saúde familiar em Portugal e Espanha. Assim, foram dirigidas as atividades de estágio em linha com estas atribuições e propostos os seguintes objetivos gerais, desenhados no anteprojeto com o objetivo de aprofundar e complementar os conhecimentos na área de enfermagem comunitária adquiridos no primeiro ano do mestrado:

-Integrar diferentes equipas multidisciplinares de cuidados de saúde integradas no Sistema Nacional de Saúde Português.

-Colaborar na conceção, implementação e avaliação dos cuidados da família.

-Colaborar na prestação de cuidados na comunidade.

-Conhecer os projetos em desenvolvimento na comunidade.

-Realizar uma revisão de literatura sobre um tema relacionado com a promoção da saúde.

Pretende-se ao longo destas práticas clínicas assinalar a importância do contacto com a população para perceber quais são as suas necessidades, interesses e dúvidas e poder levar a cabo intervenções dirigidas ao empoderamento dos utentes na promoção da saúde e na prevenção da doença através de atividades em educação de hábitos saudáveis.

Da mesma maneira, quando os utentes procuram soluções aos problemas mais agudos nos serviços de urgência hospitalar, os profissionais tem acesso a informação valiosa dentro da área da enfermagem comunitária. Por exemplo, nestes serviços é possível que os profissionais ensinem ao utente a identificar as situações que são de urgência, quais são de emergência e quais podem solucionar-se nas unidades de cuidados primários. O discernimento destas diferentes situações formam parte do empoderamento das pessoas na sua saúde. Isto forma parte da inserção do utente na possibilidade de melhorar sua atenção no serviço, através da diminuição dos tempos de espera.

Com este pequeno exemplo é possível mostrar a importância da interligação entre profissionais dos diferentes serviços de saúde para uma completa atenção das pessoas nos temas relacionados com a sua saúde e na melhoria da qualidade de vida. Por esta razão é valorizado a realização de atividades de estágio no hospital no âmbito deste segundo ano de mestrado de enfermagem comunitária.

Assim, neste segundo ciclo é fornecida pela escola a oportunidade de aproximação a uma instituição hospitalar, nomeadamente no serviço de urgência pediátrica. Numa perspetiva pessoal é visto como uma circunstancia excepcional para o crescimento como profissional enfermeiro, já que não tinha estado antes neste serviço.

Por outra parte, nos Serviços de Saúde espanhóis as competências de enfermagem especializadas nos cuidados à comunidade realiza-se através da formação em enfermagem em saúde pública e familiar, o planeamento em saúde de grupos/comunidades é elaborado desde a consulta de atenção primária, não sendo possível uma avaliação tão pormenorizada como é necessário. Por isso é importante assinalar que minha aprendizagem em Portugal como enfermeira especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública é uma mais valia para meu crescimento profissional e pessoal. Isto proporcionará uma visão mais abrangente e integral dos cuidados de prevenção, promoção e educação à comunidade.

1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS NAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.

Este capítulo está dividido em três subpontos, concordantes com os períodos de estágios realizados nos diferentes níveis de cuidados à população. Com o fim de melhorar a compreensão dos serviços realiza-se uma caracterização de cada unidade antes de começar com a descrição das atividades desenvolvidas.

Em todos os módulos são definidos os objetivos propostos, as atividades realizadas, e a seguir são descritas de maneira mais pormenorizada, refletindo sobre os conhecimentos adquiridos.

A escola realizou o desenho de três períodos de práticas clínicas: o primeiro na Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar São João do Porto, inseridas numas práticas observacionais. O resto dentro do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Porto Oriental. Uma parte na USF Arca d'Água e depois na UCC de Campanhã.

1.1. Desenvolvimento de competências no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar São João

Este primeiro período de estágios começou a 26 de Outubro e terminou a 23 de Novembro. Foram estipulados quatro dias por semana, de segunda a quinta, em turno de manhã, desde as 8h até as 14h.

O estágio foi desenvolvido no Serviço de Urgência Pediátrica no Centro Hospitalar São João. Antes de começar a falar das atividades desenvolvidas neste estágio realizaremos uma pequena caracterização do serviço e da sua organização para a correta prestação de cuidados.

Caracterização do serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar São João

O Serviço de Urgência (SU) Pediátrica no Centro Hospitalar São João é o único na cidade do Porto, sendo o ponto de referência da Zona Norte de Portugal. Dá assistência direta à população de Bonfim, Paranhos, Campanhã, Aldoar, Matosinhos e Maia, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

Dá cobertura a todas as crianças até os 18 anos de idade, num acesso livre, direto ou referenciado por outros profissionais.

O SU pediátrica do Centro Hospitalar São João encontra-se estruturado nas seguintes áreas:

-Área de admissão e receção: Situada à entrada do serviço, é o lugar onde é realizado a admissão do doente através de procedimentos administrativos. Perto a esta zona está uma sala de espera para que o doente aguarde a chamada para o gabinete correspondente.

-Área de triagem: Após admissão, o doente e seu acompanhante passarão para esta área, onde será realizada uma avaliação inicial por uma enfermeira. Esta avaliação é feita baseada num protocolo com base científica, o Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. Este sistema permite a classificação da disposição clínica do utente em termos de prioridade para o atendimento, em linha com a sua urgência. O objetivo deste protocolo é certificar, de maneira objetiva, que o doente mais urgente é identificado e atendido num período de tempo sem risco. A determinação da prioridade adequada a guiar a tomada de

decisão realiza-se em três etapas: o triângulo de avaliação pediátrico, a queixa principal e as constantes fisiológicas. Os níveis de classificação são os seguintes:

- Vermelho: doentes emergentes. Os utentes com esta classificação necessitam de atendimento imediato.
- Laranja: doentes muito urgentes. O tempo de espera é de 10 minutos. Os utentes necessitam de atendimento praticamente imediato.
- Amarela: doentes urgentes. O tempo de espera é de 60 minutos. Os utentes desta classificação precisam de atendimento rápido, mas podem aguardar.
- Verde: doentes pouco urgentes. O tempo de espera é de 120 minutos. Os utentes podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- Azul: doentes não urgentes. O tempo de espera é de 240 minutos. Os utentes com este cor podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

-Atendimento médico em 6 gabinetes, um deles específico para as pequenas cirurgias.

-Área de Observação (OBS). É um espaço reservado para aquelas crianças ou jovens que precisam de vigilância ou tratamento. Prevê-se uma permanência até 24 horas nesta área para resolução da situação clínica, decisão de internamento ou alta. O espaço está provido com nove camas, equipamento para monitorização de sinais vitais e vigilância contínua por profissionais de enfermagem e médicos.

-Área de emergência pediátrica: Este espaço encontra-se perto da entrada do serviço, em frente da área de triagem. Esta área é uma Sala de Emergência, constituída para a receção, avaliação e estabilização das crianças e adolescentes que apresentam geralmente risco de vida ou compromisso das funções vitais, sendo necessário tratamento imediato.

Atividades desenvolvidas

A seguir são apresentadas as atividades desenvolvidas segundo a direção da consecução dos objetivos específicos propostos neste período de estágio. A estrutura desta parte do trabalho é: objetivo, atividades desenvolvidas e uma pequena reflexão final.

Objetivo: Conhecer a dinâmica de trabalho do serviço e da equipa multidisciplinar.

Atividades desenvolvidas:

-Reunião com a coordenadora do mestrado em Enfermagem Comunitária e as chefes do serviço e as tutoras designadas, com o fim de apresentar os objetivos propostos para a realização deste estágio.

-Visita guiada pelas diferentes áreas do SU pediátrico. Observação do espaço físico e sua funcionalidade adequada ao atendimento infantil.

-Apresentação dos objetivos aos profissionais no serviço.

-Compreensão do processo da admissão, a transferência e a articulação com outros serviços, alta e acompanhamento dos utentes na prestação dos cuidados.

Foi um desafio pessoal a integração neste serviço, não sendo um local comum de estágios no âmbito da especialidade de enfermagem comunitária. É importante assinalar como os profissionais de saúde mostraram-se muito recetivos com nossa presença ali. Foi uma demonstração da qualidade de acolhimento e de articulação das diferentes especialidades em enfermagem para trabalhar juntos.

Assim, o conhecimento da dinâmica organizacional e da equipa foi um reto, pelo facto de ser uma visão da enfermagem diferente da realidade experimentada até o momento. Por isso, foi levantado o interesse nesta área. Com o limite temporal do estágio, a adaptação ao serviço foi concluída com satisfação graças a todo o pessoal que trabalha no serviço, prestando um acolhimento ótimo para a consecução dos objetivos delineados.

Embora os profissionais de enfermagem estejam distribuídos em diferentes áreas de trabalho, eles colaboram entre si para realizar, da melhor e mais efetiva maneira possível, a prestação dos cuidados necessários.

Objetivo: Adquirir conhecimentos no contexto do atendimento na urgência pediátrica.

Atividades desenvolvidas:

-Seguimento do processo de enfermagem no SU pediátrico, consecução dos cuidados que utente precisa.

-Fomentar o acolhimento das crianças/jovens e família no serviço.

-Perceção da articulação com os diferentes recursos da comunidade.

-Observação e aprendizagem do processo de Triagem do utente à entrada no serviço.

Embora o planeamento do estágio fosse só observacional, em seu decorrer tive a oportunidade de aprender e participar nas diferentes áreas do serviço, desde a triagem, a sala de emergência, colaboração com os cirurgiões, o gabinete de enfermagem e a OBS.

Em todo o SU pediátrico é necessário muita preparação para um bom funcionamento, mas na minha experiência pessoal a área de triagem foi o que mais interesse levantou. A área de triagem é um espaço desafiante, onde o profissional de enfermagem tem uma grande responsabilidade e independência.

O processo de triagem realiza-se com uma pequena entrevista de 2-3 minutos, na qual a fonte de informação não é só as crianças e os jovens, também é importante escutar os pais ou acompanhantes. É importante atender à perceção dos pais sobre a gravidade da situação. A passagem por esta área foi uma oportunidade para minha aprendizagem na forma de lidar com a ansiedade e o stress que apresentam as crianças/jovens e os acompanhantes nestas situações clínicas. Foi um ganho nas minhas competências, nomeadamente na área da comunicação, a empatia, a compressão e a gestão do stress.

Uns dos objetivos pessoais como enfermeira especialista em enfermagem comunitária foi ir ao encontro da importância da articulação entre a atenção primária e o atendimento hospitalar. Através da experiência vivenciada na área de triagem da urgência pediátrica pude observar como muitas das situações clínicas que recorrem aos SU não são urgentes e poderiam ser resolvidas nos centros de saúde. Quando é levantada esta realidade aos pais, estes mencionam a falta de confiança na resposta dos serviços primários ou a falta de convicção da sua eficácia. Este facto tem consequências diretas na sobrecarga de trabalho no SU e no aumento do tempo de espera, o que pode pôr em questão a qualidade dos cuidados prestados.

Então, é importante que os profissionais de enfermagem em contacto com a comunidade e as famílias ensinem aos pais os sinais de alarme que precisam de atendimento urgente. Os

utentes devem poder confiar nos serviços prestados no atendimento primário para a resolução dos problemas básicos.

Em linha com esta situação presente na urgência, surge a oportunidade de investir na melhora da aquisição de competências parentais. Todos os momentos de contacto com a população deve-se aproveitar para adquirir aprendizagem ou mudança de hábitos, para assim haver obtenção de ganhos em saúde. É importante assinalar aos pais como todos formamos parte dos serviços de saúde, assim o modo como utilizamos os recursos forma a realidade em que vivemos.

No gabinete de enfermagem foram executadas algumas das técnicas que ali se realizam, nomeadamente a colheita de urina por saco coletor em lactentes ou o calculo da dose necessária num tratamento farmacológico. Não foram realizadas aquelas técnicas que precisam de uma formação especializada em abordagem pediátrica. Perante isto, tive oportunidade de colaborar, observar e aprender na configuração de um ambiente de relaxamento e confiança que é necessário criar com as crianças e os pais. Já foi dito anteriormente, o serviço de urgência pediátrica é uma área na qual há muita ansiedade, nervosismo e stress.

Na área da pequena cirurgia, está presente o trabalho em equipa dos diferentes profissionais do serviço. Assim, pude ajudar no tratamento de feridas ou na realização de suturas. Da mesma maneira, esta área converte-se numa porta de entrada dos utentes à sala de OBS. Este produz-se em situações em que se necessitam de provas complementares para confirmar ou denegar a realização de uma cirurgia maior.

A OBS é uma área de controlo. Ficam nesta área aqueles utentes que precisam de uma maior vigilância ou quando se quer comprovar a evolução da situação clínica. A nível pessoal pude colaborar no trabalho realizado neste âmbito, crescendo em minha aprendizagem como profissional de enfermagem geral e no âmbito da especialidade de enfermagem comunitária.

Objetivo: Adquirir competências perante situações de urgência e emergência;

Atividades desenvolvidas:

-Colaborei no atendimento de crianças e jovens na Sala de Emergência.

Salientar a importância das estratégias para gerir as situações complexas, manter a calma, sem deixar que o nervosismo e o stress dominem quer os profissionais, quer os pais e quer as crianças/jovens.

O facto do desenvolvimento deste estágio em horário de manhã, e o curto período do mesmo, penso que foi influente na pouca oportunidade de colaborar nestas situações de atendimento complexas. Já que os profissionais do SU apontaram que nos outros turnos há mais afluência de utentes, em consequência, também é maior o número de situações de urgência.

Embora o explicado, tive possibilidade de observar e colaborar, na medida das minhas capacidades, no atendimento de alguns utentes depois de acidentes de trânsito ou de crianças com crises de epilepsia. Por exemplo, pude ajudar na colocação do colar cervical e o plano duro, assim como o acompanhamento destes doentes na realização de provas complementares de diagnóstico. Foi uma experiência muito valiosa como profissional de enfermagem comunitária, poder tratar com a família neste tipo de contexto faz-me crescer como pessoa e como enfermeira, aproximou-me à realidade da qual muitas vezes estamos separadas. O acolhimento dos pais, acompanhantes e da própria criança ou jovem com o fim de gerir da melhor forma possível a situação foi um dos meus objetivos, o apoio emocional e a transmissão da informação de maneira gradual e clara, sempre em linha com os princípios éticos que regem a nossa profissão.

Com a realização diária da check-list da Sala de Emergência foi possível a aproximação e esclarecimento de dúvidas sobre seu funcionamento e a partilha de experiências. Assim, tive oportunidade de visualizar a necessidade de precisão organizacional e técnica desta área da urgência pediátrica.

Objetivo: Desenvolver competências em relação à comunicação efetiva com o utente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Atividades desenvolvidas:

-Criação de um ambiente de confiança para possibilitar o relaxamento da criança e jovem no SU.

-Desenvolvimento de competências assertivas, empáticas e escuta ativa.

-Fomentação da comunicação como ferramenta terapêutica.

-Atividades em linha com a educação para a saúde.

Quando uma criança, jovem ou adulto dá entrada num serviço de urgência é habitualmente uma experiência traumática. Nomeadamente, as crianças mostram medo e sentem-se ameaçadas por esse ambiente estranho e desconhecido, ilustrado na procura de proteção e segurança em seus pais. Embora o contacto com os utentes no SU habitualmente seja curto, os profissionais de enfermagem têm a possibilidade e a responsabilidade de conseguir que os utentes sintam-se o mais cómodos e confortáveis possível. O acolhimento do utente passa pela criação de uma comunicação efetiva com a assunção de uma posição assertiva, empática e de escuta ativa. A conquista de uma relação de confiança foi alvo da minha intervenção, por isso, o contacto com esta realidade foi um desafio no desenvolvimento de habilidades de aproximação com as crianças.

Algumas das estratégias utilizadas foram a brincadeira, a posição ao mesmo nível visual, falar calmamente e a comunicação não verbal. Encorajar a criança ou jovem para que possa expressar suas emoções e preocupações é muitas vezes conseguido através da utilização do silêncio, para ir ao encontro das suas necessidades.

Como já foi falado, qualquer contacto com a população pode ser uma oportunidade para esclarecer dúvidas ou erros. A educação para a saúde pode ser feita em todos os níveis assistenciais, por isso através de uma comunicação efetiva no SU é possível identificar necessidades que em outras ocasiões não é possível perceber. Por exemplo, foi realizado esclarecimento sobre o tratamento da febre em recém-nascido, erros na técnica da amamentação ou estratégias para prevenir as cólicas. Também foram aproveitadas algumas situações para mostrar os recursos da comunidade que podem utilizar antes de recorrer às urgências, como a Linha Saúde 24.

1.2. Aquisição e desenvolvimento de competências na USF Arca d'Água

O segundo período de estágio começou a 5 de Janeiro e terminou a 3 de Março. Dada a disponibilidade completa para a realização dos estágios foram estipulados os dias segundo a distribuição da enfermeira tutora e as necessidades de aprendizagem. Assim, o turno mais habitual foi das 8h até as 16h, fazendo turnos de tarde esporadicamente.

O estágio foi desenvolvido na USF Arca d'Água. Antes de começar a falar das atividades desenvolvidas neste estágio realizaremos uma pequena caracterização do serviço e da sua organização para a correta prestação de cuidados.

Caracterização da USF Arca d'Água

USF Arca d'Água está inserida no ACES Porto Oriental, na freguesia de Paranhos, é constituída por uma equipe multidisciplinar, com autonomia organizativa, funcional e técnica. Dá resposta a uma lista de cerca de 13.052 pessoas inscritas, com o trabalho de 7 médicos, vários internos de Medicina Geral e Familiar, 7 enfermeiros dos quais uma tem a Especialidade em Enfermagem Comunitária, uma tem a Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria e 5 Enfermeiros de Cuidados Gerais, 5 secretários clínicos, trabalhando em equipas de saúde que prestam cuidados à população inscrita da área geográfica correspondente, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. O horário de funcionamento da USF é de segunda a sexta-feira das 8 horas às 20 horas. Para as situações de doença aguda fora desse horário, os utentes têm um Serviço de Atendimento Complementar. Os Enfermeiros trabalham como Enfermeiro de Família de utentes inscritos na lista do respetivo médico, assim ambos em parceria prestam cuidados de saúde holísticos a todos os grupos de risco.

A USF Arca d'Água está composta por vários gabinetes para a consulta médica, outros para a realização da consulta de enfermagem e dois para executar os tratamentos de feridas e os tratamentos farmacológicos. Especificamente existe um gabinete para as consultas infantis, decorado com temas infantis para se tornar o mais agradável possível à vista das crianças.

A carteira básica de serviços é:

- Saúde infantil (recém nascido, criança e adolescente).
- Saúde materna (vigilância na gravidez de baixo risco).
- Saúde geral de adultos (planeamento familiar, vigilância e controlo de doenças crónicas).
- Saúde geral do idoso (vigilância e controlo de doenças crónicas).
- Doença Aguda.
- Cuidados de Enfermagem.
- Atendimento no Domicílio (profissional médico e profissional de enfermagem).

A agenda semanal das enfermeiras da unidade está organizada pelas consultas, estruturando os utentes segundo o tipo de consulta. A duração de cada consulta é em média, segundo a experiência, de 15-20 minutos. Neste tempo devem ser executadas as consultas em questão e realizados os registos informáticos necessários: abrir programas de saúde, atualização de indicadores, levantamento de objetivos e registo de atividades.

São reservadas duas horas semanais para realizar visitas domiciliárias, onde se podem realizar as consultas de vigilância em saúde, executar tratamentos ou assistência numa situação aguda.

Na unidade são utilizados sistemas informáticos de registo. Os profissionais da unidade conseguem ter acesso aos registos feitos pelos colegas de outras especialidades e os de outras unidades de saúde. É um sistema facilitador da articulação entre serviços de saúde, nomeadamente do sistema de referências. Os sistemas informáticos são utilizados para a gestão clínica, monitorização dos resultados, avaliação e comunicação dentro do próprio serviço e com o exterior.

Atividades desenvolvidas

A seguir serão apresentadas as atividades desenvolvidas segundo a direção da consecução dos objetivos específicos propostos neste período de estágio. Organizamos esta parte do trabalho com os objetivos, seguido das atividades desenvolvidas e de uma pequena reflexão. Devido à abrangência das competências desenvolvidas neste período de estágio,

com a finalidade de facilitar uma melhor compreensão, são divididos os objetivos segundo acolhimento e funcionamento da equipa e as diferentes consultas de vigilância: saúde infantil, saúde do adulto e saúde do idoso.

Objetivos:

Conhecer a dinâmica de trabalho do serviço e da equipa multidisciplinar.

Integrar a equipa de Saúde Familiar.

Abordar a população alvo de cuidados nos diferentes processos de vida.

Atividades desenvolvidas:

-Reunião com a coordenadora do mestrado em Enfermagem Comunitária e a enfermeira tutora, com o fim de apresentar os objetivos propostos em este estágio.

-Integração na unidade, contextualização do ACES Porto Oriental e compreensão da estruturação das diferentes equipas.

-Visita guiada pelas diferentes áreas da unidade e apresentação aos membros da equipa.

A contextualização do ACES Porto Oriental foi dirigida pela diretora de Enfermagem, nesta reunião estávamos convocados todos os alunos que começávamos estágios na unidade. O principal objetivo foi o contacto com a forma de organização dos agrupamentos dos antigos centros de saúde, a finalidade desta divisão e sua funcionalidade. A nível pessoal foi recordar o período de estágio realizado no primeiro ano de mestrado realizado na Unidade de Saúde Pública, localizado nesse mesmo prédio. Foi uma apresentação estimulante, já que tinha a possibilidade de estar no mesmo ACES, com a mesma população, mas com objetivos totalmente diferentes.

O acolhimento dos profissionais de saúde da unidade foi muito bom e a integração em seu trabalho satisfatória, mais progressiva e facilitadora para todos devido ao maior espaço temporal deste período de estágio. Tive a oportunidade de colaborar com outros profissionais, não só com a minha tutora, quer com médicos quer com enfermeiras, por

exemplo, em consultas de cessação de hábitos tabágicos, administração de tratamentos ou colocação do Implanon, o dispositivo anticoncetivo no braço.

Foi muito gratificante participar numa equipa multiprofissional, que trabalham juntos por objetivos comuns. Todos visam a saúde familiar e de cada um de seus membros, nas diferentes etapas da vida, procurando seu empoderamento e fortaleza.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Atividades desenvolvidas:

- Seguimento dos recém-nascidos em seu primeiro ano de vida.
- Realização de educação para a saúde sobre introdução de novos alimentos, higiene oral e adoção de hábitos de vida saudáveis.
- Seguimento do desenvolvimento físico e cognitivo da criança nas diferentes etapas.
- Planeamento de consultas em idades chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança e do adolescente, tais como desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade. Sempre tentando ajustar as consultas de enfermagem com as revisões médicas e o Programa Nacional de Vacinação (PNV).
- Realização de educação para a saúde sobre a promoção da saúde (entre as quais adoção de medidas de segurança para a prevenção de acidentes) e a prevenção de doenças.
- Detecção precoce de situações de risco para a saúde da criança. Educação para a saúde aos pais sobre os sinais de alarme.
- Realização de registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e no registo informático.

Todas estas atividades foram desenvolvidas segundo a etapa etária da criança presente na consulta.

As consultas de vigilância devem cumprir uma periodicidade e um número de consultas. Desde o nascimento até os 10 meses de idade fazem 6 consultas, dos 11 meses até o 23º mês, as crianças têm que fazer 3 consultas, dos 2 anos até os 13 anos de idade, três

consultas e, entre os 14-18 anos de idade uma consulta. A idade da consulta não é rígida, por isso é fornecido aos pais uma margem de um mês para sua realização.

As consultas são estruturadas em três partes:

1ªParte: Apresentação, intercorrências desde a última consulta e dúvidas.

2ªParte: Avaliação do desenvolvimento do estado ponderal (peso-cumprimento/estatura-perímetro cefálico), avaliação do desenvolvimento psicomotor (reflexos e interação com o meio) e realização de educação para a saúde sobre promoção da saúde.

3ªParte: Atualização do PNV, explicação sobre as possíveis reações das vacinas, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de folhetos informativos, marcação da próxima consulta e realização dos registos informáticos.

Na USF Arca d'Água era programada a primeira visita à mãe e criança no domicílio, após alta do hospital. Primeiro o pai deve ir à unidade, inscrever o bebê na USF. Durante o seguimento da gravidez é aconselhado que o bebê seja inscrito na mesma unidade que os pais, com o fim de que toda a família em seu conjunto seja tratada pelos mesmos profissionais de saúde.

Por diversos motivos, não tive oportunidade de vivenciar à primeira consulta domiciliária de nenhuma criança, mas a enfermeira tutora explicou-me como se desenvolvia.

Na visita domiciliária faz-se a colheita dos primeiros dados registados da criança, na unidade: dados estado-ponderal (peso, cumprimento e perímetro cefálico), o tipo de alimentação (materna ou adaptada) e realização da avaliação da aprendizagem de habilidades e conhecimentos transmitidos previamente junto à mudança para a nova realidade da família. Esta visita domiciliária é aproveitada para o esclarecimento de dúvidas, para realizar promoção da parentalidade e para fazer uma pequena introdução à primeira consulta do bebê na unidade com um mês de idade. Assim, é explicada a cobertura da USF, as consultas de seguimento da criança que são uniformizadas com o PNV e são explicados os objetivos que fixa o PNS para as consultas de vigilância em saúde infantil.

Seguindo o calendário vacinal fornecido pela DGS (Anexo 1), são administradas as vacinas correspondentes com a idade das crianças durante as consultas de vigilância de saúde infantil. Efetuei educações para a saúde sobre as reações das vacinas administradas e salientei a importância da vigilância sobre as mesmas. Com a enfermeira tutora foi

realizada uma pesquisa na lista de utentes desta unidade de saúde para comprovar que todos tinham as vacinas administradas, de acordo com sua idade e os que necessitavam estava agendada para a próxima consulta.

A seguir fazemos uma abordagem das temáticas das educações para a saúde que se realizam focando os aspetos mais importantes dependentes da idade da criança, que realizei nas consultas de vigilância infantil.

Consulta do 1º mês e 2º mês

Realizam-se educação para a saúde sobre: o aleitamento materno ou alimentação adaptada, os cuidados de higiene do bebé, prevenção do eritema da fralda, cuidados da pele, posicionamentos, cólicas (origem, prevenção e tratamento), prevenção de acidentes e promoção da segurança, escolha de brinquedos adequados ao seu desenvolvimento, os cuidados perante situações comuns como a diarreia, a hipertermia e os vómitos, e por último os sinais de alerta no bebé e os serviços disponíveis de atendimento antes de acudir ao serviço de urgência.

Nas diferentes consultas que pude assistir foram reforçadas as educações para a saúde para a identificação dos sinais de alarme e as situações que precisam de atendimento urgente. Os pais refletiram, reconhecidos, sobre a utilidade da informação.

Na consulta do 4º mês é incorporado na educação para a saúde a introdução de novos alimentos, por ser no 5º mês que muitas vezes é começada a ingestão de diferentes alimentos para além do leite. Durante as diferentes consultas foi explicado como, que alimentos e a periodicidade de introdução dos mesmos.

Outro aspeto importante abordado nesta consulta é o tratamento da conciliação familiar; a incorporação da mãe ao trabalho, se têm alguém na família que possa cuidar do bebé ou se vão para o infantário.

Na consulta do 6º mês a educação para a saúde continua na linha da introdução de novos alimentos, o nascimento da dentição e a importância da higiene oral. Foi muito satisfatório perceber como introdução de hábitos saudáveis faz-se de maneira precoce, não só por parte da conscientização dos profissionais de saúde, também pelo envolvimento dos pais na conduta saudável de seus filhos.

A partir da consulta do 9º mês é incorporado a vigilância sobre o desenvolvimento da linguagem. Este aspeto é muito importante já que muitas vezes os problemas de desenvolvimento são ignorados ou passam despercebidos.

A partir do 1º ano de vida a criança, com raras exceções já come todo tipo de alimentos, e embora o começo do cuidado da higiene seja precoce, há muitas crianças que não conseguem introduzir estes hábitos na vida diária. Nesta consulta dos 12 meses é reforçada, na educação para a saúde, a importância da higiene para a prevenção das doenças orais, nomeadamente as cáries. Existe atualmente mitos sobre a dentição de leite, habitualmente muitos pais acham não ser necessário cuidá-la por o facto de ser substituída posteriormente pela permanente. Na consulta de enfermagem é importante desmitificar muitos erros que ainda perduram na população e fazer perceber o prejuízo no desenvolvimento dental das crianças.

Nesta etapa as crianças mexem-se, aparece a curiosidade e começam a gatinhar. É muito importante avisar aos pais da necessidade de maior atenção aos passos de seu filho para prevenir acidentes.

Na consulta dos 15- 18-24 meses pude observar como os miúdos começam a desenhar, a criar traços, têm vergonha, começam a falar ou a reconhecer partes de seu próprio corpo. É importante saber conhecer o desenvolvimento normal da criança, saber quais são os parâmetros normais e quais precisam de ajuda de profissionais.

À medida que os bebés crescem é surpreendente como todos temos influência no seu desenvolvimento, não só socialmente mas também na sua personalidade. Os filhos assumem os hábitos dos pais e das pessoas que têm em seu ambiente, copiam tudo. E isto é mais observável a partir dos 2-5 anos de idade, quando começam a perceber normas e criam uma rotina.

Na consulta dos 5-6 anos é realizado o seguimento do PNV e a consulta de vigilância em saúde de acordo com a idade. Nesta consulta é valorizada a adaptação ao infantário e é realizada preparação para a entrada na escola. Era falado sobre a rotina do menino/a quer na escola quer em casa: os hábitos de leitura, as atividades de jogo o os hábitos de televisão e computador. É também avaliada os comportamentos alimentares e reforçado o hábito do pequeno-almoço e o lanche a meio da manhã. É ainda muito importante abordar o tema do sono, quantas horas e a qualidade deste sono, muitos meninos vão ensonados para a escola por causa de um mau sono, de poucas horas, por pesadelos ou por uma falta

de controlo dos esfíncteres durante a noite. A criança de 5-6 anos já compreende a sua rotina e é possível falar sobre estes aspetos.

A avaliação da higiene oral e a deteção precoce de possíveis problemas dentários é realizado através desta consulta de saúde infantil com a articulação da consulta de higiene oral por meio do cheque dentista.

As competências que adquiri e desenvolvi de relacionamento com as crianças e jovens foram muito úteis, pois constatei que é necessário utilizar a escuta e a compreensão para criar uma boa relação de confiança com eles e assim eles sentirem-se seguros e não enganados. O utente é alvo de nossos cuidados, seja criança, jovem, adulto ou idoso, não é um espectador das nossas intervenções, como tal temos que atender a determinados princípios comunicacionais e éticos.

Quando o calendário vacinal está completo são poucas as crianças que acodem à consulta de enfermagem em continuação com as consultas de vigilância. Só tive a oportunidade de realizar uma consulta dos 14 anos, nenhuma dos 10-13 em meninos, e não coincidi com meninas para a administração da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (VPH).

Nesta consulta dos 14 anos foi realizada uma explicação sobre as mudanças perante a puberdade que o menino já estava experimentando. No início o adolescente mostrava sinais de estar envergonhado e desconfortável, mas pouco a pouco, depois das nossas explicações, sentiu-se mais confortável para fazer alguma pergunta. Foi uma experiência interessante, já que pude apreciar como as crianças não devem ser consideradas incapazes de perceber as explicações sobre determinados assuntos. É importante reforçar aos pais a necessidade de falar com os seus filhos. Desde os 9-10 anos as crianças começam a perceber mudanças no seu corpo e quando não compreendem o porquê dessas mudanças aparecem os complexos resultando em timidez e insegurança, ainda mais acentuada quando a ocorrência é precoce.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco.

Atividades desenvolvidas:

-Adaptação a nova situação da parentalidade, compreensão da nova situação, modificação fisiológica corporal e emocional, processo adaptativo à gravidez. Ajuda no processo de transição.

-Integrar cuidados durante a gravidez e a consulta do puerpério.

-Identificação e orientação perante complicações e fatores de risco que podam afetar a gravidez.

-Promoção da saúde através de educação para a saúde com distintas temáticas: Doenças evitáveis pela vacinação, saúde oral da grávida, preparação à parentalidade, amamentação, consumos nocivos, cuidados na alimentação, deteção precoce de diabetes gestacional e situações de pré-eclâmpsia.

-Gravidez não planeada.

-Referenciação para preparação ao parto e parentalidade.

A vigilância das grávidas na USF tem como objetivo avaliar o bem-estar materno e fetal durante todo o processo através da história clínica e dos dados de cada consulta, ainda mais com os exames complementares de diagnósticos realizados no hospital de referência, sendo neste caso o Hospital São João.

O seguimento do bem-estar materno e fetal é conseqüente da deteção precoce de fatores de risco que possam desviar o curso normal da gravidez.

Assim, todos os dados são registados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), tais como os antecedentes maternos e paternos do casal, seus próprios dados da história clínica como o grupo sanguíneo e dados de seguimento de saúde da grávida como a evolução do peso durante a gravidez, a tensão arterial ou os resultados dos exames complementares. Tudo fica registado no BSG, assegurando a circulação de informação relativa à gravidez através de todos os profissionais de saúde que têm contacto com a grávida.

O esquema de consultas de vigilância na USF é o seguinte:

-Primeira consulta o mais precocemente possível antes das 12 semanas de gravidez.

-Após a primeira consulta a periodicidade deveser cada 4-6 semanas até às 30 semanas de gestação, cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e cada 1-2 semanas após as 36 semanas até o parto.

-Entre as 36 e as 40 semanas, o casal têm direito ao acesso a uma consulta no hospital onde venha a ocorrer o parto.

Durante meu estágio nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco o mais importante para a minha experiência pessoal foi a relação de confiança criada com as mães, ponto importante para a avaliação da saúde mental das grávidas. Esta relação entre o profissional e a grávida permite resolver todas as dúvidas que possam aparecer durante o processo da gravidez. Estas mulheres estão perante mudanças corporais e emocionais e todos os apoios que elas possam receber para a adaptação à nova situação é uma das intervenções mais importantes no trabalho da enfermeira de família.

Tive oportunidade de trabalhar com mulheres de diferentes idades em gravidezes precoces não planeadas em mulheres jovens e gravidezes mais tardias. Sendo estas últimas o padrão mais habitual, população mais idosa que engravida de forma planeada, com seus riscos inerentes.

Realizei avaliação do estado ponderal, aconselhando sobre o ganho de peso adequado durante a gravidez, explicações sobre os rastreios analíticos e ecográficos ao longo da gravidez e profilaxia de imunização nas grávidas Rh negativas não sensibilizadas às 28 semanas de gestação.

Foi interessante as entrevistas sobre a mudança de hábitos nocivos, como o consumo de substâncias tais como o tabaco ou álcool. É possível perceber a grande motivação das futuras mães, a mudança do pensamento, como por sua saúde não foram capazes de mudar os hábitos tóxicos mas por seu filho são capazes de fazer o necessário para seu bem-estar.

Sublinhar que nenhuma das grávidas que acudiram às consultas de vigilância foram acompanhadas pelo pai, não sendo assim nas consultas de preparação ao parto e à parentalidade que tive oportunidade de assistir na UCC de Campanhã.

A partir da 28ª semana de gestação a mulher era encaminhada para as aulas de preparação ao parto e à parentalidade através da USF.

No referente à promoção da saúde da mulher e ao correto desenvolvimento fetal foram realizadas educações para a saúde, no âmbito da alimentação equilibrada e completa, o exercício físico moderado (necessário durante esta etapa para melhorar o tónus muscular, a força, a resistência e as posturas adequadas para reduzir os edemas, aliviar lombalgias e a obstipação consequente de um excesso de sedentarismo), a saúde oral (devido ao aumento

do risco de agravamento de problemas orais pelas alterações hormonais durante a gravidez e foi falado a existência dos cheques dentista, como acesso a cuidados preventivos, diagnósticos e curativos), entre outras.

Uma parte importante nas consultas de vigilância é a explicação dos desconfortos consequentes da gravidez normais e os sinais e sintomas de alarme que precisam da procura de um serviço de saúde.

Pude observar o empoderamento das mulheres nas consultas de vigilância, como seu conhecimento evolui e sua segurança incrementa-se. Foi muito gratificante e frutífero ter a possibilidade de assistir e colaborar nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências nas consultas de saúde do adulto.

Atividades desenvolvidas:

- Intervenções de controlo da HTA.
- Intervenções de controlo da DM.
- Consultas de Planeamento Familiar (entre os 15- 54 anos)
- Consultas de prevenção e vigilância oncológica (a partir dos 50 anos).

Uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo e em Portugal, em particular, são as doenças cardiovasculares, consequente da presença duma elevada percentagem de fatores de risco como a obesidade, a hipercolesterolemia, a HTA, a DM, o tabaquismo ou o sedentarismo. O ideal é a prevenção destas doenças através da educação para saúde antecipatória, promovendo a assunção de hábitos saudáveis nas crianças e jovens. Quando a HTA já é diagnosticada a melhor estratégia é a promoção da aceitação do estado de doença, a gestão do regime terapêutico, a fomentação do desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença, identificando os fatores de risco e atuar para os minorar ou os eliminar.

Através das consultas de vigilância de doenças crónicas como a hipertensão e a diabetes pretende-se a estabilidade destes problemas de saúde. Desta forma, os utentes com

evolução positiva no controlo da HTA são vigiados uma vez ao ano pela equipa multiprofissional da USF, e os utentes diabéticos bem controlados devem vir à consulta cada 6 meses, duas vezes por ano.

A maior parte dos utentes hipertensos não têm uma causa médica identificável, como doenças renais ou perturbações hormonais, pelo que este tipo de hipertensão só é tratável através da modificação de hábitos de vida e o seguimento do tratamento farmacológico. Na consulta de enfermagem é tratada a mudança de hábitos como a diminuição do sal nas refeições, o aumento do exercício físico ou a diminuição do peso. Tive a experiência de utentes bem controlados, com uma boa evolução da tensão arterial. A enfermeira de família tutora está há muitos anos nesta USF e conhece como vivem todos os utentes da sua lista e sabe quais são as suas dificuldades à hora de realizar exercício físico e quais são os pontos onde podemos incidir para fomentar um estilo de vida mais saudável. Pude vivenciar a exploração dos pontos fortes das pessoas através da elaboração dos objetivos em equipa com os utentes, já que não é realista estabelecer intervenções que a pessoa não pode ou não quer realizar. O envolvimento dos doentes, e se possível os seus familiares, no seu processo de doença, é a intervenção mais importante dos nossos cuidados.

A pessoa envolvida no seu processo de doença hipertensiva sabe quais são os fatores modificáveis em sua vida que influenciam na evolução favorável da doença, e assim também é consciente da importância da sua colaboração e do seu esforço. O tratamento da hipertensão é um compromisso para a vida.

Com o controlo da DM, o utente deve saber que se gerir a doença eficazmente pode atrasar o início das complicações (doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, amputação e retinopatia) e reduzir a morbidade e mortalidade associada a esta patologia. Pretende-se diminuir a incidência da diabetes tipo 2 em grupos de risco pela idade. O utente conhece a doença e suas complicações, sabe identificar os sinais e sintomas de híper e hipoglicémias.

Atuar sobre os fatores de risco que podem provocar o desenvolvimento de diabetes é a forma de trabalhar a prevenção primária, por exemplo, pessoas com sobrepeso, que têm uma vida sedentária podem vir a contrair hipertensão ou dislipidemia.

A prevenção secundária fomenta-se no diagnóstico precoce da doença e na adaptação do utente à nova situação. Tive oportunidade de trabalhar esta forma de prevenção com um utente hipertenso. Foi diagnosticado de diabetes tipo 2 através da consulta de vigilância da HTA. Foram realizadas educações para a saúde para a administração e controlo do tratamento insulínico. Pouco a pouco foram estabilizados os índices glicémicos com

consultas periódicas de vigilância e as educações para a saúde contribuíram para a mudança de hábitos de vida, especificamente no aumento de número de refeições, com menor quantidade e com o aumento da atividade física do utente.

Na prevenção terciária trata de impedir-se a aparição de complicações relacionadas com a diabetes.

Assim, o trabalho realizado na USF de Arca d'Água visa a prevenção secundária e terciária. Seu objetivo principal é a diminuição dos parâmetros glicémicos através de um tratamento adequado que inclui as intervenções dirigidas a educar, aconselhar e vigiar o doente, seus familiares ou cuidadores, na situação de doença crónica. As intervenções olham para a autovigilância, a gestão e adesão ao regime terapêutico, promove o autocuidado nas atividades da vida diária na medida do possível, planeando cuidados e promovendo a revisão em intervalos regulares com o fim de avaliar os possíveis riscos.

Através de um regime dietético correto, uma atividade física ativa e a adesão à autogestão da doença e ao tratamento farmacológico os utentes diabéticos podem viver de forma saudável e plena, com uma prevenção contínua das complicações.

Na consulta de enfermagem de vigilância da Diabetes Mellitus são avaliados e registados diferentes parâmetros que constituem os determinantes de saúde dos utentes diabéticos. Assim, são recolhidos o Índice de Massa Corporal (IMC); a tensão arterial; os hábitos alimentares, de exercício físico ou tóxicos; e é realizado o processo de prevenção do pé diabético.

Um ponto muito importante do controlo diabético é a integridade dos pés e a valorização da sensibilidade e do estado vascular do pé através da palpação do pulso pedioso dorsal e o pulso tibial posterior ou com o uso do doppler. Na avaliação do pé é examinado a pele (cor, temperatura, edema, fissuras e calosidades), as unhas, as deformidades ósseas ou as lesões interdigitais (maceração, micoses, fissuras).

Os cuidados na prevenção do pé diabético são simples, as pessoas com diabetes, seus familiares ou cuidadores devem ser educados na higiene, hidratação dos pés, no reconhecimento dos agentes agressores e na eleição de um calçado adequado. Com estes pilares no cuidado da pessoa diabética é a ferramenta mais útil na luta contra as futuras possíveis complicações que podem aparecer. As equipas multiprofissionais da USF Arca d'Água fazem um investimento forte nestes cuidados de prevenção primária da lesão do pé

diabético através de pelo menos duas consultas ao ano, se todos os parâmetros avaliados estão corretos.

Por meio da observação sistemática do pé é detetado o risco vascular, neurológico e lesões da forma mais precoce possível, parte fundamental da conservação da qualidade de vida nestes doentes.

A população diabética com a que pude trabalhar foi em maior percentagem de tipo 2, bem autocontrolados nos parâmetros alimentícios e de atividade física, mas muitos de eles precisavam de conseguir diminuir o peso. O maior descontrolo aparecia na avaliação do pé: o calçado não era o correto, um alto percentagem apresentavam micoses nas unhas e maceração nos espaços digitais. Esta população tinha o estado vascular conservado e a sensibilidade presente, em maior ou em menor medida, mas em todos foram avaliados positivamente.

Na minha opinião a consciencialização da população está mudando de forma positiva. As pessoas começam a compreender a importância do autocuidado, pouco a pouco os profissionais de saúde vão ser mais valorizados como educadores, a prevenção e o controlo das doenças crônicas são a nossa principal força.

Esta experiência na consulta de vigilância do doente diabético foi motivadora na minha formação profissional como enfermeira especialista em comunitária. Estive presente para comprovar o valor da educação em saúde em primeira pessoa, os passos já dados e os objetivos cada vez mais atingidos. A mudança de hábitos é uma tarefa muito complicada, mas com o trabalho dos profissionais e o estímulo da população na assunção de estilos de vida saudáveis há uma visão de esperança.

Por último, nas consultas de saúde do adulto foi trabalhado o Planeamento Familiar. Uma área que não tinha explorado anteriormente na minha experiência pessoal e de que gostei muito. Os cuidados a prestar em saúde sexual e reprodutiva são serviços, técnicas e métodos que visam a saúde e bem-estar sexual, dando resposta às necessidades dos homens e mulheres, nesta área, ao longo da vida dos indivíduos.

As atividades principais das consultas de Planeamento Familiar são a promoção da saúde através de linhas de aconselhamento e informação sexual, anatomia e fisiologia da reprodução, a prevenção e diagnóstico precoce das ITS, do cancro do colo do útero e da mama, possibilitar informação sobre os métodos contraceptivos, fornecer os contraceptivos

gratuitamente, prestação de cuidados pré-concepcionais e monitorizar a tensão arterial, peso e índice de massa corporal.

O instrumento de trabalho que contem a informação relativa à saúde da mulher é o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF). Este contribui à articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Este boletim recolhe informação sobre a história familiar e antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos, episódios de referênciã interdisciplinar, registo de dados de consultas pré-concepcionais, registo da realizaçã e resultados de citologias e mamografias, e o registo do fornecimento de contraceptivos.

Na consulta de Planeamento Familiar as atividades que pude realizar foi o fornecimento de diferentes métodos anticoncetivos, assim como a implantaçã do método anticoncetivo no braço ou Implanon. Trabalhei junto à enfermeira tutora e à médica de família no rastreio do cancro do colo de útero e da mama. Não tive oportunidade de trabalhar com homens a consulta de Planeamento Familiar.

Na entrega de contraceptivos orais e preservativos procurava-se evitar o deslocamento desnecessário dos utentes à consulta. Por isso, fornecia-se no caso dos contraceptivos orais 6 blisters aos utilizadores habituais. Assegurava-se desta maneira a controlo e seguimento da pessoa no máximo cada 6 meses. Gostei muito deste seguimento porquê é a oportunidade de falar não só sobre os efeitos secundários que utentes podem experimentar, também é a forma de aproximar os nossos cuidados ao âmbito sexual, muitas vezes esquecido pela área reprodutiva.

Através das consultas de fornecimento dos tratamentos do controlo da fertilidade levamos o seguimento das mulheres no rastreio do cancro de colo de útero e as educações para a saúde para a auto palpação da mama. Assim a partir da entrada de uma mulher na consulta de Planeamento Familiar é realizada a primeira citologia cervico-vaginal, com o objetivo de detetar lesões pré-cancerosas do colo do útero. As recomendações da DGS estabelecem a realizaçã periódica deste exame pela falta de sintomas destas lesões. Não tive nenhuma primeira consulta de Planeamento Familiar mas pude encaminhar várias utentes à realizaçã da citologia.

Foi levado a cabo educaçã para a saúde para a aprendizagem e reforço da auto palpação da mama no reconhecimento de lesões mamárias. Foi incentivador realizar esta educaçã para a saúde em mulheres de todas as idades, algumas de mais idade nunca foram

ensinadas na auto palpação e foi um reto pessoal fazer perceber na utente a importância desta atividade ainda que já tenha começado a fazer mamografias periódicas.

Esta área da saúde e muito jovem, foi e é ainda hoje um espaço arraigado ao tabu e à vergonha. Há muito trabalho por fazer, mas estamos no bom caminho, no caminho da igualdade, a equidade e a educação antecipatória, ainda mais em Portugal através do acesso gratuito aos métodos contraceptivos ou à implantação da educação sexual na escola, por exemplo.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências nas consultas de saúde do idoso.

Atividades desenvolvidas:

- Promoção do envelhecimento ativo.
- Promoção da saúde mental.
- Fomento de estilos de vida saudáveis.
- Controlo de doenças crónicas.
- Vacinação contra a gripe.
- Intervenções de capacitação de prestadores de cuidados.
- Visitas domiciliarias.

No ocidente é aplicado o termo "idoso" aos maiores de 65 anos, sendo aquele que identifica a pessoa com o estado de velhice em seu último quarto da vida quando o declínio do organismo mais se intensifica. Verifica-se com o avanço tecnológico da atualidade uma melhoria nas condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde, representando um aumento da esperança de vida e também, em consequência, um aumento da possibilidade de desenvolvimento de morbilidades e comorbidades, constituindo uma perda na autonomia.

Revela-se assim uma tendência de envelhecimento positiva devido à consciencialização de que cada pessoa é o principal agente em sua saúde, embora todas as pessoas não envelhecem da mesma maneira pois o envelhecimento é resultado da ação de

componentes biológicos, sociais e psicológicos, influenciado por fatores inerentes ao próprio indivíduo e fatores inerentes ao meio ambiente.

O envelhecimento constitui uma diminuição da qualidade de vida da pessoa devido à elevação do nível de dependência no cumprimento das necessidades fundamentais. Este aumento da dependência representa uma mudança na estrutura familiar, a pessoa idosa precisa de ajuda nas atividades da vida diária e essa perda da autonomia e controle sobre si mesmo necessita de suporte para diminuir a velocidade de incapacidade e aumentar a autoestima.

A promoção do envelhecimento ativo revela-se como uma forma de ver o novo processo de vida, na promoção do funcionamento motor e cognitivo, tentando manter a autonomia e a independência pessoal o máximo de tempo possível. Fomentar a visão da terceira idade como uma mudança nos papéis sociais, familiares e comunitários, não como uma perda de papéis.

As atividades desenvolvidas na USF em torno do envelhecimento favorável são a promoção individual e familiar de hábitos de vida saudáveis através de uma alimentação equilibrada, gestão do sono, exercício físico e atividades de estímulo das funções cognitivas. Assim, conseguir viver de forma saudável e independente o maior tempo possível deve constituir o objetivo principal da pessoa idosa.

A adaptação destas pessoas às doenças crônicas, como a hipertensão ou a diabetes, é um de nossos principais retos. O ensino sobre a sua responsabilidade no percurso da doença e a importância do trabalho em equipa com os profissionais de saúde. A maioria das pessoas idosas com hipertensão ou diabetes costumam deixar-se cuidar por outros, prefere desligar-se do novo processo. Nos estágios o habitual foi ver a mulher ou os filhos como prestadores de cuidados, gestores do tratamento farmacológico e incentivadores de estilos de vida saudáveis no casal.

As perdas de maior autonomia aparecem em doenças que supõem uma perda cognitiva progressiva, de evolução prolongada, incapacitantes e crônicas, como as demências. Estes doentes precisam de suporte em todas as atividades básicas da vida diária, muitos deles vivem em casas mal acondicionadas, atendidos por familiares que, na maioria dos casos, estão sobrecarregados pelas exigências emocionais e instrumentais inerentes ao processo.

O bem-estar dos cuidadores é merecedor da nossa atenção como um dos objetivos principais, já que a sua capacitação no desempenho das competências intrínsecas ao papel

assumido depende a satisfação das necessidades da pessoa cuidada. Assim, a articulação entre os cuidadores informais e os formais é um pilar fundamental, nomeadamente com os profissionais que trabalham a saúde familiar e comunitária. Uma pessoa não pode cuidar se não é cuidada.

A USF presta cuidados a domicilio a este tipo de doentes, tentando ofertar a máxima ajuda possível na gestão da doença, educação para a saúde ao principal prestador de cuidados, promoção da saúde oral, abordagem da incontinência, prevenção dos efeitos da polimedicação, fomento do descanso e sono, gestão do acesso aos serviços e recursos da comunidade, deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas e prevenção de acidentes domésticos.

1.3. Desenvolvimento de competências na UCC de Campanhã

O terceiro período de estágios começou o 15 de Março e terminou o 2 de Junho. Dada a disponibilidade completa para a realização dos estágios foram estipulados os dias segundo as atividades das enfermeiras da unidade e as necessidades de aprendizagem. Assim, não existiu um turno restrito, a assistência à unidade de estágios foi estabelecida por dias em coordenação com a enfermeira chefe e a disponibilidade das enfermeiras que trabalham na UCC.

O estágio foi desenvolvido na UCC de Campanhã. Antes de começar a falar das atividades desenvolvidas neste estágio realizaremos uma pequena caracterização do serviço e de sua organização para a correta prestação de cuidados.

Caracterização da UCC de Campanhã

UCC de Campanhã está inserida no ACES Porto Oriental, na freguesia de Campanhã, é constituída por uma equipe multidisciplinar de 6 enfermeiros, um médico, um assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um nutricionista e um higienista oral, que garantem globalidade e qualidade nos seus cuidados. Sua área

geográfica de atuação abrange a freguesia de Campanhã e do Bonfim, e a sua atividade de articulação com outras Unidades Funcionais (UF) realiza-se mediante um modelo de referência, através do qual assegura-se a continuidade dos cuidados e o cobrimento das necessidades básicas dos utentes.

O horário de funcionamento da UCC é de segunda a sexta feira, das 8 horas às 20 horas, e fins de semana e feriados, das 9 horas às 17 horas, para cuidados programados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A UCC de Campanhã está composta por um espaço físico composto por dois gabinetes de gestão e registo das intervenções e um armazém de material. O trabalho na UCC realiza-se fora da unidade física, nos domicílios dos utentes e em espaços da comunidade para a realização das atividades comunitárias.

Assim, a carteira de serviços de uma UCC está composta pela contribuição ao diagnóstico de saúde da comunidade, por o planeamento e a execução de programas dedicados à promoção da saúde e a prevenção de doença, tais como o PNSE. No que se relaciona com grupos de risco, levam-se a cabo projetos com crianças em risco, intervenção em famílias e grupos vulneráveis, coopera-se com outras UF em ações dirigidas ao utente e promovem a formação técnica no apoio domiciliário através da ECCI.

Os projetos de intervenção que se trabalham na UCC de Campanhã são:

- Saúde escolar:

- Inclusão escolar.

- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE).

- Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE).

- Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA).

- Educação para a saúde em estilos de vida saudáveis.

- Programa Nacional de Saúde Oral.

- Parentalidade:

- Preparação para a parentalidade.

- Preparação para o parto.

- Apoio amamentação.

-Massagem ao bebe.

-Recuperação pós-parto para puérpera.

-Apoio domiciliário às recém-mamãs e aos recém-nascidos.

- Crianças e jovens em risco:

-Acompanhamento multidisciplinar a crianças e famílias desfavoráveis e com fatores de risco.

-Articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), rede social e equipas de saúde familiar.

- ECCI

Atividades desenvolvidas

A seguir serão apresentadas as atividades desenvolvidas segundo a direção da consecução dos objetivos específicos propostos neste período de estágio. A estrutura desta parte do trabalho é realizada pelo enunciado do objetivo, atividades desenvolvidas e uma pequena reflexão final. São divididos os objetivos segundo as atividades desenvolvidas em Saúde Comunitária, Parentalidade e ECCI.

Objetivo: Conhecer a dinâmica de trabalho do serviço e da equipa multidisciplinar. Integração na equipa da UCC de Campanhã. Abordar os projetos de intervenções ativos no momento do estágio.

Atividades desenvolvidas:

-Reunião com a coordenadora do mestrado em Enfermagem Comunitária e a enfermeira tutora, com o fim de apresentar os objetivos propostos para este estágio.

-Integração na unidade, contextualização das freguesias de Campanhã e Bonfim, aproximação às suas necessidades.

-Visita guiada pela unidade e apresentação aos membros da equipa.

Em diferentes reuniões com a enfermeira chefe da unidade, a coordenadora do Mestrado em Enfermagem Comunitária e a enfermeira tutora do mestrado foram definidas as atividades a desenvolver durante este período de estágio. De facto, nem todos os projetos que se levam a cabo na UCC estavam ativos ou numa fase ótima para nossa intervenção, por isso, na primeira reunião a enfermeira chefe apresentou os projetos ativos da unidade, em que podíamos colaborar, sendo estes as atividades relacionadas com a saúde materna, as intervenções realizadas na ECCE e os projetos abertos na comunidade. Estes foram alguns dos que integram a Saúde Escolar, como o PASSE, o PRESSE ou o Programa Nacional de Saúde Oral, e fomos convidadas a participar na XXIII Feira da Saúde na freguesia de Bonfim, o 18 de Maio, sobre Diabetes.

Nomeadamente, nesta primeira reunião foi falada a possibilidade de assistir a sessões de trabalho do PRESSE, relacionado com o meu interesse sobre a educação escolar para o meu projeto de intervenção. Finalmente esta atividade não pôde acontecer, sendo levantada outra proposta, mais abrangente para meu trabalho como aluna de mestrado sobre a criação de uma aula de educação sexual executada por mim.

O acolhimento das profissionais da unidade foi excelente, podendo acrescentar a minha experiência ao trabalho numa unidade que visa a comunidade.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências nos programas de Saúde Comunitária.

Atividades desenvolvidas:

-Assistência na execução no Programa Nacional de Saúde Escolar: Educação na higiene pessoal em crianças do infantário e em duas aulas do 1º ciclo, incluindo a higiene oral, e participação num diagnóstico de situação em jovens sobre hábitos toxicodependentes em parceria com a USP do ACES Porto Oriental.

-Planeamento de uma atividade em educação escolar sobre o desenvolvimento da puberdade e as mudanças vivenciadas neste período na Escola São Roque da Lameira, para uma turma de 3º ano com 22 alunos entre os 9-10 anos.

-Assistência na apresentação dos projetos de informática dos alunos da escola do Cerco, um deles realizado em parceria com o ACES Porto Oriental.

-Colaboração na XXIII Féria da Saúde de Bonfim sobre a Diabetes.

-Acompanhamento na primeira visita ao domicílio de uma família vulnerável. Pedido de parceria da escola pela falta de higiene que uma aluna apresentava.

A escola é o lugar para a aprendizagem, o espaço de escolha para o intercâmbio de ideias e conhecimento, ainda mais, estabelece-se como o âmbito de construção fundamental da identidade da criança e do jovem. Por tudo isto, a escola é o sitio ideal para o desenvolvimento da promoção da saúde e a prevenção da doença através da educação em saúde. As crianças e jovens estão em contínua mudança, sendo mais fácil a assunção de hábitos de vida saudáveis que a troca de uns para outros.

Os projetos em que participei foi a higiene em diferentes faixas etárias e o diagnóstico de situação de hábitos toxicodependentes em jovens.

Na turma dos pequeninos de 3-4 anos da Escola de São Roque da Lameira foi tratado o tema da higiene. No início foi lembrada a aula anterior com a enfermeira, os dentes, as suas funções e os cuidados necessários para uma boa conservação. As crianças demonstraram boa aprendizagem dessa aula, pois ao apresentar o tema desse dia "a higiene" os alunos instantaneamente relacionaram a higiene com os dentes.

O tema deste dia foi a "higiene da pele", numa dinâmica participativa a enfermeira formulava perguntas, estimulando os meninos a manter a atenção. Foi falado sobre a pele, a frequência com que se deve lavar e a maneira de o fazer, a importância da hidratação, a lavagem das mãos, sua técnica e por último, a roupa, para aproveitar e falar de hábitos e tarefas que eles devem assumir pouco a pouco. Assim, foi reforçado o que todos devem fazer antes de deitar-se a dormir e ao sair da cama. Com esta atividade participativa são conhecidas como são desenvolvidas as rotinas na criança, seus hábitos, para redirecionar os costumes prejudiciais para a sua saúde.

A atividade teve uma duração de 30 minutos, assim foi possível que os meninos não tivessem tempo de entediar-se, manifestando concentração e fixação de novos conhecimentos.

O tema da "higiene da pele" foi tratado com outras duas turmas, em crianças de 6 e 9 anos. A estratégia foi a mesma que com os meninos do infantário, a dinâmica participativa. Eu tinha pensado que nesta ocasião seria mais complicado conseguir captar sua atenção, mas

estava enganada, desde o princípio até o final da apresentação os meninos tiveram vontade de intervir e responder às perguntas levantadas. Nestas idades os meninos já tratam da sua higiene sozinhos, mas algumas vezes tratam sem muita atenção algumas partes do seu corpo, insistimos na necessidade de tomar banho depois das aulas de desporto e na possibilidade de usar desodorizante para evitar cheiros desagradáveis durante as aulas posteriores. Assim, foi reforçada a tomada de banho e a mudança de roupa diária. No caso dos meninos de 6 anos foi falado sobre os piolhos e os cuidados a ter para prevenir a transmissão de uns para os outros.

A seguinte atividade relacionada com a Saúde Escolar foi a participação num diagnóstico de situação sobre os hábitos toxicodependentes em jovens da cidade do Porto, através de questionários sobre os hábitos de jogos, apostas e compras online, consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias psicoativas. Pude assistir a duas sessões, num dia foi, junto à enfermeira chefe na Escola de Ramalho Ortigão, onde se encontram cursos vocacionais e profissionais, e na segunda sessão fomos, junto à equipa da USP do ACES Porto Oriental, para realizar o preenchimento do questionário nas várias turmas de 7º, 9º, 12º e os cursos vocacionais e profissionais da Escola Básica e Secundária do Cerco. Em geral, todas as turmas colaboraram, tiveram uma boa atitude, amostrando curiosidade sobre a finalidade do questionário. Nos cursos vocacionais foi onde os alunos mais distraídos estavam, procuravam qualquer possibilidade para brincar, tinham uma atitude mais infantil. Sempre insistimos no carácter voluntário da sua colaboração, e todos no final tiveram vontade de participar. Foi muito enriquecedor tratar com adolescentes, mesmo só sendo para preencher um questionário, trabalhar as estratégias de comunicação e motivação.

Com as experiências dentro da escola pude observar o valor da saúde escolar e o âmbito que gostaria de trabalhar através do estágio, a Saúde Sexual antecipatória. Depois de tratar com crianças e adolescentes vi como, de igual forma como o tema da higiene é tratada desde pequenos e mais tarde é possível falar de higiene íntima sem perceber sensações de vergonha, outras temáticas também seriam abordadas de melhor forma se são explicadas desde pequenos. Acho que quando a sexualidade deixe de ser um tema tabu, só preservado para o entendimento dos adultos, os adolescentes adotarão posições de maior respeito entre eles e serão mais responsáveis na sua vivência da sexualidade.

Porém, foi planeada, junto à enfermeira Vitória, uma intervenção na Escola de São Roque da Lameira com 22 meninos de 3º ano do primeiro ciclo sobre o desenvolvimento e as mudanças vivenciadas na puberdade. A atividade consistia numa apresentação sobre a

puberdade com apoio de material audiovisual de animação, depois realização de dois desenhos, um do corpo feminino e outro do corpo masculino com as alterações que surgem durante a puberdade e, por ultimo, comentar os erros, as dúvidas e clarificação de conceitos.

No dia da intervenção estiveram na aula 15 meninos, a atividade em geral foi muito bem recebida pelos alunos e pela professora, que participou na explicação de conceitos novos e no reforço de matéria já estudada anteriormente. O filme foi reproduzido duas vezes, no princípio e no fim da atividade para avaliar se a atitude perante o tema mudava após das explicações e o jogo. Na primeira reprodução surgem risotas, mas na segunda se percebe mais seriedade e atenção. No filme surgiram palavras desconhecidas para eles como "autoestima", e por iniciativa própria foram-na procurar no dicionário, interagindo entre eles e connosco.

Depois de visualizar a primeira vez o filme, dividimos a turma em dois grupos e cada um fez um desenho completo dos caracteres secundários num homem e numa mulher. Na mulher falaram da menstruação, que já conheciam, e do homem perguntaram sobre o esperma, situação que foi aproveitada para relembrar o aparelho reprodutor, que já tinham estudado.

A avaliação desta intervenção foi positiva, os miúdos estiveram contentos e se criou um ambiente agradável, onde eles podiam levantar perguntas e entre todos conseguíamos responder-lhes. Os desenhos dos corpos ficaram na aula para explicar em outro dia aos alunos que não puderam assistir o que foi aprendido esse dia.

A seguinte atividade que tive oportunidade de assistir na escola foi à apresentação dos projetos de informática que os alunos da Escola do Cerco tinham desenvolvido durante o ano letivo. Um grupo de alunos tinham um projeto de desenho de uma aplicação para telemóveis que ajudaria os doentes com demências a levar uma vida mais autónoma. Esta aplicação tem conteúdos de interesse para eles como dados de identificação, localização ou avisos para a realização das atividades da vida diária. No processo de criação o grupo de alunos pediu uma parceria com o ACES Porto Oriental, nomeadamente com a UCC de Campanhã. Pelo período de estágio coincidir com o final do ano letivo não pude participar ativamente nesta parceria mas pude observar a articulação existente entre a unidade e a comunidade, neste caso a escola. É gratificante ver como os alunos reconhecem os recursos que estão à sua disposição e os utilizam para sua aprendizagem.

No que se refere à articulação entre a unidade e a comunidade, uma das estratégias escolhidas para que a população adquira conhecimentos sobre a importância dos determinantes de saúde no fomento da qualidade de vida, através da promoção da saúde e a prevenção da doença, são as feiras da saúde. Nesta ocasião a minha colega e eu pudemos trabalhar junto da UCC de Campanhã e a USP do ACES Porto Oriental na XXIII Feira da Saúde de Bonfim sobre a Diabetes.

Durante a feira contou-se com a participação dos Agrupamento de Escolas da Freguesia de Bonfim, ACES-Porto Oriental e outras instituições e organismos públicos. Ao longo do dia foram desenvolvidas uma série de atividades lúdicas, promovidas pelas entidades presentes.

Em coordenação com a enfermeira chefe, a minha colega e eu criamos um folheto dirigido à população sobre a alimentação saudável (Anexo 2) e organizamos uma pequena atividade chamada "o semáforo dos alimentos". A finalidade desta atividade foi que os utentes pegaram em imagens de diferentes alimentos e os colocassem num color do semáforo segundo a frequência com que devem ser consumidos:

-Vermelho: alimentos que devem ser consumidos de forma limitada.

-Amarelo: alimentos que devem ser consumidos com moderação.

-Verde: alimentos que podem ser consumidos todos os dias, favorecedores do crescimento e da saúde.

Quer os folhetos quer a atividade do semáforo foram muito bem acolhidos pelas crianças, adolescentes, adultos e idosos. Através da atividade foram comentados alguns hábitos da alimentação dos utentes que participaram e corrigidos alguns mitos sobre alimentação.

No que se refere à atenção a famílias vulneráveis, pude colaborar na avaliação inicial de uma situação de risco sociofamiliar. A escola, num pedido de parceria, fez referência de más condições higiénicas em duas meninas, irmãs.

Na primeira visita domiciliária o objetivo principal foi a colheita de informação para a realização de uma avaliação inicial da família em seu conjunto. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a entrevista aberta e a observação.

Nossa intenção com esta visita ao domicílio foi a compreensão da estrutura interna e externa da família, seus processos em desenvolvimento e o modo de funcionamento para direcionar nossa prática para a capacitação familiar efetiva.

Os dados obtidos foram os seguintes: Família nuclear formada por 5 membros, o casal e três filhas, recebem apoio da avó materna. A mãe fala de uma má relação com os avôs paternos. O pai teve um acidente laboral que afeta o desenvolvimento atual da sua atividade laboral, de baixa remuneração e a mãe encontra-se desempregada. As condições de habitação não são boas, espaços não divididos, pequenos, edifício residencial com humidades e gretas.

Falamos com a mãe das filhas, fazemos educação para a saúde sobre a higiene diária, fornecemos vários kits de higiene oral e algumas cremas hidratantes. As respostas e a atitude da mãe foi positiva, valorizou a nossa visita e reconheceu a nossa ajuda.

A mãe apresenta sintomas de impotência e tristeza ao falar da situação familiar, do acidente de seu marido e a falta de dinheiro. Recebe ajudas comunitárias e estão à espera de uma vivenda social.

Esta visita domiciliária permite-nos realizar uma avaliação global da situação familiar. Encontramos na mãe sinais de depressão e tentamos incentivá-la para que marque consulta com o médico. A saúde mental é muitas vezes pouco valorizada pela pessoa que se encontra mal e nós, como profissionais, devemos procurar que seja cuidada, fomentar a comunicação intrafamiliar e a expressão de sentimentos.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências em Saúde Materna e obstétrica.

Atividades desenvolvidas:

- Assistência a várias aulas teóricas e práticas de preparação para o parto.
- Espetadora e colaboradora nas aulas de preparação para a parentalidade.
- Participação no curso de massagens para bebés e reabilitação pós-parto no puerpério.

Esta área tinha um importante interesse para meu desenvolvimento como enfermeira pela aproximação a questões que envolvem a gravidez, o parto, o puerpério e a parentalidade tratadas de uma forma pró-ativa, no âmbito da educação.

Através das consultas de vigilância da "gravidez de baixo risco" na USF de Arca d'Água tive oportunidade de começar neste processo de cuidados continuados ao longo de toda a gravidez, tratando as grávidas de maneira individual, agora junto às profissionais que trabalham a saúde materna na UCC de Campanhã pude aproximar-me à área de educação em grupo, prática e teórica.

Esta área é específica das profissionais especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, mas como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, com especial interesse na Saúde Familiar, penso que esta experiência só faz com que a minha aprendizagem esteja em contínuo crescimento, e assim trabalhar melhor no cuidado holístico dos utentes, através do conhecimento do funcionamento das muitas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Sendo duas as enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia na UCC de Campanhã, já que atendem as grávidas da freguesia de Campanhã e Bonfim, tive a oportunidade de assistir às aulas de preparação para o parto e para a parentalidade, exercícios pós-parto e massagem do bebé com as duas profissionais, podendo assistir ao tratamento das várias temáticas em dois grupos diferentes de trabalho.

As aulas sobre parentalidade e preparação para o parto na freguesia de Campanhã dividiam-se na parte teórica, nos exercícios pélvicos com a bola de pilates e nos exercícios de respiração.

No início da aula teórica era lembrado os temas tratados em sessões anteriores e falava-se sobre as dúvidas que tinham surgido, articulando com os temas novos. Assim, na aula que pude assistir a enfermeira falou, por exemplo, sobre as células estaminais, os sinais de parto ou amamentação e alimentação com leite adaptado para o bebé. São aulas interativas, onde a enfermeira especialista não só fala e as grávidas escutam, nestas sessões todo o grupo interfere, levanta as suas dúvidas ou crenças que têm. Ainda mais, durante as aulas práticas, sobre os exercícios pélvicos e as técnicas de respiração eficaz para o parto, também tinham oportunidade de participar. Assim, os temas nas aulas não eram fechados.

Na freguesia de Bonfim a enfermeira aborda um tema em cada aula. Por exemplo, a aula teórica na que estive foi sobre o pós-parto: os tipos de internamento no hospital, a pele com pele com o bebé, a icterícia ou as vacinas que são administradas no hospital. Posteriormente foi falado sobre o desenvolvimento da criança, o papel parental e as consultas de vigilância infantil, insistindo assim na continuidade dos cuidados.

As aulas de preparação para a parentalidade constituem um processo dinâmico de aprendizagem, onde é fomentado a participação ativa, o intercâmbio de experiências e medos. Todas estas sessões procuram a diminuição da ansiedade perante a nova situação.

As aulas de reabilitação pós-parto e massagem ao bebé ultrapassam o seu objetivo primordial de benefícios para a mãe e o bebé, sendo também um espaço de partilha de experiências entre pais, confissões e dúvidas. São momentos de relembrar as aulas pré-parto sobre assuntos que não ficaram esclarecidos. Os pais mostram-se agradecidos de ter a possibilidade de estar presentes nestas aulas que oferecem bem-estar físico às mães e estimulam a ligação entre os pais e o bebé.

A comunidade acomoda uma oportunidade de intervir em conjunto com os pais com o objetivo de ajudar, ensinar, esclarecer, respeitar e criar empatia, para assim construir uma relação de confiança que quer ir ao encontro das necessidades e desassossegos.

Objetivo: Adquirir e desenvolver competências na ECCL.

Atividades desenvolvidas:

-Admissão de novos utentes. Colaboração na primeira visita da equipa ao utente no seu domicílio.

-Participação no tratamento de feridas.

-Promoção da capacitação dos cuidadores informais no processo de cuidar da pessoa com dependência, em contexto domiciliário.

-Assegurar o domicílio como o lugar de excelência, reunir as condições básicas de higiene e conforto.

-Colaboração nas educações para a saúde sobre a sonda de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG).

-Participação na prestação de cuidados paliativos na fase terminal da vida.

A ECCL é um conjunto de profissionais cujo objetivo principal é a prestação de serviços domiciliários derivados de uma avaliação integral realizada desde uma visão médica, de

enfermagem, e a trabalhadora social, entre outros. Os utentes alvo desta ECCI são pessoas em situação de dependência, utentes cuja situação encontra-se entre a doença e o restabelecimento da saúde ou pessoas numa fase terminal da vida, de maneira que não podem realizar as atividades da vida diária de forma autónoma. A ECCI encontra-se na UCC já que se apoia nos recursos da comunidade e do centro de saúde correspondente.

Meu objetivo principal foi tomar contacto com o funcionamento da ECCI, suas características e a aquisição de competências em cada processo de trabalho. Esta experiência, para além de ser completamente nova para mim, permite-me perceber mais de perto o meio em que estas unidades se inserem. O tempo de estágio estabelecido para a ECCI não me permitiu seguir um processo completo mais tive a oportunidade de acompanhar nas diferentes fases em utentes diferentes, menos na alta da unidade.

Assim, foi com a equipa a uma primeira visita domiciliária de um novo utente da unidade, colaborei na colheita de dados através de entrevista ao cuidador principal para a realização de uma avaliação integral do utente, com o médico, a enfermeira e a trabalhadora social. A família estava composta por um casal, e o filho, cuidador principal de ambos.

O utente tinha sido referenciado por necessidade de tratamentos diários no domicílio por apresentar úlceras por pressão e encontrar-se em situação de dependência. O utente estava encamado há um ano e tinha uma urostomia. No dia da primeira visita a urina tinha saído do saco coletor e a cama estava toda molhada. Ajudamos o cuidador a mudar a roupa da cama e a fazer a higiene ao seu pai de maneira correta. O cuidador não possuía conhecimentos na realização da higiene básica. A cama não tinha colchão anti escaras mas tinha grades. A casa não se encontrava em boas condições higiénicas. O filho não tem um trabalho remunerado e os recursos económicos que possui são dos pais. O filho defendia que a casa estava em boas condições e não reconhecia a falta de limpeza da mesma. Apresentava sinais de sobrecarga frente aos cuidados de seus pais.

O conjunto de intervenções selecionadas decorrentes da avaliação integral visavam melhorar as condições de vida e bem-estar do utente em situação de dependência, garantindo os cuidados no domicílio das úlceras de pressão e o apoio ao cuidador principal através da realização de educação para a saúde sobre cuidados básicos que o seu pai requer. A intervenção educativa é essencial ao objetivo de aumentar a qualidade de vida do utente, já que os esforços desenvolvidos para garantir a capacidade do seu cuidador para cuidar, refletir-se-ão no seu bem-estar.

O ECCI faz um trabalho fundamental no cuidado das pessoas dependentes, já que é importante avaliar o ambiente em que vive a pessoa. O escrito anteriormente pode exemplificar como a falta de capacidades no cuidador principal e as más condições da habitação não poderiam ser detetadas durante uma consulta no centro de saúde.

A primeira visita do enfermeiro, da médica que dá apoio à UCC/ECCI e da trabalhadora social, permitiu-me perceber como é executada a entrada dos utentes na unidade, e a necessidade de articulação de todos os recursos humanos disponíveis para a realização de uma avaliação integral que dê lugar ao planeamento de intervenções e objetivos reais para a obtenção de ganhos em saúde dos utentes.

No que ao tratamento de feridas se refere pude colaborar na realização do penso das úlceras de pressão, o que me permitiu conhecer e manipular materiais que desconhecia no que diz respeito a técnicas e tipos de pensos, assim como ao tratamento de uma amputação de perna num doente diabético.

Acudimos ao domicílio de um doente com Alzheimer que tinha colocado recentemente uma sonda PEG. Nesta visita foi aproveitou-se para falar com a cuidadora principal sobre as características desta ferramenta para a nutrição enteral: foi ensinada sobre os cuidados a ter ao estoma e à sonda e à alimentação; insistimos na necessidade de realizar a higiene oral dois vezes ao dia; assinalamos as possíveis complicações habituais que deve vigiar como a irritação ou infeção da pele em torno ao estoma, a obstrução da sonda, a saída da sonda ou a fixação desta à pele e instruímos na atuação pertinente em cada caso.

A possibilidade de ensinar no domicílio estes e outros procedimentos que estão presentes na vida diária da pessoa constitui uma mais valia. Os cuidados em volta da PEG são explicados em outros ambientes como no hospital ou no centro de saúde, mas no domicílio é onde o utente ou o cuidador informal tem que enfrentar-se com esta nova situação, sendo onde surgem mais dúvidas, e onde mais efetivo é a aprendizagem.

Por último, quero mencionar o trabalho da ECCI no que se refere aos cuidados paliativos e ao final da vida. Eu tive experiência em cuidados paliativos num centro especializado em Espanha, e mesmo assim que fora especializado e com umas medidas de privacidade muito boas, não há maior excelência neste tipo de cuidados que a possibilidade de os fornecer no domicílio.

A ECCI presta cuidados para o controlo de sintomas e dor, facilita apoio psicológico, assegurando a continuidade nos cuidados. Assim, assegura alívio ao doente e à família, melhorando a qualidade de vida sem sair de seu ambiente quotidiano.

Pude acompanhar uma das enfermeiras da equipa ao domicílio de uma doente em situação terminal. A família participava de maneira ativa nos cuidados e tinham sido fornecidos recursos para controlar as possíveis situações difíceis que pudessem apresentar-se. Também, devido à fase em que se encontrava a utente, a ECCI ajudava a família a lidar com a perda próxima.

2. ESTRATÉGIAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

No planeamento deste trabalho um dos objetivos foi a realização de um trabalho de investigação na área de promoção da saúde. O âmbito de eleição foi o papel de Enfermagem na assunção de hábitos e condutas das pessoas relacionadas com sua sexualidade. A questão levantou o meu interesse pela vivência no período de estágios realizados na USF Arca d'Água, onde foi integrada na consulta de planeamento familiar e o controlo oncológico. Estes são as áreas nas que tive contacto com a experiência sexual dos jovens e dos adultos.

Nomeadamente, chamou a minha atenção o começo precoce das relações sexuais dos jovens, tendo tido uma utente com 14 anos de idade na consulta de planeamento familiar. O motivo da consulta era a aquisição de métodos anticoncetivos orais. Ela vinha acompanhada pelo namorado, uns anos mais velho. Eles não levantaram questão nenhuma ou dúvidas relacionadas com a sexualidade ou seus riscos, mas a atitude prevalente em ambos era de vergonha.

E então, muitas questões relacionadas com a vivência da sexualidade nos jovens invadiram meu pensamento. Foi neste momento quando tive consciência da área que queria explorar. Percebi que o enfermeiro de família não tem muitas oportunidades no contacto precoce com os adolescentes onde tratar o tema da sexualidade. Muitos jovens não chegam a conhecer a unidade de saúde familiar como um recurso onde eles podem adquirir informação e falar das mudanças que vivem neste momento da vida. Habitualmente eles vão acompanhados nas consultas infantojuvenil pelos pais, nomeadamente a mãe, e a maioria não apresentam uma relação de confiança para falar

sobre a sexualidade. Na atualidade este tema continua sendo um "tabu" para muitas pessoas.

Assim, a área de interesse foi falado com as tutoras do projeto e foi apresentada a possibilidade de investigar dentro da educação escolar, nomeadamente em saúde sexual e reprodutiva. A abordagem desta área produz-se no último período de estágios, na UCC de Campanhã.

A eleição da linha de investigação foi definida com ajuda da Enfermeira coordenadora da UCC de Campanhã e as minhas tutoras. O fornecimento de documentação sobre o Programa Regional de Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva e a aproximação à educação escolar pela unidade foram os pilares fundamentais na eleição de elaborar um projeto de investigação sobre as estratégias educacionais utilizadas na área.

2.1. Introdução

Tendo em conta um dos objetivos propostos antes do início do estágio, o conhecimento da articulação das unidades de saúde portuguesas, ainda mais na procura da promoção da saúde e na prevenção da doença de acordo com o Sistema Nacional de Saúde Português, sentimos necessidade de estudar e aprofundar os nossos conhecimentos sobre o “Tratamento da Saúde Sexual e Reprodutiva”.

A parceria entre as escolas e o Sistema Nacional de Saúde Português visa pela introdução de projetos de promoção da saúde, e estes são responsabilidade das Unidades de Saúde Pública (USP). Por conseguinte, todas as unidades do agrupamento de centros de saúde (unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados ou unidades de recursos assistenciais partilhados) devem constituir equipas multidisciplinares no desenvolvimento de atividades no âmbito da saúde escolar, nomeadamente em saúde sexual e reprodutiva.

Os objetivos das intervenções sobre saúde sexual das equipas de saúde escolar encontram-se recolhidos numa orientação do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2010). Destacam os seguintes:

-Apoio na implementação dos projetos de promoção e educação, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, em meio escolar.

-A equipa de saúde escolar será a ligação entre os alunos e as diferentes áreas de saúde, assim como aos recursos disponibilizados pelos serviços, nomeadamente os meios de contraceção e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

-Sujeito aos recursos existentes e a dinâmica local, as equipas de saúde devem formar o gabinete de informação e apoio ao aluno.

-As equipas devem facilitar o acesso de materiais de apoio para a educação em saúde aos alunos.

-Os ganhos em saúde das crianças e jovens têm que ser avaliados através dos indicadores de saúde.

Sexualidade - Saúde sexual e reprodutiva

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, defendeu-se a vivência da sexualidade de maneira satisfatória e responsável. A saúde reprodutiva das pessoas aparece em todas as fases da vida, por isso foi afirmada a capacidade de reprodução e a liberdade de decisão na regulação da fertilidade. Assim, os homens e mulheres têm direito a ser informados e a ter acesso a métodos de qualidade no controlo de sua capacidade reprodutiva. Sendo também estabelecido o direito ao acesso a serviços de saúde apropriado no seguimento da gravidez e o parto (Nações Unidas, 1994).

Além disso, segundo a OMS, a Saúde Sexual é definida como o bem-estar físico, emocional, mental e social em relação com a sexualidade. Não só abrange aspetos da saúde reprodutiva, nomeadamente a capacidade de controlo da fertilidade, através da anticonceção e a interrupção voluntária da gravidez, a prevenção das Infeções de Transmissão Sexual (ITS), o tratamento de disfunções sexuais e das sequelas da violência sexual ou da mutilação genital feminina. A Saúde Sexual compreende as experiências sexuais seguras e prazenteiras, livres de coação, discriminação ou violência. Sendo assim, a sexualidade humana inclui muitas formas diferentes de comportamento e expressão, e seu reconhecimento contribui para uma sensação geral de bem-estar e saúde (WHO, 2015).

Direitos dos jovens à saúde reprodutiva e sexual.

Quando falamos de "direitos em saúde reprodutiva e sexual das pessoas" podemos afirmar que estes são Direitos Humanos, reconhecidos pela Organização das Nações Unidas. Trata-se da proteção dos direitos de não discriminação; direito à privacidade e à confidencialidade; direito ao acesso à educação, à informação e aos serviços de saúde (WHO, 2015)

Por consequência, é possível a redação e a compreensão dos direitos em saúde sexual e reprodutiva de acordo com as disposições veiculadas pelos direitos humanos. Assim, estas normas constituem documentos de consenso regional, nacional e internacional no que diz respeito aos padrões de saúde. Convertem-se em ações, isto é, são operacionalizadas através da promulgação e aplicação das leis, políticas e orientações a nível nacional.

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que se realizou no Cairo, Egito, em 1994, foram abordados os "direitos reprodutivos" do casal, nomeadamente da pessoa, enquanto direitos básicos de acesso aos meios de informação e debateu-se sobre a liberdade de utilização da sua condição física de fecundidade, incluindo o respeito de qualquer decisão quanto à reprodução (Mattar, 2008).

Um ano depois, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, e durante a discussão destes mesmos direitos, abordou-se o tema da igualdade entre homens e mulheres na saúde sexual e reprodutiva, o respeito mútuo e a partilha da responsabilidade na tomada de decisões em relação ao comportamento sexual e suas consequências (Mattar, 2008).

Em 1996, com a finalidade de promover e proteger os direitos e liberdades sexuais e reprodutivas a International Planned Federation redigiu a "Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos", mais tarde, no ano 2000, foi traduzida e adaptada para português pela Associação para o planeamento da família.

Estes direitos são os seguintes:

- ✓ O Direito à vida.
- ✓ O Direito à liberdade e segurança da pessoa.
- ✓ O Direito à igualdade e o direito a estar livre de todas as formas de discriminação.
- ✓ O Direito à privacidade.
- ✓ O Direito à liberdade de pensamento.

- ✓ O Direito à informação e educação.
- ✓ O Direito de escolher casar ou não e de constituir e planejar família.
- ✓ O Direito de decidir ter ou não filhos e quando os ter.
- ✓ O Direito aos cuidados e à proteção da saúde.
- ✓ O Direito aos benefícios do progresso científico.
- ✓ O direito à liberdade de reunião e participação política.
- ✓ O Direito a não ser submetido nem a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante.

Quando falamos dos direitos em saúde sexual e reprodutiva das pessoas é importante contextualizar estes direitos, tendo em conta o lugar onde as pessoas residem e as suas leis. É importante que a legislação dos países respeite os direitos humanos e os direitos à saúde sexual e reprodutiva e que não apareçam contradições entre os dois (direitos humanos e leis vigentes). Se assim for, as pessoas terão a liberdade e a responsabilidade de ser coerentes na forma de viver a sua sexualidade, sem encontrar oposição ou discriminação. O que se pretende é ir ao encontro da promoção da saúde e da prevenção da doença, remover as barreiras no acesso à educação e à informação documentada e à eliminação dos estigmas (WHO, 2015).

Educação sexual e reprodutiva (PNS Saúde Reprodutiva e Sexual e Programas de Saúde Sexual e Reprodutiva).

Desde a visão holística da sexualidade, a educação na sexualidade deve envolver as crianças, jovens, professores e pais, iniciar-se no pré-escolar e alargar-se durante toda a escola. O objetivo principal é contribuir na tomada de decisões responsáveis no âmbito afetivo-sexual, na diminuição dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (DGS, 2015)

Embora o desenvolvimento da sexualidade em cada pessoa esteja influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos, legais, éticos, religiosos e espirituais, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) reconhece todos os aspetos da sexualidade que a OMS define com o fim de abranger uma boa compressão da mesma. Podemos destacar o prazer, a identidade, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e a reprodução, como conteúdos

chave dentro da educação sexual e reprodutiva. A expressão da sexualidade em vivências, desejos, comportamentos, valores, atitudes, práticas e relacionamentos, não são sempre identificados e respeitados, por isso é importante investir numa boa educação sexual e reprodutiva, para favorecer a defesa de todos os modos de expressão da sexualidade (DGS, 2015).

O PNSE visa a formação da comunidade educativa com o fim de fornecer a melhor gestão da sexualidade, facilitar as orientações para a concretização de parcerias entre as instituições de saúde e as escolas segundo a legislação em vigor (DGS, 2015).

Na página web da Direção Geral da Saúde (DGS) é possível ter acesso ao link direcionado à Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta página fornece diferente informação sobre a mesma, embora não haja possibilidade de descarregar o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNRS).

O PNSR foi criado por despacho de S. Ex^a o Sr. Ministro da Saúde, em Julho de 2007, na dependência do Sr. Diretor-geral da Saúde, abrangendo as áreas de: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida.

Ainda que a DGS, nas páginas webs mencionadas, só possibilita o acesso à informação sobre a parte reprodutiva da sexualidade, pode-se afirmar que os conteúdos de formação em educação para a saúde sexual têm merecida atenção por parte das autoridades portuguesas. Em 1999 foi publicada a Lei nº 120/99 com o objetivo de reforçar os direitos à saúde sexual e reprodutiva. A escola foi reconhecida como o âmbito competente na integração das intervenções da promoção da saúde sexual no Decreto-Lei nº 259/2000, para ir ao encontro da harmonização da educação sexual, na consciencialização de cada pessoa acerca da própria saúde e a aquisição de competências que lhe habilitem para uma progressiva auto responsabilização (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Mais atual é a decisão do Governo, desde o Despacho nº25 995/2005 (2^o Série) de estabelecer a obrigatoriedade do projeto de educação para a saúde nos programas educativos, sendo em 2009 aprovada a Lei nº60 com o fim de consagrar a educação sexual como uma das áreas incluídas na educação escolar. Assim, a Portaria nº 196-A/2010 procede à regulação da mesma, de forma a estabelecer os conteúdos sobre educação sexual no ensino básico e secundário, determinando as matérias mínimas em cada ciclo letivo (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Em termos gerais pode-se destacar no 1º ciclo o conhecimento do corpo, a pessoa e a sua relação com o ambiente social e cultural, a família, as diferenças entre sexos, a proteção para possíveis situações abusivas, a criação de um ambiente de confiança para que os alunos se sintam à vontade de poder fazer perguntas e expressar dúvidas, com uma base de conhecimentos que permitam ao professor responder com clareza. No 2º ciclo os conteúdos tratam as mudanças na puberdade, seus aspetos biológicos e emocionais, a normalidade, a importância e frequência das variantes biopsicológicas; diversidade e respeito; sexualidade e género; reprodução humana e crescimento (planeamento familiar); dimensão ética da sexualidade e prevenção de maus tratos. No 3º ciclo do ensino básico os conhecimentos éticos serão ampliados, capacitando os alunos a lidar com as frustrações, os afetos, o crescimento e a maturação emocional. Serão fornecidos conhecimentos mais extensos sobre o aspeto biológico da sexualidade, sua fisiologia, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), os métodos contraceptivos, a saúde sexual e reprodutiva responsável (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

No ensino secundário há maior probabilidade de início das atividades sexuais, por isso, são lembrados os conteúdos do 3º ciclo do ensino básico e abordado as razões sobre os comportamentos e atitudes dos adolescentes na atualidade. Os adolescentes devem aprender a conhecer o seu próprio corpo, por exemplo, o reconhecimento do seu ciclo menstrual (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Estes conteúdos são planeados de forma a que o adolescente seja consciente, responsável e livre na tomada de decisões em relação à sexualidade, e não só pela falta de proibições. É necessário o conhecimento para saber escolher entre todas as formas de vivenciar a sexualidade, saber o que se quer com reconhecimento das consequências dos atos, não só pela vontade do desejo ou a influência social. É isso a responsabilidade inerente à sexualidade.

Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)

O PRESSE é o programa da Região Norte de Portugal. Este programa é promovido pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, através da Unidade de Saúde Pública em parceria com o Departamento Regional de Educação do Norte (DREN).

O PRESSE visa a implementação da educação sexual e reprodutiva nas escolas de maneira de dotar de uma estrutura à mesma, em apoio ao trabalho em equipa entre os professores e os profissionais de saúde.

O programa tem a finalidade da diminuição dos comportamentos de risco e a assunção de atitudes protetoras, nomeadamente no âmbito da sexualidade dos alunos da Região Norte de Portugal.

Recentemente, o 25 de Julho de 2015, o PRESSE foi galardoado com o Primeiro Prémio de Excelência e Inovação em Educação Sexual, pela Associação Mundial de Saúde Sexual e Reprodutiva, no 22º Congresso em Singapura. O congresso apresentou-se como uma forma de promover a articulação entre os especialistas e as equipas de atuação locais. O objetivo foi contribuir para os avanços na teoria e metodologia, assim como partilhar boas práticas na educação sexual.

O PRESSE apresenta-se como uma ferramenta na educação sexual através de:

- ✓ Formação dos profissionais de Saúde Escolar, professores, e psicólogos em sexualidade humana, educação sexual e metodologias pedagógicas. Assim, por exemplo o Departamento de Saúde Pública – ARS Norte, I.P. desenvolveu um guião PRESSE de Formação para professores de 2º ciclo do ensino básico. Este documento "pretende-se que seja um instrumento de trabalho dinâmico e flexível, apresentando, de forma clara, noções fundamentais à abordagem da educação sexual em meio escolar, com uma perspetiva abrangente e integral da sexualidade". Preconiza-se a abordagem de 14 temas, fornecendo sua componente teórica, atividades e referências a outros recursos úteis para o desenvolvimento global do tema (Neto et al, 2009).
- ✓ Receita de conteúdos e recursos pedagógicos previstos para os vários níveis de ensino; 1º, 2º e 3º ciclo de ensino básico e secundária.
- ✓ Opções de complemento curricular de dinamização na escola para a promoção da saúde sexual, tais como teatro, debates e exposições.
- ✓ Encostar a implementação de um Gabinete de informação e Apoio na área de educação para à saúde sexual. Pretende a dinamização deste gabinete com um manual de boas práticas, em plenitude de seu funcionamento, de acordo com a legislação vigente. As suas principais atividades versam para o apoio assegurado por profissionais com formação nas áreas de saúde e educação sexual, o acesso a

informação para dar resposta as questões levantadas pelos alunos, realização de atividades que contribuam à educação sexual e o encaminhamento para serviços de acesso a métodos contraceptivos.

Este programa, não só visa a educação por parte dos professores e profissionais de saúde, mas além disso pretende envolver os pais nesta. Todos têm um papel ativo no desenvolvimento do programa.

O modelo de implantação divide-se em três fases: a primeira de Maio a Setembro, com a formação dos profissionais de saúde e coordenadores. Seguido da segunda fase, de Setembro a Dezembro, constituída da formação dos professores das escolas que participam no programa. Por último, a terceira fase, é o PRESSE nas escolas, durante todo o ano letivo.

No ano letivo 2008-2009 teve início um projeto piloto só no 5º ano de escolaridade de 22 escolas selecionadas da região Norte. Em 2015 abarca mais de 12000 alunos, em 247 escolas da região Norte, distribuídas por 21 Agrupamentos de Centros de Saúde e 3 Unidades Locais de Saúde. Constitui 80% dos Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas públicas da região Norte (Informação prémio PRESSE, Portal da ARS Norte. 04/08/2015).

2.2. Método

Os enfermeiros são encorajados na utilização dos resultados consequentes do conhecimento científico através da Prática Baseada na Evidência (PBE). É importante a conscientização dos profissionais da saúde na implementação da melhor evidência na assistência nos cuidados prestada nos diferentes níveis de saúde (Mendes et al, 2008).

A PBE é a solução à tomada de decisão para a resolução de um problema. Inclui o conhecimento do mesmo, a procura da melhor evidência científica para tratar disso e a avaliação crítica dos resultados obtidos. Os resultados de qualidade, fundamentados em base científica e a sua utilização no cuidado assistencial são a base da PBE (Mendes et al, 2008).

Dentro da consecução da PBE encontra-se a união de artigos científicos de uma determinada temática numa revisão, com a finalidade de entrever se há suficiente evidência científica para defender a implementação do assunto estudado. Os artigos de revisão podem dividir-se em duas categorias: as revisões narrativas e as sistemáticas. As últimas podem utilizar quatro maneiras metodológicas: um meta-análise, a revisão sistemática, a revisão qualitativa e a revisão integrativa (Botelho et al, 2011).

A revisão integrativa é um método de demonstração que parte do simples para o composto, das causas para os efeitos, das partes para o todo; e, em matéria de raciocínio, do princípio para as consequências. Assim na composição do conhecimento científico a revisão integrativa mostra o estado de um tema ou assunto, também regista as lacunas que devem ser resolvidas em posteriores estudos (Mendes et al, 2008).

Consequentemente, as revisões integrativas fornecem um resumo do passado da literatura empírica e teórica, integração de conceitos, opiniões e ideias originais dos estudos incluídos no estudo. Todos estes dados com o fim de favorecer uma melhor compressão de um fenómeno particular ou o desenvolvimento de novas teorias. Além disso, a revisão integrativa introduz pesquisa experimental, quase experimental e não experimental, abrangendo as diferentes finalidades de um estudo; direcionado para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise de métodos dos estudos de um tema particular (Botelho et al, 2011) (Mendes et al, 2008).

Por estes motivos, a revisão integrativa cumpre todos os requisitos para executar com exatidão a finalidade deste trabalho de pesquisa, o conhecimento das estratégias, intervenções e atividades utilizadas em matéria de educação em saúde sexual e reprodutiva.

Fases e descrição da revisão integrativa

O processo de elaboração de uma revisão integrativa é conseguida do resultado de seguimento de sete passos: formulação da pergunta, localização dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados, e aprimoramento e atualização da revisão (Botelho et al, 2011).

Existe grande diversidade de formas para a execução de uma revisão integrativa. A guia de eleição foi o seguimento das fases elaboradas por Mendes et al. (2008).

1. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:

Este complexo processo inicia-se com a identificação de um problema que desperte a curiosidade do revisor, um tópico merecedor da sua atenção. Assim esta primeira fase tem ocorrência, habitualmente no âmbito da prática clínica. Surge disso uma questão norteadora do processo em estudo, aquela é condutora durante toda a investigação e permitirá a identificação dos descritores ou palavras chave utilizados na pesquisa (Mendes et al, 2008).

2. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou procura na literatura:

É importante ter em conta que a amplitude do tópico em estudo delimita o processo de seleção de artigos, por isso, com um objetivo abrangente mais concretização será necessária na criação dos critérios de inclusão e exclusão. Pois um número muito alto de estudos cria uma maior possibilidade de introduzir trajetórias e direções não desejadas na revisão (Mendes et al, 2008).

A validade interna da revisão é consequente da avaliação crítica e minuciosa da literatura, favorecida por um objetivo claro e um bom discernimento dos critérios de inclusão e exclusão. Este processo também é conhecido por "amostragem", e inclui indicadores de profundidade, qualidade e confiabilidade dos resultados finais da revisão. Uma estratégia é a inclusão de todos os estudos e a realização de uma procura de padrões de influência nos resultados (Mendes et al, 2008).

3. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:

Esta etapa coincide com a coleta de dados numa pesquisa convencional. É importante e facilitador a utilização de uma ferramenta de categorização da informação, com o objetivo de promover uma síntese do conhecimento do tema investigado. Esta fase proverá de uma ajuda excepcional na construção das conclusões (Mendes et al, 2008).

Habitualmente a informação recolhida nos artigos abrange a amostra de cada estudo, os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e as principais conclusões (Mendes et al, 2008).

4. Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:

Esta fase é análoga à análise dos dados numa pesquisa convencional. Os estudos selecionados serão examinados com atenção em diferentes detalhes. Alguns desses são a análise estatística, a descrição dos fatores que tem efeito na variável nos estudos, a base para a questão norteadora, a metodologia do estudo, a amostragem é correta, a explicação da inclusão ou exclusão dos estudos e as pesquisas futuras necessárias (Mendes et al, 2008).

5. Quinta etapa: interpretação dos resultados:

Encontramo-nos na fase da discussão nos resultados da pesquisa convencional. Trata-se da comparação da avaliação crítica dos artigos com o conhecimento teórico e levantamento de conclusões resultantes. Também se inclui nesta fase a explicação das possíveis lacunas encontradas na literatura e os caminhos que os futuros pesquisadores podem seguir para realizar nova investigação científica (Mendes et al, 2008).

6. Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento:

A última etapa consista na criação de um documento de síntese do trabalho realizado. Deve contemplar todas as fases e mostrar os principais resultados obtidos. Este documento mostra a sua qualidade pelo grande nível de conhecimento referenciado num só documento (Mendes et al, 2008).

Para guiar a presente revisão integrativa formulamos a seguinte questão norteadora: Quais são as intervenções utilizadas na promoção da saúde sexual nos adolescentes?

A seleção dos descritores foi feita através da página web <http://www.decs.bvs.br/>. É uma ferramenta útil na procura dos descritores em ciências da saúde (DeCS), para utilizar uma linguagem única nos artigos de revistas científicas, livros e relatórios técnicos.

As palavras chave selecionadas em inglês, português e espanhol, são as seguintes:

- ✓ Adolescent; Adolescente; Adolescente ("Pessoa com 13 a 18 anos de idade").

- ✓ Sexuality; Sexualidade; Sexualidad ("Funções sexuais, atividades, atitudes e orientações dum indivíduo. Se torna evidente na puberdade sobre influências hormonais e baixo os efeitos sociais").
- ✓ Sexual health; Saúde sexual; Salud sexual ("Um estado de bem-estar físico, mental e social com relação à sexualidade. Exige uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência").
- ✓ Inervention; intervenção; intervención.

As bases de dados selecionadas na estratégia de procura de artigos científicos foi MEDLINE with full text, CINAHL PLUS with full text, COCHRANE database of systematic review, NICE e Academic search complete, desde Março de 2016 até Julho de 2016 através da plataforma EBSCO host. Paralelamente para ir ao encontro de artigos publicados em português e espanhol foi selecionada a base de dados SCIELO, cada idioma em sua versão independente.

Segundo os autores selecionados é de vital importância ter em conta a amplitude do tópico em estudo, e assim quanto maior seja a abrangência do tema mais específicos devem ser os critérios de inclusão de artigos. Em consequência, ao longo deste percurso foram estruturados os critérios de seleção de artigos. Estes são a inclusão de artigos que englobam a temática em estudo, estudos sobre uma ou várias intervenções realizadas na área de promoção da saúde sexual dos adolescentes com uma avaliação posterior das mesmas, apresentados em texto integral (full text), disponíveis para análise, revisões sistemáticas ou estudos de base publicados nos idiomas português ou espanhol, entre 2010 e 2016. Tinham que conter no seu título ou resumo os descritores de escolha (DeCS) ou as palavras chave selecionadas.

A partir da questão de partida foram identificadas algumas das variáveis que deviam aparecer à hora da inclusão de estudos. Estas são: o comportamento sexual (início da atividade sexual, uso de métodos anticoncetivos, prevenção das ITS, gravidez na adolescência ou interrupção voluntária da gravidez), aqueles estudos que avaliaram o nível de conhecimentos dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva antes do planeamento ou execução das intervenções, ainda mais os estudos que consideraram as declarações de intenções dos adolescentes na vivência da sexualidade, ou o conhecimento sobre as atitudes de risco.

Na exclusão de artigos foram incluídos estudos que só faziam descrição de conhecimentos dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, ou aqueles que avaliavam as intervenções que esses adolescentes receberam anteriormente sem narração das mesmas, e os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão.

2.3. Resultados

No seguimento da estratégia descrita foram selecionados num princípio 51 artigos pelo título e a leitura do resumo. Com uma leitura mais pormenorizada foram selecionados 22 artigos.

Utilizando a estratégia anteriormente descrita, com os critérios de inclusão definidos foram rejeitados 15 artigos.

Sintetizando, 7 artigos foram aceitados pela leitura integral, por darem resposta à problemática em estudo, dos quais 5 são artigos originais e 2 são revisões sistemáticas da literatura.

Na tabela 1, é realizada a análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa, especificando a informação sobre os autores, ano de publicação, título do artigo, fonte, país, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados e conclusões.

Tabela 1- Análise dos artigos selecionados.

2Autor Ano	Título Publicação País	Objetivos	Metodologia utilizada	Resultados	Conclusões
Candel MI ET AL, (2015).	"Sexualidad saludable en nuestros jóvenes: un programa de intervención escolar". Revista Pediatría Atención Primaria. Espanha.	Avaliação dos conhecimentos sobre sexualidade antes e depois de executar o "Programa de Intervención en Educación Sexual" (PIES) e avaliação da eficácia das oficinas.	Estudo descritivo transversal. A amostra está conformada por 96 alunos de ambos sexos com uma idade média de 14.7 anos. Os profissionais sanitários realizaram 3 oficinas sobre educação sexual adaptadas aos conhecimentos e necessidades recolhidas através dos questionários.	Os resultados apresentados definem carência de conhecimentos sobre a sexualidade.	Após realização do programa os adolescentes aumentaram seus conhecimentos sobre sexualidade.
Muñoz DE et al, (2013).	"¡Cuídese, no meta la pata!: sexualidad juvenil en escolares de Medellín". Revista Index de Enfermería. Colombia.	Identificar eixos para a educação sexual e a formação dos docentes.	Estudo experimental e descritivo transversal. Realização de oficinas educativas em 6 escolas, cada uma com 7 sessões, sendo a última e a última a avaliação qualitativa da oficina. A amostra foi de 226 adolescentes.	Os adolescentes reconhecem aos pais como precursores e garantes de confiança, diálogo e apoio. Identificação do diálogo entre pares como método facilitador. Os autores assinalam como os jovens sente-se numa contradição; entra o discurso institucional do risco sexual e o desenvolvimento psicosexual que os impulsam ate a experiência. Identificação de um alto nível de	Consecução de umas pautas para o desenvolvimento de programas de educação sexual.

<p>Lago AM et al, (2015)</p>	<p>"Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa Rica".</p>	<p>Identificar e criar conhecimentos sobre a sexualidade, anticoncepção e ITS em adolescentes. Valoração da intervenção educativa realizada.</p>	<p>Estudo descritivo transversal. Amostra de 686 alunos com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. Realização de sessões educativas com exposições teórico-práticas. Preenchimento de um questionário de conhecimentos antes e após intervenção e outro de satisfação.</p>	<p>autonomia nos adolescentes.</p>	<p>Os conhecimentos prévios errôneos foram melhorados após intervenção e taxa de satisfação obteve uma pontuação de 4,6 sobre 5.</p>	<p>Os adolescentes admitem como necessária a educação sobre sexualidade adaptada a suas necessidades desde idades precoces. Identificam esta necessidade pelo silêncio presente nas suas casas no referente à sexualidade.</p>
<p>Flora M et al, (2013).</p>	<p>"Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura".</p>	<p>Analisar a eficácia das intervenções de educação sexual.</p>	<p>Revisão sistemática. As bases de dados selecionadas são MEDLINE e outras integradas no alojador EBSCO, entre 2008 e 2010. A pesquisa foi complementada com os serviços de documentação dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).</p>	<p>Privilegiou-se a intervenção baseada em estratégias interativas, promotoras de uma aprendizagem ativa.</p>	<p>Destaca a metodologia da formação participativa, nomeadamente aquela dirigida por grupo de pares e as intervenções que tiveram em conta os valores da cultura estudada e a motivação na responsabilidade e na tomada de decisão.</p>	<p>Os estudos permitem responder à questão de investigação definida. Mas não é possível comparar todos os estudos por ter amostras não homogêneas e a eficácia das intervenções deve ser analisada à luz da realidade sociocultural de cada contexto.</p>
<p>Revista de Enfermagem Referência. Portugal.</p>	<p>Destaca a formação integrada nas</p>	<p>Identifica-se resultados favoráveis quando as intervenções vão ao encontro dos valores culturais específicos.</p>				

			<p>Seleção de 13 artigos, quantitativos experimentais ou quási experimentais, e um de coorte.</p> <p>A amostra encontra-se entre os 15 e os 19 anos de idade.</p>	aulas de ciências, as conferências e demonstração no laboratório	Os autores sugerem à inclusão da família nas intervenções.
Gómez et al, (2015).	"Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes". Revista Cubana de Salud Pública. Cuba.	Identificação das necessidades de aprendizagem em aspetos da sexualidade num grupo de adolescentes.	Estudo descritivo transversal. A amostra foram 65 adolescentes do consultório Quemado Güines entre Setembro de 2009-2010.	Os conhecimentos sobre a sexualidade apresentaram-se insuficientes, mas os adolescentes argumentavam ter relações sexuais e identificam-se com imaturidade biopsicológica para uma gravidez. O nível de conhecimentos sobre as relações sexuais na adolescência foi melhorado após as ações educacionais. Ninguém qualificou as ações como insatisfatórias.	As necessidades de aprendizagem dos adolescentes estudados centram-se nos aspetos gerais da sexualidade, o início precoce da sexualidade e seus riscos. As ações educativas conseguiram elevar o nível de conhecimentos na maioria da amostra.
Gonçal ves RC et al, (2013)	"Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios". Revista Holos. Brasil.	Abordar os impasses e desafios no desenvolvimento da educação sexual por parte de pais e educadores, bem como discutir o valor da educação emancipatória na formação dos	Revisão sistemática. Foram consultados documentos impressos e bases de dados eletrónicas.	No ambiente familiar destaca a omissão da sexualidade com os filhos, evidência da falta de preparo dos pais para falar devido à história de repressão em torno à sexualidade. Os professores manifestam timidez, insegurança para debater, falta de preparação, ainda mais, a ideia de que o a sexualidade deve tratar-se exclusivamente pela família.	Os estudos selecionados apontam para a necessidade do estabelecimento da educação sexual emancipatória dentro do contexto familiar e escolar para que os adolescentes assumam seu corpo e sua sexualidade com atitudes positivas, livres de medo, culpa e preconceito. Evidencia-se dificuldades na abordagem da sexualidade tanto

	jovens.		em pais como em professores.
Souza V, (2011)	"Adolescentes em cena: uma proposta educativa no campo da saúde sexual e reprodutiva". Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil.	Descrever a experiência sobre a elaboração de material educativo no formato de performance teatral criada e encenada por adolescentes, como estratégia para a obtenção de uma atitude reflexiva e autônoma desses sujeitos, no campo afetivo-sexual e reprodutivo.	Estudo descritivo transversal. Projeto de intervenção "Adolescentes em Cena", performance teatral. Amostra de 12 estudantes entre 14 e 18 anos de idade. Através do questionário identificou-se começo de atividades sexuais sem proteção associado a consumo de drogas ilícitas. Ainda mais, um conhecimento limitado sobre sexualidade. Durante as oficinas os adolescentes se conheceram e interagiram. O compartilhar de experiências estimulou a busca de respostas a determinados temas e situações. As falas desses sujeitos sobregênero, sexualidade foram marcadas por valores morais e éticos. Foi identificado um aprofundamento do saber em outras cenas sobre conteúdos anteriormente identificados como limitados. Os adolescentes revelaram uma melhora da autoestima e um aumento do diálogo com a família, além de uma mudança de atitude em relação ao seu modo de vida e à forma de lidar com seu próprio corpo.

2.4. Discussão

O autor selecionado (Mendes et al, 2008) para o seguimento das fases da revisão integrativa descreve este momento como o análise dos dados examinados com atenção nos diferentes detalhes de interesse.

Os detalhes que neste estudo levantam interesse são:

- A metodologia dos artigos que permitem conhecer as estratégias em saúde sexual e reprodutiva;
- Avaliações de conhecimento e comportamentos que os estudos incluíram antes e após realização das intervenções;
- Estudos que mostram mudanças nos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes;
- As estratégias, intervenções ou atividades utilizadas nos estudos;
- Dados sobre as variáveis escolhidas na inclusão de estudos, os quais são o comportamento sexual dos adolescentes (início da atividade sexual, uso dos métodos anticoncepcionais, prevenção das ITS, gravidez na adolescência ou interrupção voluntária da gravidez) ou as declarações de experiência dos adolescentes na vivência da sexualidade.

A metodologia dos artigos que permitem conhecer as estratégias em saúde sexual e reprodutiva

A maioria dos estudos selecionados têm uma metodologia descritiva. Justifica-se a eleição deste tipo de artigos por o facto de nosso objetivo ser conhecer diferentes estratégias, intervenções e formas de atuação na educação sexual nos adolescentes. Estes estudos, numa maior percentagem, avaliam os comportamentos dos adolescentes em matéria da sexualidade, os seus conhecimentos e as suas crenças. Alguns de eles levantam os possíveis

fatores que influem na vivência da sexualidade, nomeadamente na assunção de condutas de risco.

Através das revisões sistemáticas conseguimos acercar nossa visão ao material bibliográfico sobre a eficácia de algumas das intervenções realizadas na educação sexual e reprodutiva, e ainda mais, os obstáculos que se apresentam aos pais e aos docentes na ação da educação sexual dos adolescentes, já que eles se constituem como peças chave no desenvolvimento da mesma.

Avaliações de conhecimento e comportamentos que os estudos incluíram antes e após realização das intervenções

Ao falar dos tipos de estudos selecionados é imprescindível ter em conta as avaliações que estes fizeram. Tem cabimento neste estudo avaliações de conhecimentos qualitativas e quantitativas, a maioria realizada através de questionários com o fim de apreciar comportamentos, atitudes ou necessidades de aprendizagem dos adolescentes. O questionário também é utilizado pelos diferentes autores na caracterização da população alvo de seus estudos, sempre com consentimento da comissão de ética e o consentimento dos participantes.

Ainda mais, alguns dos artigos desta revisão tiveram em conta a satisfação dos participantes após realização das intervenções, o que foi uma mais valia para a inclusão.

Candel MI et al, (2015); Lago AM et al (2015); Gómez et al, (2015) realizaram o desenho de um questionário de avaliação de conhecimentos para conseguir perceber as necessidades de aprendizagem dos adolescentes. Este diagnóstico de situação permite criar intervenções de educação sexual mais ajustadas à população alvo. O mesmo questionário foi preenchido ao finalizar as atividades para verificar se os participantes conseguiram melhorar os seus conhecimentos. Mas nenhum dos autores procedeu à pesquisar sobre a fixação desses conhecimentos ao longo do tempo, de forma de perceber se estes foram utilizados como recurso na vivência da sexualidade.

De outra maneira Ospina Muñoz et al, (2013) para o desenho da sua estratégia educativa decidiu basear-se em investigações sobre sexualidade, debater com os adolescentes sobre as mesmas e fazer uma avaliação qualitativa na última das sessões programadas.

No entanto, Souza (2011) pelas características mais específicas da sua atividade teatral decidiu utilizar a ferramenta do questionário para caracterizar a amostra da sua população quanto ao interesse, disponibilidade e consentimento para um bom desenvolvimento da intervenção.

Como já tinha dito, alguns dos autores tiveram em consideração a satisfação dos participantes com as atividades, estratégias ou intervenções realizadas mediante uma ferramenta específica. Estes foram: Lago et al, (2015); Gómez et al, (2015). As avaliações foram muito satisfatórias.

O segundo recurso utilizado nos estudos para avaliar a satisfação ou a adequação das atividades nos participantes foi, de uma maneira menos explícita, através da discussão com os adolescentes e sua resposta ou participação nas mesmas.

Na revisão sistemática de Flora et al, (2013) pretende-se analisar a eficácia das intervenções em matéria de conhecimentos, atitudes e comportamentos identificados nos estudos primários de eleição. Destacam a satisfação dos adolescentes pela boa disposição à participação na intervenção dirigida por pares.

Na segunda revisão sistemática deste trabalho, Gonçalves et al, (2013), quer definir os impasses e desafios que os docentes e pais tem à hora de abordar a educação sexual com os adolescentes. Com a introdução deste estudo científico quer-se mostrar como os adolescentes não são só os protagonistas da vivência da sua sexualidade, também é muito importante que os fornecedores de conhecimentos, aos jovens, se sintam cómodos e relaxados no momento de falar da sexualidade. A sua satisfação também é importante.

Estudos que mostram mudanças nos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes

Este trabalho foi desenhado com o objetivo de obter uma visão das mudanças nos comportamentos dos adolescentes nos estudos primários incluídos nesta revisão

integrativa. Por isso, os estudos desenvolvidos sobre a metodologia da revisão sistemática não foram tratados aqui.

Muñoz et al, (2013) criaram um estudo primário, num primeiro momento com características para ser incluído neste trabalho. O desenvolvimento do mesmo queria levantar uns eixos para criar uma educação sexual satisfatória. Posteriormente não foi realizado a implantação desse guia, portanto não é possível perceber se se conseguem mudanças nos comportamentos sexuais dos adolescentes.

Aqueles estudos que comprovaram os conhecimentos dos adolescentes antes e após a realização da intervenção, como Candel (2015), Lago (2015) e Gómez (2015), destacaram a falta de conhecimentos sobre a temática ou erros na conceptualização dos mesmos antes do desenvolvimento das intervenções, e uma melhoria considerável depois do seu desenvolvimento.

Candel (2015) descreve a carência de conhecimentos na definição de sexualidade, na prevenção de infeções de transmissão sexual e na existência dos diferentes métodos anticoncetivos.

Lago (2015) identifica conhecimentos errôneos prévios à intervenção na identificação do período sexual nas pessoas, o reconhecimento do sexo oral como uma atividade sem riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou a aprovação como método anticoncetivo a "marcha atrás" e a pílula de emergência.

Gómez (2015) fornece dados sobre a avaliação dos conhecimentos mediante uma escala de qualificação: "bom"; "mais o menos"; ou "mau". Não especifica as variáveis que integraram o questionário, sendo representados os conhecimentos como maus em 58,5% dos participantes e bons em 21,5% antes da intervenção. Só é mencionado a valorização do conhecimento dos métodos anticoncetivos, sendo este em 40% dos participantes qualificados com um mau conhecimento e os mesmos 40% de bons conhecimentos. Os conhecimentos acerca da gravidez e do aborto foram identificados como maus em 53,8%, face a 16,9% de bons conhecimentos.

Souza (2011) realizou uma caracterização da população, e simultaneamente no tempo da intervenção foi estimulado uma relação de confiança entre os participantes. Foi criado um espaço para a partilha de experiências na procura de respostas no âmbito da sexualidade. Assim, pode-se assinalar descrições determinadas por valores morais e éticos sobre gênero, prática de sexo seguro e sexualidade.

Nos conhecimentos identificou-se uma melhoria na conceção dos sinais, sintomas e formas de transmissão das ITS, na autoestima, um reforço no diálogo com a família, e uma mudança no relacionamento com o seu próprio corpo.

As estratégias, intervenções ou atividades utilizadas nos estudos

Candel et al, (2015), Muñoz et al, (2013) e Souza (2011) estruturam as atividades desenvolvidas em sessões. Cada uma com suas características:

No artigo de Candel et al, (2015) trata-se do desenvolvimento do "Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)", onde os profissionais sanitários realizaram 3 sessões em diferentes áreas da sexualidade:

"Somos seres sexuados"

A primeira tem como objetivo estabelecer um espaço de reflexão no aula para refletir de maneira cognitiva e vivencial sobre modo em que os adolescentes se aproximam ao relacionamento sexual.

Os objetivos didáticos são:

-Alcançar um desenvolvimento concetual da relação entre sexualidade e identidade sexual; da ligação entre esta última e a identidade sexual e sobre a construção social dos papéis sexuais.

-Potenciar atitudes de respeito perante as diferentes opções sexuais e uma atitude crítica frente às relações não igualitárias entre sexos.

-Potenciar a integração das mudanças corporais e cognitivas no processo individual do desenvolvimento.

Para a consecução das sessões no PIES encontramos fichas das atividades e material de apoio audiovisual.

"Exploro, reconheço e significo meu corpo"

A temática desta intervenção é a sexualidade integrada na história pessoal, o conhecimento e o manejo do próprio corpo.

O objetivo principal é estabelecer um espaço na aula para que ocorra uma reflexão pessoal em volta da sexualidade como uma vivência integrada na esfera corporal e emocional, dentro de uma ética pessoal e social.

Os objetivos didáticos desta sessão são:

-Alcançar um desenvolvimento conceitual sobre a resposta sexual humana, a sexualidade e a procriação, integrado nas vivências pessoais.

-Potenciar a adequação do tipo de condutas sexuais com o prazer e os aspetos da comunicação.

Da mesma maneira, no PIES encontram-se atividades de apoio como "o corpo sexuado, o jogo da silhueta" ou "viver a sexualidade, a masturbação".

"Valoro o risco e decido"

O área tratado nesta sessão é a valorização do risco e as decisões nos comportamentos sexuais.

Como objetivo geral desenha-se a prevenção dos comportamentos de risco nas relações sexuais dos jovens, nomeadamente perante a gravidez precoce e as ITS. Ainda mais, nesta sessão propõe-se facilitar o acesso dos jovens à consulta dos diferentes Centros de Saúde Sexual e Reprodutiva e apresentar a oferta de serviços e recursos disponíveis nesta matéria.

Os objetivos didáticos nesta área são:

-Desenvolvimento conceptual sobre os determinantes dos comportamentos sexuais integrados nas suas motivações pessoais.

-Identificação dos mecanismos de transmissão das ITS.

-Capacitar na prevenção primária dos problemas de saúde sexual e na utilização dos métodos anticoncetivos mais eficazes.

-Desenvolvimento de habilidades pessoais para a identificação das próprias necessidades sexuais.

-Capacitar na tomada de decisão, para que as condutas estejam de acordo com os desejos de cada um e compatíveis com a proteção da própria saúde.

Nas atividades expõe-se situações arriscadas: através da chuva de ideias fala-se de anticoncepção; com a construção de uma história e quatro possíveis finais trabalha-se a intenção e decisão para o uso da “camisinha”.

O segundo autor que trabalhou o tema da sexualidade através de sessões foi o Muñoz et al (2013). As intervenções foram realizadas em 6 escolas diferentes, cada uma com 7 sessões: imagem corporal; dissonância cognitiva; maternidade e paternidade adolescente; comunidade lésbica, gays, bissexuais e transexuais; ética sexual; e a última sessão era a avaliação qualitativa de toda a intervenção.

As diferentes temáticas foram experimentadas através de um vídeo, seguindo de uma discussão. Os alunos eram divididos em subgrupos, nos quais era aprofundado e discutido o âmbito. Ao final da sessão exponha-se um vídeo onde os pares debatiam sobre o tema.

Em cada sessão foram reunidos as observações, as notas de campo e os escritos dos participantes. Toda a informação foi tratada e discutida entre expertos para conseguir declarações gerais e poder criar uns eixos na educação sexual.

Souza (2011) visa a assunção de uma atitude reflexiva e autónoma no campo sexual e reprodutivo dos jovens através de um processo de criação de uma performance teatral.

Foram planeadas 23 sessões na escola: 5 de sensibilização no conhecimento do corpo, tabus e mitos em relação à sexualidade, iniciação sexual, sexo seguro e relações de gênero. Estes temas foram abordados através de atividades lúdicas, as quais não especificam como foi o seu desenho, só é nomeado a utilização de jogos.

Das 23 sessões, 8 foram selecionadas para trabalhar aproximação ao campo da dramaturgia e 10 para o ensaio da performance.

Este autor explica a escolha do tipo de sessões para desenvolver a intervenção proposta por ser um espaço lúdico que predispõe à criatividade, às interações e à negociação no enfrentamento de conflitos. Este ambiente é citado como "fundamental" para a formação de um pensamento e uma consciência crítica, pois inclui os participantes na área como protagonistas.

No desenvolvimento das sessões de criação era realizada a leitura de textos dramáticos pelo professor, com o fim de envolver os alunos na essência do teatro. Os alunos eram divididos em grupos para gerir a criação de uma peça dramática. Cada grupo devia

apresentar a sua produção possibilitando a discussão sobre a mesma e o dinamismo entre a realidade e a imaginação. O professor com auxílio de avaliação de ideias e sentimentos dos personagens criados tentava que os alunos se sentissem identificados e trabalhassem no seus contextos de vida. Esta atividade queria levantar nos alunos o pensamento crítico e reflexivo.

De uma maneira teórica-prática Lago et al (2015) desenhou um Programa de atividades em Educação para a Saúde (EPS). As intervenções dividiram-se em três blocos segundo a temática. Utilizaram apresentações power point como suporte de ajuda para as explicações e dentro das sessões de cada bloco realizou-se atividades práticas para fomentar a participação dos adolescentes.

"A sexualidade"

O objetivo principal foi a aproximação dos adolescentes à sexualidade de uma maneira natural. Expôs-se esta como uma vivência inata do ser humano. Tratou-se o conceito da identidade de gênero e a orientação sexual com a finalidade de fazer perceber a última como uma eleição pessoal. Quer-se fomentar a igualdade e o respeito.

Tem vontade de incidir na valorização da zona genital e a compreensão desta zona como própria do corpo, assim apresentaram-se imagens sobre a anatomia feminina e masculina, interna e externa, ainda se mostrou as diferenças e similitudes entre sexos.

Na abordagem das práticas sexuais incidiu-se sobre as práticas de risco, aquelas que se associam a uma gravidez ou à contágio de uma ITS. Teve sucesso a explicação de todas as práticas sexuais, com o fim de enfatizar a ideia que a única situação em que é necessária a penetração é a fecundação. Quer-se mostrar aos adolescentes o erro de que a sexualidade seja uma experiência vivenciada só pelo coito. Tentou-se introduzir a ideia do respeito e a tolerância na vivência sexual, cada um pode decidir como, quando e com quem quer experimentar. Por isso, ao final da aula foram apresentados os direitos sexuais que têm todos os indivíduos.

Duas atividades foram desenvolvidas ao terminar esta sessão:

1. Formação de grupos de 4 alunos para a discussão de questões sobre a sexualidade baseado na apresentação de um caso prático.
2. Exposição de frases sobre a sexualidade, cada aluno individualmente tinha que decidir se a afirmação era verdadeira ou falsa.

"Métodos anticoncetivos"

Apresentação dos diferentes métodos, tais como: a anticoncepção oral combinada, o parche com hormonas, anel vaginal, DIU, métodos só com progesterona ou os métodos definitivos.

Explicou-se detalhadamente o uso do preservativo masculino e feminino, realçando os erros frequentes que podem causar retenções na vagina ou as roturas da “camisinha” decorrentes de um mal uso. Incidiu-se na responsabilidade de ambos sexos na sua utilização, tentando evitar a delegação desta prática exclusivamente ao sexo masculino.

De uma maneira pormenorizada explicou-se as normas do uso da pílula de emergência, seus efeitos secundários, foi reiterado o seu uso só numa ocorrência, desmitificando seu uso como um método anticoncetivo. Da mesma maneira contou-se quais são os lugares onde pode adquirir-se e a legislação vigente em volta de seu uso em Espanha.

A atividade desenvolvida nesta sessão foi igual à intervenção anterior. Foi dividida a turma em grupos de 4 alunos com o fim de resolver diferentes questões relacionadas, desta vez, com os métodos anticoncetivos.

ITS

Explicaram todas as possíveis ITS, com apoio de imagens das mais prevalentes. Expõe-se exemplos de práticas sexuais de risco relacionadas com o contágio das ITS, reforçando a temática desenvolvida na primeira intervenção. Explicou-se como poder atuar para evitar a infeção, foi refletido o uso do preservativo masculino e feminino como únicos métodos anticoncetivos de proteção frente às diferentes ITS. Foi esclarecido o facto do portador assintomático e o risco de transmissão existente nesta etapa.

Incidiu-se em duas ITS:

1.O Vírus do Papiloma Humano, aproveitando para esclarecer o programa de deteção precoce desenvolvido no Serviço Galego de Saúde.

2.O VIH/Sida. Foi esclarecida a diferencia existente entre os conceitos de VIH e Sida, as vias de transmissão, a existência de grupos de risco e as práticas de risco. Falou-se da história da doença, os mitos e tabus em torno ao tema, a existência do tratamento atual e as provas para a deteção do vírus.

A atividade programada nesta intervenção foi a classificação de afirmações baseadas em mitos como verdadeiras ou falsas, de maneira individual.

Ofereceu-se o desenvolvimento de outras duas atividades, sendo realizadas segundo o tempo disponibilizado. Uma delas era a visualização do vídeo "jogo das cadeiras" da Coordenação Estatal de VIH/Sida (CESIDA) onde os alunos podiam ver a diferentes pessoas a falar sobre a sua história de contágio do VIH depois de manter uma relação sexual ocasional desprotegida.

A segunda possível atividade era "passo a passo", onde os alunos devem debater entre todos e concordar nos passos necessários para uma correta colocação e retirada do preservativo masculino na realização do ato sexual. Os diferentes passos apresentavam-se individualmente cada um numa folha e os alunos deviam colocar os passos na ordem correta: desejo-atração-excitação - ereção -colocação do preservativo –penetração – orgasmo –ejaculação -segurar pela base -retirar o preservativo -perda da ereção. Tinham um passo que podia colocar-se em qualquer lugar do ciclo, "parar-se um momento". A sua função era fazer refletir os alunos nas diferentes situações do ato sexual e suas consequências.

O último artigo que utiliza a metodologia descritiva transversal em seu estudo é Gomez et al, (2015). Neste estudo as intervenções são planeadas de maneira teórica, pois o principal objetivo do estudo, e onde recai sua importância à hora da inclusão dentro desta revisão, não é a forma de desenvolvimento das atividades, é o facto de ser baseado nas necessidades identificadas dos alunos selecionados como população alvo.

Ainda mais, o primeiro passo neste estudo foi uma revisão bibliográfica sobre a sexualidade em fontes nacionais e estrangeiras, com uma posterior análise da situação integral de saúde do consultório onde se fez o processo de amostragem para a seleção da população alvo. A segunda fase foi a identificação das necessidades de aprendizagem na amostra mediante aplicação de um questionário na aula fundamentado na revisão bibliográfica.

O desenho da intervenção foi planeado após o conhecimento das necessidades de aprendizagem dos adolescentes nos temas de relações sexuais na sua etapa etária, anticoncepção, riscos de gravidez, aborto e ITS. Os temas foram estruturados num ciclo de seis atividades de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos, com frequência semanal.

Neste estudo estão incluídas duas revisões sistemáticas. Flora M, (2013) realiza um análise das intervenções em educação sexual através da pesquisa em bases de dados científicas e

com a leitura de obras disponíveis nos serviços de documentação dos Hospitais da Universidade de Coimbra e na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No facto de seu objetivo ser a identificação de comportamentos, atitudes e conhecimento dos adolescentes, marcaram como variáveis os métodos anticoncetivos, a prevenção das ITS e da gravidez na adolescência.

Em geral foram identificadas como estratégias favoráveis aquelas que são interativas entre os adolescentes e os formadores, promotoras de uma aprendizagem ativa, sendo algumas: jogos de interação, dramatização e brainstorming, trabalhos em grupo, os estudos de caso e os métodos de execução prática.

Os autores destacam na diminuição do número de gravidezes e as intervenções que utilizam a metodologia dirigida por grupo de pares. No que respeitar ao uso de métodos anticoncetivos valorizaram-se as intervenções que trabalham tendo em conta a influência da cultura e a motivação à responsabilidade na tomada de decisão. Nas intervenções sobre a prevenção das ITS põe-se em realce a formação integrada nas aulas de ciências, as conferências e a demonstração no laboratório. Assim aquelas atividades que misturaram a educação sexual com as habilidades na tomada de decisão, proteção individual e comunicação, melhoraram a comunicação entre pares, professores e pais.

Os autores levantam a problemática da existência do baixo número de artigos portugueses publicados na área da educação na sexualidade. O facto é que não foi possível perceber e comparar os resultados das intervenções e estratégias nacionais com outros países. Eles queriam refletir neste sucesso pela importância do estudo da eficácia das intervenções realizadas em volta das características socioculturais das pessoas.

Na conclusão deste trabalho os autores fazem o aconselhamento da utilização das novas tecnologias na educação sexual. Incidem na inclusão dos pais na participação das intervenções e a conscientização destes da importância que tem a sua cooperação.

A segunda revisão sistemática foi incluída nesta revisão não por trabalhar diretamente as estratégias, intervenções ou atividades que podem utilizar-se à hora de tratar a educação sexual com adolescentes. Este artigo (Gonçalves, 2013) tem cabimento neste documento pelo estudo dos obstáculos que interferem no desenvolvimento destas atividades. Esta área é muito importante já que são estes tipos de estudos os que conseguem que percebamos alguns dos resultados negativos no desenvolvimento das intervenções. É outra maneira de ver as necessidades que precisam da nossa atenção, tentar perceber quais são

os problemas que os pais e os educadores das escolas encontram para a realização das atividades.

Em suma, a estratégia oferecida pelo Gonçalves et al (2013) visa conseguir um bom desenvolvimento da educação em saúde sexual e reprodutiva, com a realização de um estudo, prévio das ações educativas, das possíveis dificuldades que os participantes tenham em relação à sexualidade, quer os docentes, quer os pais e profissionais de saúde, como os jovens.

Comportamento sexual dos adolescentes

Candel (2015) assinala que embora os conhecimentos fossem melhorados após a intervenção, os adolescentes não aplicam o conhecimento na vivência das relações sexuais, sendo esta cada vez mais precoce e habitualmente sem precauções. Defende assim a aplicação do PIES e do questionário na educação para uma sexualidade saudável.

Na mesma sintonia, Gómez et al, (2015) afirma que embora os conhecimentos sobre a sexualidade seja percebidos como insuficientes, os adolescentes afirmaram ter relações sexuais, elevando o risco de gravidez não desejada, abortos e partos. Ainda mais os adolescentes não se sentiam preparados para enfrentar estas situações. Aqui se reconhece o início precoce das relações sexuais nos adolescentes.

Na revisão sistemática de Flora et al, (2013) no que se relaciona aos comportamentos sexuais fala-se da diminuição do número de gravidezes com a intervenção entre pares, embora tivessem mantido o número de abortos, e de terem diminuído o número de nascimentos. Também trata-se a utilização de anticonceivos dependente das conceções morais instauradas em cada cultura, assim, por exemplo, amostra um estudo cujo objetivo era o fomento da abstinência até o casamento através de questões pessoais, quer morais, quer éticas. Neste estudo constatou-se que ao longo do tempo houve menor risco de iniciação sexual.

Relativamente ao trabalho em matéria da prevenção das ITS Flora et al, (2013) destaca um estudo realizado num ambiente rural, onde as possibilidades de acesso à informação eram limitadas. Este teve bom sucesso com o uso de conferências e demonstrações no

laboratório, e tiveram bons resultados no conhecimento dos adolescentes. Outro estudo utilizou a educação sexual com habilidades de construção (tomada de decisão, proteção individual e comunicação). Utilizou métodos interativos diversificados, de novo com consideração aos valores sociais e culturais do grupo. Este estudo revelou resultados satisfatórios na comunicação e diálogo entre pares, professores e pais.

No estudo sobre os impasses e desafios que os pais e os docentes encontram em volta da educação sexual de Gonçalves et al (2013), apresenta-se a ideia errônea do impulso da iniciação dos jovens nas relações sexuais pelo abordagem da sexualidade. No ambiente familiar tenta-se não falar da sexualidade, mostra como os pais acham que os filhos não têm idade para tratar desses temas. Apresentam sentimentos de vergonha e incomodidade pelo facto deles na sua infância e juventude nunca terem sido orientados na educação sexual.

Mesmo assim, os docentes nas escolas apresentam problemas parecidos, muitas vezes não apresentam confiança necessária com os adolescentes para o levantamento da discussão. Acontecem também sentimentos de falta de preparação na área da sexualidade para o esclarecimento das dúvidas que os escolares possam ter.

Relativamente ao início das relações sexuais Souza (2011) identificou, através de seu questionário, que dos 12 estudastes entre 14 e 18 anos de idade, 5 meninos do total já tinham começado, sendo a primeira experiência, em 3 casos, sem uso do preservativo. O ato da masturbação foi afirmada por meninos e negado pelas meninas. Quando se estudam os comportamentos associados ao ato sexual aparecem o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilegais. Relativamente ao conhecimento sobre anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais foi escasso. E o mesmo acontece com os conhecimentos sobre as formas de transmissão e sinais de infecção das doenças sexualmente transmissíveis.

Declarações de experiência dos adolescentes na vivência da sexualidade

Muñoz (2013) assinala que os adolescentes sentem-se contrariados entre o discurso das instruções sobre a prevenção de riscos no relacionamento sexual e os seus instintos e desejos, em linha com as declarações de Candel (2015), na contradição dos conhecimentos

dos adolescentes com as suas vivências. O autor define um alto nível de autonomia nos adolescentes, afirma que a sociedade não pode esperar que os adolescentes vivam sua sexualidade baixo os parâmetros dos adultos.

No desenvolvimento de seu objetivo de estabelecer uns eixos para uma educação sexual adequada as necessidades dos jovens, Muñoz (2013) apresenta as declarações dos adolescentes numa diretriz que põem em realce a percepção da sexualidade como uma experiência satisfatória, para eliminar o temor e a culpabilidade das vivências. Declara a importância de eliminar as visões negativas e preguiçosas dos métodos anticoncepcionais. Considera o empoderamento dos adolescentes na vivência da sexualidade de uma maneira subjetiva, com reconhecimento das necessidades sexuais. Cada um deve estabelecer suas preferências e identificar os riscos e assumir as práticas de cuidado correspondentes. Levanta os direitos dos jovens como guia de seguimento na sua educação, fomentar o respeito e a tolerância nas práticas sexuais.

Lago (2015) nas declarações dos jovens destaca a ideia coitocentrista instalada na sua percepção da sexualidade, embora após a intervenção só 4 alunos continuavam com a mesma ideia da penetração como a única prática sexual satisfatória. Este estudo quer dar a conhecer aos alunos a existência de atividades alternativas na vivência da sexualidade de uma maneira saudável.

Neste estudo identificou-se antes da intervenção ideais posicionadas numa sexualidade satisfatória para os homens nas relações heterossexuais, deixando atrás o prazer da mulher nas mesmas. Depois da intervenção felizmente demonstrou-se uma mudança na mentalidade dos jovens com uma visão igualitária entre homens e mulheres em relação à satisfação e plenitude das relações.

No estudo de Gómez et al, (2015) as declarações dos adolescentes nas razões para ter relações sexuais foram "garantir a estabilidade no namoro", "ganhar experiência", "elevar o prestígio entre seus colegas" e em menor frequência "sentir prazer" e "evitar a infidelidade no namoro".

Sendo identificadas as necessidades de aprendizagem nos aspetos gerais da sexualidade, o início precoce das relações e os seus riscos.

Gonçalves et al, (2015) face aos obstáculos percebidos nos pais e docentes, defende a educação emancipatória, não relegar esta à aprendizagem dos aspetos biológicos e anatómicos do corpo humano. O abordagem da sexualidade deve possibilitar a discussão

de emoções e valores ligadas a ela. Os adolescentes não só podem receber a informação, é necessário permitir a sensibilização e a participação com o objetivo de os fazer pensar e refletir sobre seus desejos. Com estas atividades comunicativas consegue-se uma tomada de decisão responsável e em linha com os seus interesses.

Nos resultados da intervenção desenvolvida no estudo de Souza (2011) revela-se que os adolescentes conseguiram estabelecer vínculos, criaram um espaço de confiança no partilhar experiências e se incentivou o levantamento de dúvidas e a procura de respostas. Os temas de gênero, prática sexual segura foram identificados com maior influência moral e ética.

Com a intervenção, Souza (2011) criou um espaço de reflexão sobre as consequências de uma prática sexual com riscos. Argumenta este espaço na perspetiva dos adolescentes pela abordagem de temas como "a violência sexual e doméstica, os preconceitos, a homofobia, desinformação, sexo sem compromisso, compulsivo e desprotegido, infidelidade, confiança no parceiro, questões de gênero, conflito entre pais e filhos, doença ou morte".

Partilha de experiências, referências na vivência da sexualidade

No estudo de Muñoz (2013) os adolescentes reconhecem os pais como pessoas de confiança e de apoio, considerando a comunicação com eles como fundamental no seu desenvolvimento comportamental. Mas os jovens percebem que os pais não têm em conta as preferências pessoais deles no desenvolvimento da educação sexual e reprodutiva. Identifica-se a comunicação entre pares como recurso facilitador.

Os adolescentes participantes nas sessões educacionais de Lago (2015) identificam a falta de comunicação com os familiares em matéria de sexualidade, por isso justificam a procura de outras fontes de informação e avaliam a educação na escola de maneira positiva.

Os adolescentes que preencheram o inquérito realizado no estudo de Gómez et al, (2015) referem como fonte principal de informação sobre sexualidade os amigos (92,3%) e como segunda fonte a escola (84,6%). Estes valorizaram favoravelmente as ações educativas na área da sexualidade.

Gonçalves et al (2013) têm apreciado que na cultura brasileira a sexualidade tem vindo a identificar-se só com o ato sexual, também apontam o mesmo outros autores, nomeadamente Lago et al, (2015). Sendo assim é considerada em numerosas situações um tema tabu, mediado por conceitos morais e preconceitos tornando a sexualidade como uma coisa obscena, pecaminosa e proibida.

O estudo de Gonçalves afirma que para que os pais tenham oportunidade de reformular conceitos erróneos e preconceituosos acerca da sexualidade, para poder trabalhar com os seus filhos numa educação sexual saudável, é importante rever por meio de livros, debates e reflexões sobre o tema.

Os adolescentes que participaram no desenvolvimento da atividade teatral no estudo de Souza (2011) reafirmaram a sua autoestima e ampliaram o diálogo com os pais e familiares, conseguindo uma mudança nos seus hábitos de vida e a forma de conhecer o seu próprio de corpo. Foi reforçado o facto da reflexão e a reconstrução do conhecimento com as atividades programadas.

2.5. Síntese do conhecimento

Esta revisão integrativa foi realizada para perceber as estratégias, intervenções e atividades utilizadas na educação escolar sexual e reprodutiva, ainda mais a influência desta na assunção de hábitos e comportamentos de risco relacionados com a sexualidade.

Os estudos revistos afirmam que não existe uma universalidade na vivência da sexualidade. Esta acontece das mais variadas formas nas diferentes culturas, ainda mais, a sexualidade é desenvolvida e influenciada por características emocionais e comportamentos sociais.

Por este motivo antes de aprofundar as conclusões levantadas sobre as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável, queremos incidir na importância de conhecer antes da realização de qualquer atividade as características socioculturais da população a trabalhar. Nem todos os adolescentes partem da mesma situação na tomada de decisões sobre a sua sexualidade.

Quer-se mostrar a mais valia na utilização de ferramentas de aproximação à população: questionários e espaços de reflexão e confiança, onde os adolescentes sentem-se à vontade de falar do seu ponto de partida no começo da educação sexual, quais são as suas dúvidas e interesses, sempre desde o respeito e a tolerância.

A mesma ferramenta de avaliação de conhecimentos e comportamentos pode-se utilizar para perceber se as estratégias desenvolvidas foram úteis e estimularam a criação de novo conhecimento, clarificação de mitos sobre a sexualidade e erros apresentados na primeira avaliação.

Na minha opinião mostra-se a favor de estimular os docentes neste tipo de atividades avaliativas, ainda mais numa avaliação mais posterior no tempo. Deste modo seria possível uma comprovação da eficácia das atividades realizadas, para melhorar aquelas que não fazem crescer nos adolescentes atitudes responsáveis e concordantes com o seu pensamento e a sua vontade.

Relativamente aos atos ajustados à vontade e pensamento dos adolescentes, muitos dos autores incluídos nesta revisão concordam na afirmação da experiência contraditória referente à sexualidade que os adolescentes vivem. Os jovens falam de saber das virtudes do uso do preservativo, por exemplo, mas no momento da ação sexual têm maior consideração ao desejo e ao prazer. É importante fazer ver aos adolescentes as qualidades da sexualidade responsável, não só as consequências da assunção de riscos desnecessários, também a satisfação da viver a sexualidade de acordo à autoestima e ao pensamento próprio. As propriedades de uma vida sexual consequente de um percurso de decisões, baseadas em conhecimentos e valores pessoais, morais e éticos.

No percurso de um desenvolvimento efetivo da educação sexual é importante identificar todos os protagonistas neste campo. Não só devem ser considerados as necessidades, conhecimentos e valores dos adolescentes, também é indispensável conhecer a posição dos pais e docentes perante a sexualidade. É útil aperceber os obstáculos que os pais e docentes encontram no desenvolvimento da dos seus filhos e alunos. Gonçalves (2013) incide na novidade da educação sexual em adolescentes. Os adultos de hoje não receberam nenhuma orientação para a vivência de uma sexualidade satisfatória e saudável, seja como for os únicos aconselhamentos que eles receberam foram restrições severas na hora de falar em temas relacionados com a sexualidade. Por este motivo, é uma mais valia ajudar no entendimento da sexualidade à população adulta e no novo componente educacional na área.

No momento de falar das estratégias, intervenções e atividades realizadas no âmbito da educação sexual podemos destacar o uso dos workshops como espaço integrante da educação na escola. As sessões cumprem a função de configurar numa área não só de aprendizagem teórico, ainda mais é uma apresentação aos adolescentes de um lugar onde eles podem participar de maneira ativa.

Os adolescentes às vezes rejeitam as aulas, têm ideia predisposta de uma ação tediosa. Com a definição de "workshop" é possível conseguir uma atitude mais positiva perante as atividades planeadas.

Os autores realizaram um planeamento teórico-prática com a finalidade de preparar aos adolescentes sobre temas que envolvem a sexualidade, nomeadamente a compreensão da ideia abrangente da sexualidade, a prevenção de gravidezes precoces e da interrupção voluntária da gravidez, a promoção da vida sexual saudável no que concerne a prevenção das ITS, e a fixação dos conhecimento adquiridos através da realização de atividades lúdicas, por exemplo jogos ou visualização de vídeos alusivos ao tema em questão, e debates entre os adolescentes. Particularmente Souza (2011), ainda mais, utiliza o desenvolvimento de sessões como um espaço de apoio na aprendizagem das técnicas dramáticas. Já que seu estudo utiliza estas atividades como marco para a assunção de conhecimento e como espaço fornecedor de criatividade, interação, e reflexão para a resolução de possíveis conflitos que podem aparecer na experiência sexual. Este ambiente considera-se um pilar fundamental para a criação de um pensamento crítico nos adolescentes.

No facto do conhecimento das estratégias executadas à volta da educação sexual foi introduzida uma revisão sistemática que tinha como objetivo identificar quais são as mais favoráveis.

As estratégias assinaladas como efetivas foram aquelas que realizavam atividades interativas entre formadores e adolescentes, as fornecedoras de um papel ativo do adolescente no seu desenvolvimento. Foi destacada a metodologia que utiliza os pares na diminuição do número de gravidezes, aquelas intervenções que se apercebem da influência da cultura nos comportamentos para favorecer o uso de métodos anticoncepcionais e, na prevenção das doenças de transmissão sexual destacam as aulas de ciências para um aprendizagem mais profundo e a participação dos adolescentes em demonstrações no laboratório.

Em linha com estas estratégias, intervenções e atividades descritas neste trabalho encontra-se o PRESSE, ao menos quando falamos do planeamento. O programa regional envolve todas as premissas que são consideradas boas na aquisição de uma sexualidade responsável e saudável nos adolescentes, incluindo a participação dos pais nas atividades educativas, ou o uso de ferramentas de avaliação dos conhecimentos e comportamentos.

Não foi possível perceber de maneira prática se todas estas diretrizes vão sendo desenvolvidas nas escolas, ao menos de maneira científica através de estudos primários realizados na área. Flora et al (2013) realizou uma revisão sistemática desde a Universidade de Coimbra e assinalou o facto da escassez de estudos desenvolvidos em Portugal na área da educação sexual escolar, identificado agora, três anos mais tarde, uma situação similar.

Por isso estende-se a mão aos profissionais de enfermagem portugueses para a realização de estudos que mostrem a boa qualificação dos programas planeados no país.

É um facto a limitação neste trabalho de pesquisa a falta de inclusão de artigos publicados em inglês. A abrangência do estudo e suas conclusões seriam maiores se o conhecimento do idioma permite-se uma compressão funcional desses artigos. Mesmo assim, a introdução de artigos em português e espanhol deu lugar a um conhecimento bastante amplo da realidade, já que estas duas línguas são faladas em vários continentes distintos do mundo, colocando amplitude e diversidade nos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Neste parte final do trabalho pretende-se mostrar uma pequena análise do documento realizado. Esta deve examinar os objetivos alcançados durante este percurso, as dificuldades e os elementos favorecedores na consecução dos mesmos.

O relatório é um instrumento de ajuda no desenvolvimento do estágio, permite criar uns objetivos prévios ao começo do estágio para a definição das linhas orientadoras no processo de aprendizagem e na aquisição das competências, e, mais tarde, pensar com atenção nas metas alcançadas. Para a elaboração deste relatório foi necessário a realização de um processo de reflexão retrospectiva sobre a experiência vivida e sobre o futuro profissional no campo da enfermagem, nomeadamente como enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

A decisão do percurso de estágio foi de escolha graças à figura orientadora da coordenadora do mestrado, já que me ajudou a perceber como esta opção se tornava interessante pela falta de experiência laboral em Portugal e pelo crescimento pessoal na aquisição de vivências no âmbito de trabalho da enfermagem comunitária em diferentes países.

Assim, a redação dos objetivos foi estimulada pela leitura e compreensão das competências estipuladas pela OE e as estabelecidas pelo Ministério de Sanidad de Espanha. Estas competências visam pela ação das enfermeiras o estudo das necessidades da população para concretizar e ser efetivas na realização dos nossos cuidados. Com o objetivo de obter ganhos em saúde das pessoas, a enfermeira especialista em saúde comunitária deve capacitar em habilidades e estilos de vida saudáveis através da promoção da saúde e a

prevenção de doenças. Estas ações são trabalhadas com a família e seus elementos, com atenção individualizada ou em grupos comunitários. Assim, este percurso de estágio foi considerado para visualizar a possibilidade de ação da enfermagem comunitária nos seus diversos âmbitos.

Neste sentido os objetivos foram concretizados nas unidades de estágio; tive ocasião de integrar diferentes equipas multidisciplinares do Sistema Nacional de Saúde Português, quer no atendimento hospitalar, quer nos cuidados à família em diferentes faixas etárias e nos projetos abertos na comunidade. Pude tratar com crianças no serviço de urgências, situação que ensinou-me a necessidade de interligação com os serviços de cuidados primários, como se influenciam entre eles e a importância da comunicação entre os profissionais para assegurar uma continuidade de cuidados. No que refere à promoção da saúde e à prevenção da doença observei o valioso trabalho da enfermeira de família, peça chave na assunção de estilos de vida saudáveis, já que no trabalho com a família há oportunidade de criar uma relação de confiança e chegar a um nível conhecimento de seus elementos que só nesta posição pode-se conseguir. Em torno desta conexão entre profissional e utente ao longo das diferentes faixas etárias há uma grande potencial de ensino para dirigir as pessoas nos hábitos de saúde. No ambiente de cuidados comunitários fornecido pela equipa que integra a UCC tive oportunidade de trabalhar na saúde escolar, âmbito de escolha para o desenvolvimento de atitudes saudáveis nos nossos jovens. O trabalho de ensino em crianças e adolescentes foi novo no meu caminho profissional e foi uma experiência significativa no meu crescimento dentro da enfermagem comunitária. Tão relevante que foi decisiva para a definição do trabalho de pesquisa incluído neste relatório.

Posso dizer que foi acolhida de maneira positiva em todos os serviços e recebida no meu processo de aprendizagem com paciência e compreensão. A minha dificuldade principal foi o idioma, mas todas as pessoas, utentes e profissionais, foram peças facilitadoras e impulsionadoras na melhoria e aperfeiçoamento da minha locução.

O exercício de pesquisa no âmbito da educação em saúde sexual e reprodutiva foi uma ferramenta de aprendizagem na hora de tomar consciência da importância da investigação como guia para a nossa prática diária. A enfermagem, como disciplina científica, precisa de um contínuo de pesquisa de novo ou renovado conhecimento, por isso, a inclusão da

prática de enfermagem baseada em evidência no nosso processo de aprendizagem é uma mais valia como profissionais.

Educar ou não para a sexualidade não é uma eleição, pois sempre estamos a educar para a sexualidade, desde a escola, a família e o resto das instituições e espaços sociais, de maneira consciente ou inconsciente, adequada e positiva ou inadequada e negativa. Por isso, a decisão a tomar é educar adequadamente para uma vivência da sexualidade saudável, responsável, informada e construtiva.

Não é suficiente ensinar as características biológicas dos homens e das mulheres ou os métodos para a prevenção da gravidez. Educar é fornecer ferramentas conceptuais, atitudinais e valorativas que permitam aos adolescentes tomar decisões perante a sua sexualidade que sejam correspondentes com o que querem, sonham e esperam da sua realidade.

A procura de estratégias utilizadas na educação sexual para uma vivência da sexualidade responsável por parte dos adolescentes, permitiu definir algumas das características que devem ter as ações dedicadas para esta atividade. Ainda pude desenvolver uma intervenção educativa sobre as mudanças físicas e emocionais que se experimentam durante a puberdade, e assim, ter ocasião de verificar a forma de lidar com a motivação dos alunos com dinâmicas participativas e a criação de um ambiente de confiança onde pode-se expressar dúvidas sem vergonha.

Por tanto, pode-se concluir que os objetivos principais deste segundo ano do mestrado em Enfermagem Comunitária foram atingidos com aquisição de uma ampla variedade de competências no âmbito do estágio e completado com o trabalho de pesquisa realizado no campo da promoção da saúde.

Referências bibliográficas

CANDEL, M. I., et al. Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. *Pediatría Atención Primaria* [Em linha]. 2015, vol. 17, nº 65, pp. e33-e37 [consultado em maio 2016]. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015001100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1139-7632.

BOTELHO, L., CUNHA, C. e MACEDO, M. O Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* [Em linha]. 2011, vol. 5, nº 11, pp. 121-136. [Consultado em abril 2016]. Disponível em:

<<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. ISSN: 1980-5756.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010 - *Programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria*. [Em linha] Madrid, 2010.

Nº 125, Sec. III. Boletín Oficial del Estado. Disponível em:

<https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=d38f3cf4-8336-4dd6-9bcb-4556266d98bb&groupId=479763>

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Carta dos Direitos sexuais e Reprodutivos* [Em linha]. 2º ed. pela Secção das Organizações não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres, Tradução da Associação para o Planeamento da Família. (Setembro de 2000) .DL 1999. Disponível em:

<<http://www.apf.pt/violencia-sexual-e-de-genero>> ISBN: 972-597-187-6.

FLORA, M. C., RODRIGUES, R. C. e GONÇALVES, H. M. Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Enfermagem Referência* [Em linha]. 2013, vol. 3, nº 10, pp. 125-134 [consultado em maio 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0874-0283.

GÓMEZ, R. T., et al. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Revista cubana de Salud Pública* [Em linha]. 2015, vol. 41, nº 1, pp. 57-66 [Consultado em maio 2016]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

GONÇALVES, R. C, FALEIRO, J. H. e MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. *Revista Holos* [Em linha]. 2013, vol. 5, nº 5, pp. 252-263 [Consultado em maio 2016]. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=d3d46efb-8861-49bf-8ec4-ac2e540e2510%40sessionmgr105&vid=0&hid=101&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=92954869>> . ISSN 1807-1600

LAGO, A. M., et al. Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la precención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermeria Global* [Em linha]. 2015, vol. 14, nº 39, pp. 137-154 [Consultado em maio 2016]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015003300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Revista Internacional de Direitos humanos* [Em linha]. 2008, vol. 5, nº 8, pp. 60-83 [Consultado em junho 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806>

MENDES, K. D., SILVEIRA, R. C. e GALVAO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem* [Em linha]. 2008 vol. 17, nº 4, pp. 758-764 [Consultado em abril 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>

MUÑOZ, D. E, GÓMEZ, M. M. e PINEDA, M. C. ¡Cuídese, no meta la pata!: sexualidad juvenil en escolares de Medellín. *Index de Enfermería* [Em linha]. 2013, vol. 22, nº 4, pp. 228-232 [Consultado em maio 2016]. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013003300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

NAÇÕES UNIDAS. *Texto Integral do Relatório da Conferencia Internacional sobre população e desenvolvimento*. [Em linha]. Cairo, Egito, 1994. Disponível em:

<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>

NETO, M., et al. *Guião PRESSE: formação para professores do 2º ciclo de ensino básico.*, Porto: ARS Norte, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS . Regulamento n.º 122/2011- *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa [18 Fevereiro 2011]. 2.ª série- N.º 35 - Diário da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º126/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa [18 Fevereiro 2011]. 2.ª série- N.º 35 - Diário da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º 128/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitário e de Saúde Pública*. Lisboa Lisboa [18 Fevereiro 2011]. 2.ª série- N.º 35 - Diário da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º 348/2015- *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa [19 Junho 2015]. 2.ª série – N.º118 – Diário da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento 367/2015- *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa [29 Junho 2015]. 2.ª série – N.º124- Diário da República.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Escolar- Saúde Sexual e Reprodutiva- Educação Sexual em Meio Escolar* [Em linha]. Orientação da Direção Geral da Saúde nº 009/2010. Disponível em:

<<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/educacao-sexual-em-meio-escolar/orientacao-n-0092010-de-14102010.aspx>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde Escolar* [Em linha]. Lisboa, 2015. Disponível em:
<http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf> ISBN: 978-972-675-227-1.

PORTUGAL. Ministérios da Saúde e da Educação. *Portaria nº 169-A/ 2010*. Diário da República [Em linha] Lisboa [9 Abril 2010]. 1ª Série nº 69. Disponível em:
<https://juventude.gov.pt/Legislacao/Documents/Portaria%20n.%C2%BA%20196-A_2010.pdf>

SOUZA, V. Adolescentes em cena: uma proposta educativa no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* [Em linha]. 2011, vol. 45, nº 2, pp. 1716-1721 [Consultado em maio 2016]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexual health, human rights and the law*. [Em linha] Suíça, 2015. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf> ISBN: 978-92-4-156498-4.

Anexos

Anexo 1 - Calendário Vacinal segundo PNV

Programa Nacional de Vacinação 2015

Atualizado em 01/06/2015, disponível em www.dgs.pt

Vacinação universal- esquema recomendado

Vacinas contra:	Idades										
	Nasci-mento	2 Meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3					
Infeções por <i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Difteria-Tétano-Tosse convulsa		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Infeções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> (a)		Pn13 1		Pn13 2			Pn13 3				
Infeções por <i>Neisseria meningitidis C</i>							MenC				
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Infeções por vírus do Papiloma humano (b)										HPV 1,2 (b)	

(a) Pn13: aplicável às crianças nascidas a partir de 1 de janeiro de 2015.

(b) HPV: aplicável apenas a raparigas; esquema de vacinação: 0, 6 meses

**Anexo 2 – Folheto sobre alimentação saudável para XXIII Féria da
Saúde de Bonfim**

Ensinar a comer, Ensinar a crescer....



Autor/as:
Natalia Bande Álvarez
Carmen Herráez Gutiérrez

Coordenação:
Vitória Leal (UCC de Campanhã)

A alimentação saudável contempla todos os alimentos necessários e a energia que cada pessoa necessita no seu dia a dia.

Uma boa alimentação nos faz crescer saudáveis e fortes, prevenindo numerosas doenças.

A maior riqueza é a saúde!!!

Os conselhos para uma alimentação saudável são:

Alimentação Variada: Comer de todos os grupos de alimentos.

Alimentação completa: Variar os alimentos de cada grupo.

Alimentação Equilibrada: Comer maior quantidade de alimentos dos grupos maiores e menos quantidade dos grupos mais pequenos

A roda dos alimentos

É uma guia em forma de prato que nos orienta na combinação dos alimentos que deverão fazer parte da nossa alimentação diária.

A roda está composta por 7 grupos principais de alimentos que devem comer-se todos os dias.



Lembra-te! Que para contribuir a uma boa saúde é também necessário:

- ✓ Fazer exercício físico 30 minutos ao dia.
- ✓ Beber água diariamente.
- ✓ Dormir no mínimo 8 horas.
- ✓ Estar alegre e de bom humor!