



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Cátia Solange Ferreira Simões

Leiria, março de 2025



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra

Trabalho apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Cátia Solange Ferreira Simões, N° 5230145

Docente Orientadora: Professora Doutora Eva Menino

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II,
com Relatório Final

Leiria, março de 2025

“A coisa mais indispensável a um homem
é reconhecer o uso que deve fazer
do seu próprio conhecimento.”

Platão

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Eva Menino por aceitar a orientação deste percurso, pela disponibilidade, apoio, incentivo e ensinamentos ao longo de todo o trabalho.

Às Enfermeiras Especialistas Fátima Gomes e Marisol Simões pela orientação deste estágio, por serem uma referência de excelência na minha vida profissional.

Às equipas da Unidade de Saúde Pública (USP) “A” e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “B”.

Aos meus Pais, que são o meu porto seguro e uma fonte de inspiração, por acreditarem, incentivarem e por nunca me deixarem desistir!

Aos meus avós e tios avós pelos valores e ensinamentos que me transmitiram e pelo carinho, apoio e orgulho que sempre demonstraram.

Aos meus primos Alcino e Fátima por me incentivarem, pela amizade, carinho e generosidade.

Ao Hugo pela ajuda, disponibilidade, sentido de humor, confiança, por ser sinónimo de casa, luz e amor na minha vida.

À Carolina, Andreia, Inês, Carina Silva e Carina Cabecinhas pela disponibilidade, paciência, apoio, e, acima de tudo, pela amizade!

Obrigada a todos pelo apoio e confiança, por acreditarem sempre, que eu seria capaz.

A todos, o meu profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACES BM – Agrupamentos dos Centros de Saúde do Baixo Mondego

ARS - Administração Regional de Saúde

AVDs – Atividades de Vida Diária

BCG - Bacilo de Calmette e Guérin

CIM - Comunidades Intermunicipais

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DGE – Direção Geral de Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

DSP – Departamento de Saúde Pública

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EESCSP - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

EUA - Estados Unidos da América

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

km – Quilómetro

km² – Quilómetro quadrado

LS – Literacia em Saúde

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

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

PES – Programa de Educação para a Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNPSO- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PS – Planeamento em Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RES - Referencial de Educação para a Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

RSVI- Rastreio de Saúde Visual Infantil

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

VMPX - Infecção por vírus Monkeypox

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XII
INTRODUÇÃO.....	14
1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	17
1.1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP) "A".....	17
1.2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) "B".....	25
2. MODELOS DE REFREÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	32
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	34
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	34
3.1.1. <i>Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	34
3.1.2. <i>Melhoria contínua da qualidade</i>	36
3.1.3. <i>Gestão dos cuidados</i>	37
3.1.4. <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	39
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	40
3.2.1. <i>Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade</i>	40
3.2.2. <i>Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades</i>	46
3.2.3. <i>Integrar a coordenação dos programas de saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS</i>	48
3.2.4. <i>Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico</i>	50
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	51
4.1. INTRODUÇÃO.....	51
4.2. METODOLOGIA.....	58
4.2.1. <i>Fase 1 - Revisão Integrativa da Literatura</i>	58
4.2.2. <i>Fase 2 - Projeto de Intervenção Comunitária Segundo as Etapas do Planeamento em Saúde</i>	71
4.3. RESULTADOS.....	80
4.4. DISCUSSÃO.....	95
4.5. CONCLUSÃO.....	98
4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	99
CONCLUSÃO INTEGRATIVA.....	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....103

APÊNDICES

- APÊNDICE I - AUTORIZAÇÃO DAS COORDENADORAS DA USP "A" E DA UCC "B"
- APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA
- APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO DA DGE
- APÊNDICE IV - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA ESCOLA
- APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO.
- APÊNDICE VI - CRONOGRAMAS USP
- APÊNDICE VII - ATA DA REUNIÃO EIXOS ESTRATÉGICOS DA ULS COIMBRA
- APÊNDICE VIII - EIXO EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL
- APÊNDICE IX - EIXO CAPITAL - HUMANO
- APÊNDICE X - EIXO PREVENÇÃO E PROXIMIDADE
- APÊNDICE XI - EIXO PREVENÇÃO E PROXIMIDADE 2
- APÊNDICE XII - EIXO RESPOSTAS INTEGRADAS E CENTRADAS NO CIDADÃO
- APÊNDICE XIII - EIXO REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO E CONTROLO DE GESTÃO
- APÊNDICE XIV - EIXO SUSTENTABILIDADE E MOBILIDADE
- APÊNDICE XV - CRONOGRAMA UCC "B"
- APÊNDICE XVI - CALENDARIZAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
- APÊNDICE XVII - *POWERPOINTS* DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ANEXOS

- ANEXO I - PROCEDIMENTO REAÇÃO ANAFILÁTICA
- ANEXO II - AUDITORIA *NEFROVIDA*
- ANEXO III - CERTIFICADO IV ENCONTRO INTERNACIONAL (RE)PENSAR O VIH
- ANEXO IV - CERTIFICADO III CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS
- ANEXO V - CERTIFICADO "ENCONTRO ENVELHECIMENTO PROTEGIDO"
- ANEXO VI - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS
- ANEXO VII - IMAGENS DAS SESSÕES

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes de Observação Pára-Brisas.....	40
Quadro 2 - Mapa de Conceitos.....	59
Quadro 3 - Identificação dos artigos analisados.....	61
Quadro 4 - Problemas e Necessidades em Saúde.....	72
Quadro 5 - Aplicação do método de Hanlon.....	73
Quadro 6 - Análise SWOT.....	74
Quadro 7 - Sintetize o Plano Operacional com Método 5W2H.....	77
Quadro 8 - Cronograma de Atividades.....	78
Quadro 9 - Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas.....	81
Quadro 10 - Resumo das medidas descritivas dos itens da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens - Adultos sobre Contraceção.....	82
Quadro 11 - Pontuação (N e %) por níveis de conhecimento sobre Contraceção.....	86
Quadro 12 - Variação da Classificação Após Intervenção.....	86
Quadro 13 - Medidas Descritivas dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção nos 2 momentos de Avaliação.....	87
Quadro 14 - Medidas descritivas da Média das Diferenças dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção.....	88
Quadro 15 - Teste t para diferença de médias pré e pós - intervenção dos Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção.....	89
Quadro 16 - Teste <i>U de Mann - Whitney</i> entre os Conhecimentos dos Jovens - Adultos sobre Contraceção, pré e pós- intervenção, e o género.....	90
Quadro 17 - Cálculo do Tamanho da Amostra para uma potência de 0,8 e $\alpha = 0,05$	91
Quadro 18 - Medidas Descritivas e Teste <i>Kruskal - Wallis</i> dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimento (Pré e Pós - Intervenção) de Jovens - Adultos sobre Contraceção por Turma.....	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Área geográfica ULS Coimbra.....	20
Figura 2- Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)	33
Figura 3 - Pirâmides etárias da ULS Coimbra, 2001 e 2021.....	42
Figura 4 - Distribuição percentual das Doenças (transmissíveis) de Notificação Obrigatória (DNO) por grandes grupos, todas as cidades, ambos os sexos, 2015-2018.....	54

Figura 5- Fluxograma <i>PRISMA</i> 2020 adaptado	60
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção nos 2 momentos de Avaliação.....	87
Gráfico 2 - Extremos e Quartis da Média das Diferenças (Antes - Depois) dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção.....	88
Gráfico 3 - Tamanho de efeito da média das diferenças pré e pós intervenção dos conhecimentos dos jovens - adultos sobre contraceção.....	89
Gráfico 4 - Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos (Antes e Depois) de Jovens - Adultos sobre Contraceção por Género.....	90
Gráfico 5 - Tamanho de Efeito do género nos Conhecimentos de Jovens- Adultos sobre Contraceção pós - intervenção.....	91
Gráfico 6 - Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos (Pré e Pós - Intervenção) de Jovens - Adultos sobre Contraceção por Turma.....	94

RESUMO

Este relatório é composto por uma caracterização dos contextos de estágio realizados na Unidade de Saúde Pública (USP) “A” e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “B”, seguida de uma descrição e análise das atividades e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolvidas nestes contextos de estágio. É constituído ainda, por uma investigação secundária com revisão integrativa da literatura de acordo com as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual* nas bases de dados *CINAHL Complete (via EBSCOhost)* e *MEDLINE Complete (via PubMed)*, com o objetivo de responder à questão de revisão: Qual a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) dos alunos do 9º ao 12º ano? Elaborada de acordo com a mnemónica “PICo” – população(P), fenómeno de interesse (I) e contexto (Co). A população: alunos do 9º ao 12º ano; fenómeno de interesse: sessões de educação para a saúde sobre infeções sexualmente transmissíveis; contexto (Co): Contexto escolar. Após a aplicação de critérios de inclusão foram identificados 1814 estudos potencialmente relevantes tendo sido incluídos e analisados 20 estudos.

Engloba também uma investigação primária, com elaboração e implementação do projeto de intervenção comunitária intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária da Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”, tendo por base o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e a metodologia do planeamento em saúde (Rodrigues, 2021). É um estudo quasi-experimental sem grupo de controlo, onde participaram 81 alunos. Tem como objetivos gerais avaliar os resultados das sessões de educação para a saúde nos conhecimentos sobre ISTs e contraceção através de estratégias educativas interativas e promover a vivência de uma sexualidade segura e responsável por parte dos adolescentes.

Como instrumento para implementação do projeto foi aplicada a Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens – Adultos sobre Contraceção (Nelas, 2023) antes e após a intervenção, que consistiu em três sessões interativas de 45 minutos, abordando as temáticas ISTs, métodos contraceptivos e comunicação e namoro.

Os resultados demonstraram um aumento estatisticamente significativo no nível de conhecimentos dos alunos, com a pontuação média dos alunos a subir de 58,73% para 78,24%, representando um crescimento de 19,51%. Após a intervenção, verificou-se que 88,9% dos alunos aumentaram conhecimentos. Verificou-se ainda, que 65,4% dos alunos atingiram bons conhecimentos e 8,6% apresentaram conhecimentos muito bons, e nenhum aluno permaneceu com baixo conhecimento. O género não influenciou significativamente os

conhecimentos acerca das ISTs e contraceção dos jovens no momento pré-intervenção, mas exerceu influência no momento pós-intervenção. Podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas de acordo com o género nos conhecimentos adquiridos, no momento pós intervenção, com as raparigas a apresentarem pontuações ligeiramente superiores em relação aos rapazes no pós-teste (80,23% vs. 75,18%, $p = 0,033$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as turmas.

Como principais conclusões, o estudo confirmou a eficácia das intervenções educativas interativas na promoção do conhecimento sobre ISTs e contraceção, alinhando-se com a pesquisa bibliográfica. O envolvimento dos alunos e professores foi positivo, reforçando a necessidade de integrar este tipo de projetos no programa de saúde escolar. A implementação de metodologias interativas e parcerias entre unidades de saúde e escolas tem um forte contributo para a prevenção das ISTs e adoção de comportamentos sexuais mais seguros.

Palavras-chave: "Estudantes", "Educação para a Saúde", "Infeções Sexualmente Transmissíveis", "Saúde Escolar", "Saúde Sexual"

ABSTRACT

This report consists of a characterization of the internship contexts carried out at the Public Health Unit (USP) “A” and the Community Care Unit (UCC) “B,” followed by a description and analysis of the common and specific activities and competencies of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing developed in these internship settings. It also includes secondary research with an integrative literature review conducted according to the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual in the databases CINAHL Complete (via EBSCOhost) and MEDLINE Complete (via PubMed), with the aim of answering the review question: What is the effectiveness of health education sessions on knowledge about Sexually Transmitted Infections (STIs) among students from the 9th to the 12th grade? It was structured according to the PICO mnemonic – population (P), phenomenon of interest (I), and context (Co). The population: 9th to 12th-grade students; phenomenon of interest: health education sessions on sexually transmitted infections; context (Co): school setting. After applying inclusion criteria, 1,814 potentially relevant studies were identified, of which 20 studies were included and analyzed.

It also includes primary research, with the development and implementation of the community intervention project entitled “Knowledge about STIs among 9th-grade students at Escola Básica e Secundária da Quinta das Flores and Conservatório de Música de Coimbra,” based on the Dahlgren and Whitehead model (1991) and the health planning methodology (Rodrigues, 2021). It is a quasi-experimental study without a control group, involving 81 students, with the main objectives of assessing the outcomes of health education sessions on knowledge about STIs and contraception through interactive educational strategies and promoting the experience of safe and responsible sexuality among adolescents.

As a strategy for implementing the project, the Youth-Adult Contraception Knowledge Assessment Scale (Nelas, 2023) was applied before and after the intervention, which consisted of three interactive 45-minute sessions addressing the topics of STIs, contraceptive methods, and communication and relationships. The results demonstrated a statistically significant increase in students' level of knowledge, with the average student score rising from 58.73% to 78.24%, representing an increase of 19.51%. After the intervention, it was found that 88.9% of students improved their knowledge. Additionally, 65.4% of students achieved good knowledge levels, 8.6% demonstrated very good knowledge, and no student remained at a low knowledge level. Gender did not significantly influence knowledge about STIs and contraception among young people in the pre-intervention phase, but it had an influence in the post-intervention phase. Statistically significant differences in acquired knowledge were

observed according to gender in the post-intervention phase, with girls scoring slightly higher than boys in the post-test (80.23% vs. 75.18%, $p = 0.033$). No statistically significant differences were found between classes.

As main conclusions, the study confirmed the effectiveness of interactive educational interventions in promoting knowledge about STIs and contraception, aligning with the literature review findings. The engagement of students and teachers was positive, reinforcing the need to integrate such projects into the school health program. The implementation of interactive methodologies and partnerships between health units and schools plays a significant role in the prevention of STIs and the adoption of safer sexual behaviors.

Keywords: Health Education, School Health, Sexual Health, Sexually Transmitted Infections, Students

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II com relatório final, do III Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), no ano letivo 2024/2025, que decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) “A”, sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Fátima Gomes, no período de 2 de setembro a 18 de outubro de 2024, e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “B”, sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Marisol Simões, entre 21 de outubro de 2024 e 03 de fevereiro de 2025, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Eva Menino.

As denominações dos locais de estágio irão ser designados pela nomenclatura “A” e “B” de forma a manter o anonimato, uma vez que o local específico não é relevante para o presente relatório, mas sim o tipo de intervenção na comunidade em que se encontra e em que presta cuidados.

O estágio é um momento de excelência para o desenvolvimento de competências nos domínios do saber-saber, do saber-fazer e do saber-ser, que permite relacionar a teoria e a prática e, desenvolve um espírito crítico-reflexivo que marcará a nossa identidade como enfermeiros e como enfermeiros especialistas, no futuro. O estágio é um momento de aprendizagem p que nunca pode ser dissociado da teoria e de uma prática fundamentada na mais recente evidência, promotor de um espírito crítico, reflexivo que nos ajuda a crescer enquanto enfermeiros.

De acordo com os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros a saúde comunitária “refere-se ao estado de saúde de uma comunidade, grupo definido de pessoas (...) para promover, proteger ou preservar a sua saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2017). “Saúde Pública refere-se ao estado de saúde de pessoas e das suas atividades e condições governamentais (asseguradas pelo estado), com vista à promoção, proteção ou preservação da sua saúde. É o resultado da organização da sociedade, sob tutela do estado, no sentido de promover e de defender a sua saúde e dos seus cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Entende-se por “planeamento a ação de organização de acordo com um plano, tendo em conta um horizonte temporal, o planeamento em saúde é nesta perspetiva, uma ação que consiste em utilizar da melhor forma possível os recursos disponíveis para fazer face às

necessidades de saúde da população” (Beresniak, & Duro, 1999, p.61). Como refere Santos (2011), com o planeamento procura-se concretizar o máximo de objetivos com uma economia de esforços e meios, dominar o tempo, antecipar o que pode acontecer no futuro, equacionar práticas que recaiam sobre a realidade que se pretende mudar, para se poder atingir os objetivos delineados.

O modelo de determinantes em saúde explica os determinantes de saúde dispostos em diferentes estratos, desde a faixa mais próxima dos determinantes individuais até à camada distal, onde se situam os macro-determinantes (Dahlgren & Whitehead, 1991). Neste trabalho, utiliza-se o modelo de Dahlgren e Whitehead com o intuito de intervenção na primeira camada correspondente aos comportamentos e estilos de vida e atitudes e na terceira camada correspondente à educação.

Apesar dos ganhos em saúde obtidos na última década, e incidência decrescente, as ISTs apresentam, ainda, magnitude relevante (PNS, 2030). O Referencial de Educação para a Saúde (RES) resulta de uma parceria entre a Direção Geral da Educação (DGE) e a Direção Geral de Saúde (DGS), é uma proposta de abordagem específica do PES (Programa de Educação para a Saúde) e um documento orientador para a promoção de estilos de vida saudáveis dirigido a crianças e jovens, bem como a pais, encarregados de educação e a cuidadores. O RES identifica cinco temas globais, sendo um deles os “Afetos e Educação para a Sexualidade”, (DGE, 2017).

Deste modo, foram delineados como principais objetivos deste trabalho uma caracterização dos contextos de estágio, uma reflexão e análise crítica da prática clínica e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) desenvolvidas e adquiridas nos dois contextos de estágio. Objetivou-se ainda, a elaboração e aplicação no terreno do projeto de intervenção comunitária intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra” com base na metodologia do planeamento em saúde Rodrigues (2021) e segundo o modelo de Dahlgren & Whitehead (1991). Este projeto pretende avaliar os resultados das sessões de educação para a saúde nos conhecimentos sobre ISTs e contraceção através de estratégias educativas interativas e promover a vivência de uma sexualidade segura e responsável por parte dos adolescentes.

O presente trabalho é composto por Introdução; Contextos da Prática Clínica onde se caracteriza o contexto de estágio realizado na USP “A” e na UCC “B”; Modelos de Referência

de Enfermagem dando ênfase ao modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), e metodologia do planeamento em saúde (Rodrigues, 2021); Competências do Enfermeiro Especialista, onde se realiza uma análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas desenvolvidas nos domínios de competência do Enfermeiro Especialista (EE) nos contextos de estágio realizados; Prática Especializada Baseada na Evidência, com uma introdução onde se explana a temática das ISTs, metodologia, que se encontra dividida em duas fases, a fase 1 correspondente à revisão da literatura para dar suporte ao tema e a fase 2 correspondente ao projeto de intervenção comunitária intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”, seguindo-se dos resultados, discussão e principais conclusões e implicações na prática clínica; por fim, Conclusão Integrativa; Referências Bibliográficas; Apêndices e Anexos.

Adicionalmente, foram tidas em consideração as regras de formatação presentes no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei, na realização do presente trabalho (Instituto Politécnico de Leiria, 2018)

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

A evolução das Unidades de Saúde Públicas e Unidades de Cuidados na Comunidade em Portugal reflete as mudanças nas necessidades de saúde e nas políticas públicas.

O Decreto-Lei n.º 286/99 destaca a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde pública para maior eficiência e qualidade. Estes serviços são responsáveis pela vigilância epidemiológica, promoção da saúde e prevenção de doenças.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 regula as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados domiciliários e comunitários, especialmente a grupos vulneráveis, e promovem educação para a saúde.

O Decreto-Lei n.º 81/2009 estabelece que cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou Unidade Local de Saúde (ULS) deve possuir uma Unidade de Saúde Pública (USP) com autonomia organizativa. O Decreto-Lei n.º 82/2009 redefine o papel das autoridades de saúde, garantindo sua integração nos serviços públicos e uma melhor articulação entre municípios.

O Despacho n.º 10143/2009 detalha o funcionamento das UCC, que atuam com autonomia técnica e colaboram com outras entidades para melhorar a saúde comunitária.

A Lei n.º 95/2019 reforça o papel do Estado na monitorização da saúde da população e na implementação de programas preventivos.

O Decreto-Lei n.º 102/2023 promove a integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares no modelo das ULS, visando uma maior eficiência e melhor articulação entre os serviços do SNS (Serviço Nacional de Saúde).

Assim, após explanar as políticas que nortearam as mudanças no funcionamento e organização dos cuidados das USP e das UCC irei caracterizar os dois contextos onde realizei estágio: USP “A” e UCC “B” pertencentes à ULS de Coimbra.

1.1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP) “A”

A Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. criada nos termos do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procede à reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), adota o modelo de organização e funcionamento em ULS. A ULS de Coimbra tem como missão, prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como pólos de excelência (ULS Coimbra, s.d.).

Os objetivos da ULS da Coimbra são: Diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados; Cuidar em regime de internamento apenas os casos em que a assistência não possa ser prestada em regime ambulatorio e/ou domiciliário, viabilizando, sempre que se justifique, a prestação de cuidados noutra estabelecimento mais apropriado, de acordo com a atuação integrada do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com outras unidades de saúde; Articular sinergicamente, nos sentidos vertical e horizontal, os diferentes níveis organizacionais internos; Acompanhar clinicamente os doentes, para além da alta hospitalar, sempre que for necessário; Promover o ensino superior e universitário, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como catalisadores para uma prática de excelência, reforçando as sinergias existentes a nível nacional; Otimizar a coordenação das atividades docentes e assistenciais de forma a rentabilizar os recursos humanos e financeiros; Desenvolver programas de melhoria da eficiência, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (ULS Coimbra, s.d.).

A USP funciona como o observatório da saúde e tem como função “elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde” (Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro do Ministério da Saúde, 2013, p.6053). Em cada ULS, existe uma USP que possui autonomia organizativa e técnica. Na constituição da equipa referida no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, relativa aos agrupamentos dos centros de saúde, devem ser observados os seguintes rácios: a) Um médico com grau de especialista de saúde pública por cada 25000 habitantes; b) Um enfermeiro por cada 30000 habitantes; c) Um técnico de saúde ambiental por cada 15000 habitantes.

A USP “A”, tendo por base a legislação acima referida, obedece ao cumprimento dos rácios.

A USP da ULS de Coimbra, tem como função promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, reduzir as iniquidades em saúde, monitorizar os determinantes de saúde, atuando no planeamento e resposta a emergências de saúde pública com as demais entidades com competências específicas.

A ação da USP “A” rege-se, com as devidas adaptações, pelo Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 e restante legislação conexas, desenvolvendo a sua ação na área geodemográfica da ULS de Coimbra,

através da: implementação da governação em saúde, por via de instrumentos de diagnóstico de situação, planeamento, avaliação e monitorização do estado de saúde das populações, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades; vigilância epidemiológica e ambiental de eventos relacionados com a saúde que afetam as comunidades; implementação de medidas de saúde pública baseadas em evidência, na prevenção da doença, promoção e proteção da saúde; investigação epidemiológica e em saúde, produzindo informação útil e necessária à tomada de decisão em saúde; apoio direto ao Conselho de Administração com informação e evidência que suportem os processos de tomada de decisão; coordenação da resposta local da autoridade de saúde; coordenação e avaliação de parcerias comunitárias com autarquias e instituições na comunidade nos variados domínios da prevenção de doença e promoção de saúde; comunicação em saúde e promoção da literacia em saúde, dirigida à comunidade e aos profissionais de saúde; coordenação, monitorização, avaliação e desenvolvimento de programas e projetos de saúde, que beneficiem o estado de saúde das populações, dirigidos a problemas de saúde pública ou seus determinantes, nomeadamente os considerados prioritários no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) ou definidos pela DGS. A USP desenvolve também atividades de investigação em saúde, e participa na formação de todos os grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A ULS Coimbra, a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), passou a integrar 68 unidades funcionais de 7 concelhos do anterior ACES Baixo Mondego (Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Mealhada, Mira, Mortágua e Penacova) e dos 14 concelhos do anterior ACES Pinhal Interior Norte (Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares), (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

A ULS Coimbra resulta da integração no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., do Hospital Arcebispo João Crisóstomo — Cantanhede, do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte e dos Centros de Saúde de Cantanhede, de Celas, de Eiras, de Fernão Magalhães, de Norton de Matos, de Santa Clara, de São Martinho do Bispo, de Condeixa -a -Nova, da Mealhada, de Mira, de Mortágua e de Penacova. Em relação às instituições integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com internamento, a área de abrangência da ULS Coimbra dispõe de 28 instituições, com diferentes tipologias de resposta (Perfil de Saúde ULS Coimbra, 2024).

A área geográfica de intervenção da ULS de Coimbra é de 4168,29 km², aproximadamente 17,91% da área da região Centro, distribuída por 21 concelhos: Alvaiázere, Ansião, Arganil, Cantanhede, Castanheira de Pêra, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Mealhada, Mira, Miranda do Corvo, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penacova, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares (Figura 1). Em termos administrativos e estatísticos, pertence à Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos III (NUTS III), estes concelhos integram duas Comunidades Intermunicipais (CIM): CIM da Região de Coimbra (com 16 municípios) e a CIM da Região de Leiria (com 5 municípios). Pertencem a 4 distritos: Aveiro (1), Coimbra (14), Leiria (5) e Viseu (1), (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

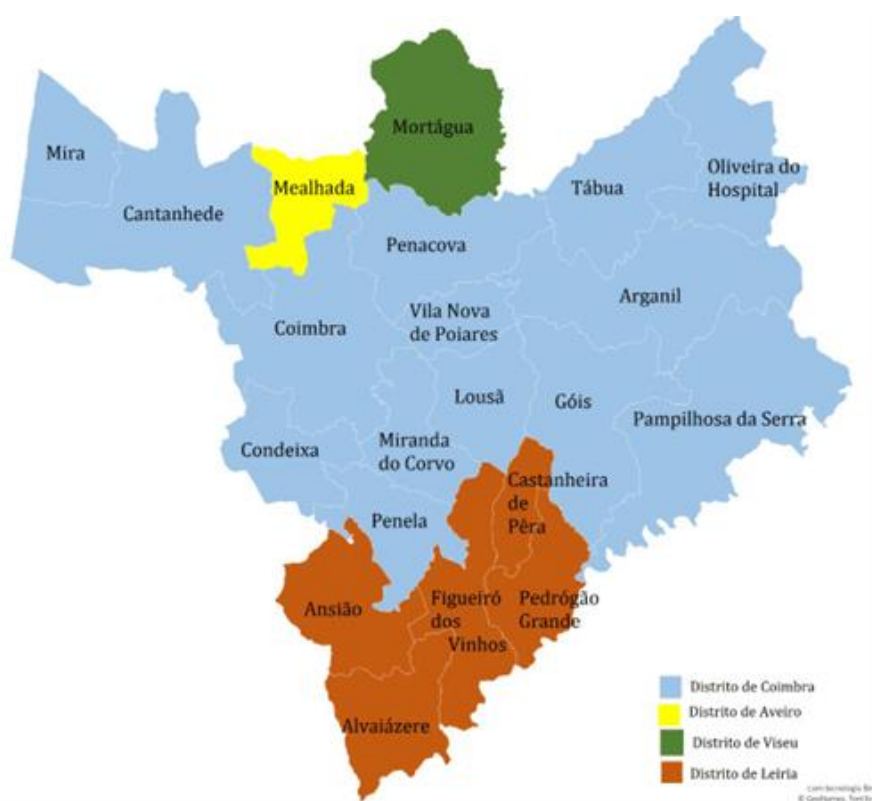


Figura 1 - Área geográfica ULS Coimbra

Fonte: Perfil de Saúde da ULS Coimbra (2024)

Através da verificação da acessibilidade, medida em quilómetros (km) e tempo, entre a sede da ULS Coimbra, sita em Coimbra, e as sedes dos concelhos, verifica-se que os concelhos mais distantes são respetivamente Oliveira do Hospital a norte (78 km), Alvaiázere a sul (55 km), Pampilhosa da Serra a leste (73 km) e Mira a oeste (42 km). Assim, aquando do encaminhamento para os cuidados hospitalares (Centro Hospitalar e Universitário de

Coimbra), a viagem poderá oscilar entre cerca de 30 minutos (mínimo) e 90 minutos (máximo), (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2021, a população residente na área de abrangência da ULS Coimbra era de 365.275 residentes. Em termos de percentagem, os concelhos de Coimbra (38,55%) e de Cantanhede (9,37%) eram os mais populosos, sendo Pedrógão Grande (0,93%) e Castanheira de Pêra (0,72%), os menos populosos.

A densidade populacional na ULS Coimbra, é de 87,63 habitantes/km². Verifica-se uma clara dicotomia entre os concelhos da Pampilhosa da Serra (10,29 habitantes/km²) e de Góis (14,47 habitantes/km²), que apresentavam a mais baixa densidade populacional, e os municípios da Mealhada (174,84 habitantes/km²) e Coimbra (440,88 habitantes/km²), que apresentavam a maior densidade populacional, (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

Em 31 de dezembro de 2023, estavam inscritos nos CSP da ULS Coimbra 410.530 utentes (a que correspondem 512.570 unidades ponderadas), mais cerca de 45 mil e 300 utentes em relação à população residente. Os concelhos com maior número de utentes inscritos eram Coimbra e Cantanhede com 165.092 (40,21%) e 39.083 (9,52%) utentes, respetivamente. Os concelhos com o menor número de utentes inscritos eram Castanheira de Pera e Pampilhosa da Serra com 2.829 (0,69%) e 3.464 (0,84%) utentes, respetivamente, (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

No que concerne à cobertura assistencial, em janeiro de 2024, verificou-se que 45.476 utentes (11,08%) não tinham médico de família atribuído. Os concelhos com mais ficheiros sem médico de família atribuído eram Castanheira de Pêra (49,7%), Tábua (39,9%) e Alvaiázere (31,2%), (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

A equipa técnica do Observatório Local de Saúde da USP identificou os principais problemas, face às necessidades verificadas na população da ULS Coimbra:

Mortalidade por:

- Doenças do aparelho circulatório;
- Neoplasias malignas;
- Doenças do aparelho respiratório;
- Doenças cerebrovasculares.

Morbilidades:

- Dislipidemias;
- Hipertensão arterial com e sem complicações;
- Perturbações Depressivas;
- Obesidade;
- Diabetes *Mellitus*;
- Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH e SIDA) e doenças venéreas.

Determinantes de saúde:

- Excesso de Peso;
- Consumo abusivo de Tabaco e de Álcool;
- Iniquidade na distribuição de recursos de saúde (incluídas respostas/cobertura do setor social e da RNCCI);
- Dispersão geográfica e iniquidade de acesso aos serviços de saúde por ausência de transportes públicos numa população envelhecida;
- Falta de recursos humanos e materiais dos cuidados de saúde primários.

(Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

Os cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma constante evolução a nível técnico e científico, sendo a diferenciação e especialidade cada vez mais uma realidade nas diversas classes profissionais, onde se inclui a Enfermagem (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). O enfermeiro especialista tem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem na sua área de especialidade. (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Desta forma, a USP “A” dispõe de uma carteira de serviços vasta em que é nomeado um ou mais responsáveis por cada um dos programas/projetos:

- Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) de crianças dos 2 e 4 anos - O Despacho 5868-B/2016 de 2 maio, determinou a implementação “de um rastreio de saúde visual infantil de base populacional, nos cuidados de saúde primários, de forma faseada através de experiências piloto”. A experiência piloto foi realizada na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte em que as crianças foram rastreadas no semestre em completavam 2 anos. Face aos resultados obtidos decorrentes desta implementação, a tutela determinou o “alargamento da experiência piloto a nível nacional para o rastreio da ambliopia”, de acordo

com o Despacho 1696/2018 publicado em Diário da República n.º 38, série II de 15 de fevereiro. Na sequência deste alargamento, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro, a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, emitiu a Norma 015/2018 que estabelece a implementação do Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) em Portugal. O rastreio tem como objetivo identificar todas as crianças com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia. Está organizado em dois níveis de funcionamento, o primeiro ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (nível 1), o segundo ao nível dos serviços de oftalmologia hospitalares (nível 2) onde todos os exames são lidos por um oftalmologista.

- Consulta do Viajante e vacinação internacional - Segundo o Ministério da Saúde Português (2023), os viajantes são uma população epidemiologicamente importante devido à sua mobilidade, ao seu potencial de exposição a doenças fora do seu país de origem e à possibilidade de que eles possam transmitir doenças não endémicas entre países, algumas com prevenção possível através da vacinação. Nesta consulta, o viajante é informado sobre medidas preventivas (ou curativas) a adotar antes, durante e depois da viagem, em função do destino, da viagem e de quem viaja. Todos os dias úteis, a USP dispõe de consulta médica do viajante, efetuada por médicos de saúde pública. A vacinação internacional decorre nas instalações da USP da ULS de Coimbra às segundas, terças, quintas e sextas-feiras.

- Vacinação *Monkeypox* (VMPX) - Em resposta ao surto internacional e nacional de infeção humana pelo VMPX, a DGS em 2022 desenvolveu uma estratégia nacional que visa mitigar a propagação deste vírus na comunidade, assente numa abordagem clínica e epidemiológica de pessoas com suspeita de infeção humana por vírus VMPX prevista na Orientação n.º 004/2022 (Abordagem de casos de infeção humana por vírus VMPX), de acordo com as atribuições e competências dos serviços de saúde, e na vacinação através da Norma 006/2022. A vacina está recomendada em contexto de pré-exposição e pós-exposição ao VMPX, atendendo à sua capacidade de prevenir ou atenuar as manifestações clínicas da infeção humana por este vírus.

- Vacinação com Bacilo *Calmette-Guérin* (BCG) - O principal objetivo da vacinação com BCG é a prevenção de formas graves de doença, nomeadamente, tuberculose disseminada e meningea, na criança, para a qual se estima que a sua eficácia possa atingir os 80%, sendo mais eficaz quanto mais cedo for administrada, após o nascimento. A estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG em Portugal é definida pela Norma 006/2016 de 29/06/2016 atualizada a 24/03/2023 pela DGS. Esta Norma define que são elegíveis para

vacinação as crianças com idade inferior a 6 anos, pertencentes aos grupos de risco constantes na referida Norma, ainda não vacinadas com BCG e sem história prévia de tuberculose. Relativamente à operacionalização da vacinação, qualquer criança após a sua identificação como elegível (e caso não apresente qualquer contra-indicação referida na norma do Programa Nacional de Vacinação atualmente em vigor – Norma 018/2020 da DGS, deve ser vacinada no prazo máximo de duas semanas, mesmo que isso implique abrir um frasco por criança.

Existe na USP “A” um procedimento relativo ao tratamento imediato em caso de reação anafilática, bem como mala de anafilaxia com material e medicação caso seja necessário em ANEXO I.

- Programa de Saúde Escolar – Tem por base a realização de sessões de educação para a saúde de acordo com a solicitação das escolas e/ou de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);

- Saúde Ambiental - inclui a vigilância sanitária da água de consumo humano, águas minerais naturais e de nascentes, vigilância sanitária da água das piscinas, das zonas balneares, dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, dos estabelecimentos de restauração e bebidas, dos estabelecimentos comerciais, dos estabelecimentos industriais, saúde ocupacional, vigilância da qualidade do ar interior em instituições (escolas, lares), prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores, prevenção da doença dos legionários, vigilância dos estabelecimentos de apoio social e vigilância dos estabelecimentos turísticos e de alojamento local;

- Programa de saúde oral (cheque dentista) - O Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) integra o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), desde 2008, tendo como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais. As doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, constituem um importante problema de saúde pública. Através da atribuição de cheques-dentista aos utentes beneficiários, o PNPSO promove a prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por estomatologistas e médicos dentistas a grupos populacionais de particular vulnerabilidade.

Atualmente, os grupos abrangidos pelo PNPSO são:

- Crianças com idade inferior a 7 anos;

- Crianças de 7, 10, 13, 16 e 18 anos que frequentam o ensino público e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS);
- Crianças de idades intermédias às citadas anteriormente (8, 9, 11, 12 e 14 anos);
- Mulheres grávidas em vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde;
- Idosos beneficiários do Complemento Solidário que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Utentes portadores de VIH e SIDA;
- Utentes elegíveis para rastreio de cancro oral.

Este sistema de informação contempla mais três módulos de suporte ao PNPSO:

- Monitorização – fornece estatísticas a várias entidades envolvidas no PNPSO; os indicadores de monitorização são definidos pela DGS e ARS em colaboração com a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Médicos;
- Estudos – módulo orientado à realização de estudos epidemiológicos, que incluam a recolha de dados relativos à saúde oral;
- Auditoria – módulo orientado à auditoria de procedimentos realizados e registados por médicos dentistas aderentes ao programa.

- Saúde Oral, Projeto Sobe + - Tem como objetivo promover comportamentos saudáveis em parcerias com as bibliotecas escolares, desta forma proporciona às crianças, aos alunos, às famílias e à comunidade dinâmicas promotoras de aprendizagens sobre saúde e comportamentos saudáveis, é distribuído Kit de escovagem à população alvo, bem como uma lista de livros sobre saúde oral e alimentação.

1.2. CARATERIZAÇÃO UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) “B”

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) faz parte da ULS de Coimbra desde 1 de janeiro de 2024.

Tem como missão, à luz do disposto no art.º 11 do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Como visão, é definida como elemento estruturante da equipa, a melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços prestados, através de um esforço para superar os padrões de qualidade estandardizados pelas diferentes ordens profissionais, aspirando ser uma referência na área dos cuidados de saúde primários. Tem como principais valores, o respeito pelos direitos humanos, com uma prestação de cuidados com honestidade e qualidade, respeito pela individualidade, igualdade de direitos, direito à saúde em tempo útil, responsabilidade e confiança entre os elementos da equipa e a comunidade, responsabilidade partilhada na tomada de decisões, espírito de equipa, dedicação, disponibilidade e transparência.

A coordenadora da UCC “B” é a enfermeira “MC”, fazem parte do conselho técnico a enfermeira “MS”, a doutora “MG” e enfermeira “MC”. A nível de recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por cinco enfermeiros, com colaboração a tempo parcial de uma médica, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. Mais uma vez manteve o anonimato recorrendo à nomenclatura acima utilizada.

As dotações seguras dos cuidados de enfermagem encontram-se no Regulamento nº743/2019 e surgem para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população e instituições. Como referido anteriormente, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros deve haver 1 EESCSP por cada 30.000 habitantes, a UCC “B” abrange 24,016 habitantes, deste modo, de acordo com o cálculo das dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros seria necessário 1 enfermeiro especialista, o que está a ser cumprido (Decreto-Lei nº 184/2019 de 25 de setembro, 2019).

A UCC “B” abrange a população do concelho de Coimbra, de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2024), a unidade abrange 24.016 utentes de 3 freguesias distintas, Santo António dos Olivais, Ceira e Torres do Mondego, sendo o índice de dependência total de 67,22%, 19,86% para os jovens e 47,35% para idosos.

A intervenção da UCC “B” na gestão de doença engloba uma abordagem Paliativa, Doença Crónica, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Reabilitação e Saúde Mental. Ao nível da intervenção comunitária abrange a Comissão de Proteção de Jovens em Risco, Equipa de Prevenção de Violência em Adultos, Intervenção Precoce, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Núcleo Local de Inserção, Rede Social e Saúde Escolar.

A carteira básica de serviços da UCC “B” integra projetos e programas de saúde/social da sua área de abrangência (Freguesias: parte de Santo António dos Olivais, Ceira e Torres do

Mondego). A sua intervenção tem como referência o plano de ação do antigo Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACES BM) e funciona em articulação com as outras unidades funcionais do Centro de Saúde: Unidade de Saúde Familiar (USF) Biosa, USF Norton de Matos, USF Pulsar, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Pública (USP), bem como com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Irei de seguida aprofundar os programas da carteira básica de serviços que constituem a UCC “B”, fazendo referência às áreas da saúde materna e obstetrícia, reabilitação, pediatria e saúde mental uma vez que fazem parte da oferta de serviços nesta área de abrangência. A colaboração das várias áreas de especialidade permite o trabalho em equipa enriquecendo a nossa área em concreto com projetos e intervenções alinhados com as necessidades da população identificados.

Os Programas da Carteira Básica de Serviços que constituem a UCC “B” são:

Ao nível da Saúde Materna e Obstétrica:

- Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade - Momentos Únicos, que tem como finalidade a preparação de grávidas para o parto, conjugalidade e parentalidade.
- Cantinho da amamentação que tem como objetivo o aconselhamento sobre o aleitamento materno.
- Curso para Pais e Mães de massagem infantil que tem como finalidade promover o toque nutritivo, a comunicação e a interação para que os pais, as mães e as crianças estreitem laços, se compreendam e sejam felizes, saudáveis, amados, valorizados e respeitados na comunidade.
- Pingos de Amor: é um grupo de apoio ao aleitamento materno com a finalidade de partilha de experiências entre lactentes e ex lactentes de forma a incentivar e manter a amamentação.
- CHEGUE!!!! É um programa de formação parental com a finalidade de (in)formar os pais e as mães para diversos temas do âmbito da parentalidade e da saúde infantil.
- Quem quer ser pai: que visa a promoção da Paternidade positiva.

Na área da Saúde Infantil e Juvenil:

- Projeto Bebés, Crianças e Jovens em Segurança Sem i-Reta: Projeto Bebés, Crianças e Jovens em Segurança, faz parte do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, que tem como finalidade promover a adoção de comportamentos seguros pelas grávidas, pais/mães e

famílias no transporte dos bebés, crianças e jovens, no automóvel. A população alvo são os pais e mães cujo bebé/criança/jovem esteja inscrito numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Centro de Saúde e a comunidade escolar. O formato das sessões de educação para a saúde é em grupo.

- NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e a Jovens em Risco, tem como finalidade acompanhar através de uma equipa multidisciplinar, crianças e jovens que se encontrem em provável situação de risco; crianças e jovens em perigo que dêem origem a processos na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). A população alvo são crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, ou 21 anos se o jovem assim o desejar, que façam parte da área de abrangência do Centro de Saúde. É realizado em formato de reuniões presenciais trimestrais ou sempre que necessário, com discussão de casos/encaminhamento para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) ou CPCJ.

- Grupo V!!! é um programa de ação na área da violência doméstica, com uma equipa para a prevenção da violência em adultos. Tem como finalidade, promover os direitos das mulheres e dos homens vítimas de violência doméstica, que se encontrem em situações de risco ou de perigo; promover a implementação de profissionais/indivíduos de referência na área da violência doméstica a nível das unidades funcionais; diagnosticar e encaminhar precocemente as situações que representam risco de Violência Doméstica. A população alvo são os utentes inscritos nas Unidades de Saúde do antigo ACES Baixo Mondego, em formato de reuniões presenciais mensais para discussão e resolução de casos.

- SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, é um grupo de apoio a crianças que apresentem atraso no desenvolvimento ou em risco, com a finalidade de apoiar/facilitar o papel das famílias na prestação de cuidados às crianças; intervenções a nível transacional com todos os contextos relacionais da criança. A população alvo são as crianças dos 0 aos 3 anos, ou até aos 6 anos se família assim o desejar, que façam parte da área de abrangência Centro de Saúde. É realizado em formato de Plano Individual de Intervenção.

- FLASH - Consulta de Atendimento Jovem dos 12 aos 25 anos de qualquer área geográfica que se dirijam ao Centro de Saúde, tem como finalidade sensibilizar os jovens a adotar ou manter comportamentos e estilos de vida saudáveis. Funciona em formato de consulta sem marcação prévia, com sessão de educação para a saúde em sala de espera. Temas abordados: O desenvolvimento físico e psicológico; A anatomofisiologia da reprodução do homem e da mulher; As doenças sexualmente transmissíveis; Os métodos contraceptivos; As atitudes e comportamentos saudáveis; A crença do(a) parceiro(a) seguro(a); As substâncias

psicoativas; A importância do autoexame da mama; A importância da observação do colo uterino, teste papanicolau e citológico; entre outros.

- Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar, tem como finalidade a promoção da saúde dos indivíduos, grupos e ambiente da comunidade escolar, permitindo melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a qualidade de vida.

- AnimadaMente, é um projeto que tem como finalidade a promoção da saúde mental e bem-estar na comunidade educativa dos Jardins-de-infância e escolas do ensino básico. Tem como alvo toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico (educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais/mães, encarregados de educação e outros profissionais). Realiza-se em contexto escolar com envolvimento dos educadores, professores, encarregados de educação e pais/mães. Temas abordados: empatia; autoestima; emoções positivas; relação com pares; meditação; entre outros.

- +Contigo, é um projeto com finalidade de promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa do ensino secundário. É dirigido a toda a comunidade educativa das escolas do ensino secundário (professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais/mães, encarregados de educação e outros profissionais). É realizado no formato de sessões de educação para a saúde na disciplina de cidadania. Os temas abordados são: estigma, adolescência, autoestima, capacidade de resolução de problemas, bem-estar, comunicação assertiva, gestão de emoções, comportamentos de risco.

- (E)Duque, é um projeto com a finalidade de promoção de estilos de vida saudáveis nos jovens da comunidade escolar. É dirigido a toda a comunidade educativa das escolas do ensino básico (professores, auxiliares de ação educativa, estudantes, pais/mães, encarregados de educação e outros profissionais). É desenvolvido dando apoio nas escolas com abordagem de diversas temáticas e encaminhamento para equipas de família e/ou consultas de especialidade e/ou Consultas de Atendimento Jovem "Flash!", quando necessário.

- Prevenção Obesidade Infantil, tem como finalidade a promoção de estilos de vida saudáveis nos jovens da comunidade escolar. É dirigido a toda a comunidade educativa das escolas do ensino básico (professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais/mães, encarregados de educação e outros profissionais). Realizado em formato de sessões de educação para a saúde (por agendamento).

Saúde do Adulto/Saúde do idoso

- Consulta de Cessação Tabágica (semanal, com avaliação e acompanhamento), tem como finalidade a adoção de comportamentos que visem a desabilitação tabágica e assim promover o bem-estar, é dirigida a todos os utentes inscritos nas USF do centro de saúde que expressem vontade de cessar hábitos tabágicos.

- Reabilitar a Comunidade é um programa de enfermagem de reabilitação com a finalidade de promover o bem-Estar e melhorar a qualidade de vida. É dirigido aos utentes do centro de saúde Norton de Matos, que sejam portadores de limitação funcional ou de doença osteoarticular com necessidade de cuidados de reabilitação, que sejam sinalizados pelas equipas de família e/ou hospital. É realizado através de sessões de reabilitação presenciais.

- Alzh´Amigo, é um gabinete de apoio aos cuidadores de doentes com Alzheimer, com a finalidade de acompanhamento dos cuidadores. A população alvo, são os cuidadores de utentes com Alzheimer do concelho de Coimbra, que façam parte do “antigo” ACES Baixo Mondego. Realizado através de sessões psico-educativas.

- Poeira das Estrelas, é um grupo de apoio a familiares em luto, com a finalidade de apoiar os familiares em processo de luto de modo a enfrentarem uma nova etapa de vida; reduzir o nível de depressão e de ansiedade, respeitando a sua individualidade. Dirigido a todos os utentes do centro de saúde. Realizado através de sessões psico-educativas.

- CSI – Casa Segura para Idosos, é um programa de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, com a finalidade de promover a segurança e prevenir a ocorrência de acidentes domésticos nas pessoas idosas, no sentido de obter ganhos em anos de vida com autonomia e independência. É dirigido a todos utentes do centro de saúde com mais de 65 anos de idade.

- A(braços) com quem cuida, é um grupo de apoio a idosos e seus cuidadores informais. Para acompanhamento da população idosa e seus cuidadores, implementando intervenções capazes de suprimir as suas dificuldades específicas, de forma a melhorar a qualidade de vida e adaptação. A população alvo são todos os idosos dependentes e seus cuidadores informais/familiares pertencentes ao Centro de Saúde em formato de consulta sem marcação prévia na UCC “B” ou domicílio.

- Envelhecimento Ativo - Anos de Vida Q(ualidade), é um programa de Envelhecimento Ativo, com a finalidade de reduzir e/ou adiar a incapacidade causada pelo envelhecimento, contribuindo para a qualidade e independência de vida dos idosos e diminuir o isolamento

social e risco de depressão. A população alvo são os utentes do centro de saúde com mais de 65 anos de idade. Realizado através de sessões de atividade física adaptadas e ajustadas à situação de cada idoso e outras atividades que visam a manutenção das suas capacidades cognitivas e psicossociais.

Saúde Mental e Psiquiátrica

- Desvendar - Programa na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, com a finalidade de intervenção junto dos utentes com alterações do foro psiquiátrico e apoiar os seus familiares segundo uma filosofia humanista. Dirigido aos utentes com patologia do foro mental e seus familiares e população em geral seguidos na UCC “B”, realizado em formato de consulta de Enfermagem de Saúde Mental.

- Consulta de enfermagem.

- Apoio a famílias cuidadoras.

ECCI (Decreto-Lei nº101/2006 – Artigo 27º)

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-lei nº101/2006, Artigo nº27). Tem como finalidade promover e/ou recuperar a saúde dos utentes nas Atividades De Vida Diárias (AVDs), em situação de dependência ou em risco de perda de autonomia, no seu núcleo familiar.

Desta forma, no capítulo 2 irei abordar os modelos de referência de enfermagem que nortearam a minha tomada de decisão na prática clínica, tanto ao nível do planeamento, como na execução de atividades/intervenções, programas e projetos que decorreram na USP “A” e UCC “B” da ULS de Coimbra acima descritas.

2. MODELOS DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

O planeamento em saúde não se faz de uma só vez, é um processo que se desenrola em várias etapas coerentes entre si e exequíveis. É necessário acompanhar o processo por um dispositivo de avaliação que ajude a identificar, compreender e intervir de forma célere e eficaz nos desvios e perceber como reprogramar mudanças ou alterações (Rodrigues,2021).

O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) pretende traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para identificar e posteriormente priorizar problemas e necessidades de saúde e clarificar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde. Nesta etapa identificam-se os recursos da comunidade, incluindo os serviços de saúde e outros salvatérios públicos e provados (Portugal, Nunes & Andrade, 2016).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (CIPE, versão 2.0) a comunidade é um grupo de seres humanos vistos como unidade social ou um todo coletivo composto de membros pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições, ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo.

Para que o processo de diagnóstico possa resultar num plano que cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe apenas a partir da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. O que pode fundamentar a escolha de estratégias de intervenção é a procura das causas e fatores que condicionam a realidade observada. Na etapa de diagnóstico é desejável caracterizar as causas de um determinado problema e não apenas manifestações superficiais. O diagnóstico sendo uma etapa inicial do processo de planeamento tem a função de facilitar a identificação de problemas, de recursos e de estratégias de intervenção, pelo que serve de base à tomada de decisão. A partir das fontes de informação disponíveis é possível tomar decisões e implementar propostas fundamentadas que irão ser avaliadas podendo revelar lacunas no conhecimento e redirecionar o processo (Chorny, Kuschnir & Taveira, 2008).

Um plano é para ser aplicado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de ser apenas um exercício mental ou um discurso idealista para quem planeia (Rodrigues, 2021).

Este trabalho tem como quadro de referência o modelo dos Determinantes de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) que refere que os estilos de vida são determinantes de saúde, hábitos e costumes que podem ser influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo processo de socialização ao longo da vida. Não são apenas resultado de uma escolha pessoal. As escolhas individuais que vamos fazendo são também resultado da influência do ambiente e das condições de vida (Rodrigues, 2021).

Segundo Dahlgren e Whitehead (1991), as políticas públicas devem ser compreendidas através da influência que exercem sobre a saúde, especificamente sobre os determinantes sociais da saúde. Desta forma, desenvolveram o modelo em camadas que permite visualizar a distribuição dos determinantes sociais da saúde. No núcleo estão representados os determinantes individuais, isto é, as características pessoais como a idade, o sexo e os fatores genéticos. Na primeira camada estão identificados os comportamentos e os estilos de vida. A segunda camada destaca a influência das redes comunitárias e o apoio social, expressando o grau de coesão social de determinada comunidade. Na terceira camada estão representados os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, o acesso a alimentos e serviços essenciais como a saúde e a educação. Por fim, a quarta camada apresenta os macro-determinantes como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, que de acordo com Dahlgren e Whitehead (1991) possuem grande influência sobre as restantes camadas.

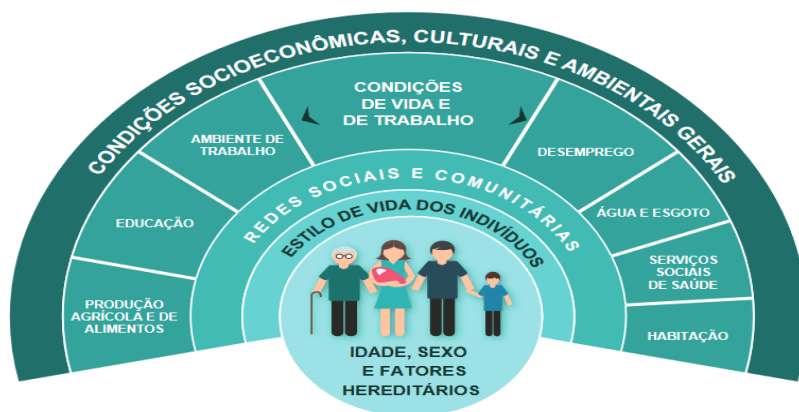


Figura 2 – Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte: Políticas Públicas Saudáveis: Plano Nacional de Saúde (2011-2016)

No próximo capítulo (3), irei correlacionar as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EESCSP em associação com os objetivos do estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública I e II com base na metodologia do planeamento em saúde e no modelo teórico acima apresentado.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública constituem um referencial para a prática especializada, devendo ser tido em conta para a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017).

Desta forma, os cuidados especializados em Saúde Comunitária e Saúde Pública diferem dos restantes cuidados na medida em que perseguem os mais elevados níveis de satisfação dos grupos/comunidades, através do respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos em que se planeia intervir tendo em conta as necessidades identificadas (OE, 2017).

Os cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma constante evolução a nível técnico e científico, sendo a diferenciação e especialidade cada vez mais uma realidade nas diversas classes profissionais, incluindo a Enfermagem (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O enfermeiro especialista tem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem na sua área de especialidade. A atribuição do título de especialista pressupõe não só as competências específicas de cada uma das especialidades como também um conjunto de competências comuns, aplicáveis a qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista abrangem 4 domínios, sendo estes: da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Tem como objetivo de aprendizagem desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área da ESCSP, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, bem como, garantir uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Como resultados de aprendizagem visa demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e liderar e avaliar o processo e resultados da tomada de decisão.

As atividades de aprendizagem desenvolvidas em estágio passaram pela vigilância epidemiológica, através da participação na identificação e notificação de doenças de declaração obrigatória, garantindo a confidencialidade e proteção dos dados de saúde, segundo o Artigo 106.º - Do dever de sigilo Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015). Ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença através da vacinação e rastreios desenvolvidos, assegurando assim a equidade no acesso aos cuidados. Avaliação de riscos ambientais e promoção de condições seguras para a saúde da população, respeitando os princípios de responsabilidade e segurança. Colaboração com autarquias, escolas e outras entidades para implementação de políticas de saúde pública, respeitando a autonomia e os direitos dos cidadãos, fazendo cumprir o Artigo 101.º - Do dever para com a comunidade, o artigo 105.º Do dever de informação, Artigo 103.º Dos direitos à vida e à qualidade de vida do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Durante os estágios, colaborei na assistência a utentes vulneráveis (idosos, doentes crónicos, dependentes), respeitando a dignidade e autonomia do doente. Intervenção junto de grávidas, crianças em risco (em colaboração com a CPCJ) e pessoas em situação de exclusão social, garantindo a proteção e apoio adequados, fazendo cumprir o Artigo 104.º Do direito ao Cuidado do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), e em conformidade com os princípios éticos da profissão, foram realizadas diversas etapas para garantir a implementação responsável do projeto de intervenção comunitária intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”. Assim, foi solicitada autorização à coordenadora da Unidade de Saúde Pública “A” e da UCC “B”, em APÊNDICE I, bem como obtida a permissão dos autores originais para a utilização da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção, em APÊNDICE II. Adicionalmente, a documentação do projeto de estágio foi submetida à Direção-Geral da Educação (DGE), que autorizou a execução do mesmo, em APÊNDICE III. Posteriormente, foi solicitada autorização à direção da escola, seguindo as orientações da DGE, a qual foi autorizada, podendo ser consultada em APÊNDICE IV. Foi ainda, obtido o consentimento informado assinado pelos encarregados de educação dos alunos do 9.º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e do Conservatório de Música de Coimbra, com a colaboração dos professores,

estando um exemplar em APÊNDICE V. Após aval positivo das entidades supra - referidas o projeto estava pronto para implementação.

Deste modo, a consecução do projeto foi orientada pelo cumprimento de princípios e procedimentos éticos, com a garantia de livre escolha na participação e liberdade de abandono do estudo pelos participantes. A participação no estudo não incorreu em risco acrescido para os participantes. Os ganhos relacionaram-se com os conhecimentos sobre ISTs e contraceção na área da saúde sexual e reprodutiva. A confidencialidade foi garantida, mantendo no decorrer do processo o anonimato dos dados. Todos os instrumentos de recolha de dados foram codificados numericamente, não revelando identidades. Os dados resultantes foram restritos à investigadora para o presente estudo, que se encontra obrigada a manter a confidencialidade e anonimato dos dados e para publicação no âmbito académico decorrentes do estágio. Os dados foram armazenados e conservados pela investigadora, apenas pelo período necessário para cumprir o processo do estudo, de acordo com a legislação em vigor, Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27 de abril. Fazendo cumprir o artigo 102.º Dos valores humanos, o artigo 105.º Do dever de informação e o artigo 106.º Do dever de sigilo Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Tem como objetivo de aprendizagem, garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Como resultados de aprendizagem visa desenvolver e promover práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua promotores de um ambiente terapêutico e seguro.

As atividades de aprendizagem desenvolvidas passaram pela colaboração na elaboração da ata de reunião e documento informativo à ULS de Coimbra sobre plano de vacinação sazonal/covid, no contexto de estágio na USP, cronograma em APÊNDICE VI. Colaboração na elaboração de planos para prevenção e controlo de infeções, como na elaboração de fluxograma, esquema de circuito hospitalar da ULS Coimbra para casos de sarampo. Colaboração na elaboração dos eixos estratégicos da ULS Coimbra (colaboração na elaboração da ata da reunião em APÊNDICE VII). No âmbito da Excelência Assistencial sobre vacinação atempada à nascença das crianças elegíveis para vacinação, com BCG, em APÊNDICE VIII; no âmbito do Capital Humano, sobre potencialização do capital humano da USP da ULS de Coimbra através de *coaching* profissional coletivo, em APÊNDICE IX; Prevenção e Proximidade, com realização de plano para rastreio de tuberculose às pessoas

sem abrigo da cidade de Coimbra APÊNDICE X e elaboração de plano para garantir a oferta de alimentos saudáveis nas máquinas de venda automática e garantir o cumprimento da legislação APÊNDICE XI; no âmbito das Respostas Integradas e Centradas no Cidadão, através da realização de reuniões formativas sobre o cheque dentista (nas coortes dos 7, 10 e 13 anos) aos diretores de turma/professores responsáveis para o aumento da utilização do cheque dentista APÊNDICE XII; no âmbito do eixo estratégico Redução de Desperdício e Controlo de Gestão, procedeu-se à elaboração de plano para desmaterialização de documentos, atos relacionados com a assiduidade dos profissionais da USP, para que sejam realizadas na plataforma RHV/ SISQUAL APÊNDICE XIII; no âmbito da Sustentabilidade e Mobilidade, foi realizada proposta documentada para que 50% das reuniões de serviço fossem realizadas em plataforma *Teams*, em APÊNDICE XIV.

Assim, durante os estágios no contexto da USP e UCC desempenhei um papel essencial na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais no âmbito da governação clínica. Para isso, tive por base os conhecimentos previamente adquiridos nas várias unidades curriculares e conhecimentos que adquiri e incorporei em contexto de estágio sobre qualidade e melhoria contínua, promovendo a sua aplicação na prática clínica, com planeamento estratégico, definição de metas, participação em auditorias (*Nefrovida* – clínica de diálise de Coimbra, em ANEXO II) e avaliação de resultados dos projetos de intervenção comunitária. Através da análise e utilização de evidência científica, normas de qualidade e instrumentos de avaliação que são fundamentais para identificar oportunidades de melhoria e implementar estratégias eficazes, tive oportunidade de supervisionar e fomentar programas de melhoria contínua, garantindo a segurança dos utentes e dos profissionais. A par disso, respeitei e integrei as necessidades culturais e espirituais dos grupos de intervenção, garantindo um ambiente de cuidados humanizado e seguro. Colaborei na elaboração e implementação de planos de prevenção e controlo de infeções, gestão de resíduos e resposta a emergências e catástrofes, como explanei anteriormente.

Desta forma, o enfermeiro atua como agente dinamizador da qualidade, promovendo um ambiente terapêutico e seguro, contribuindo para a excelência dos cuidados prestados na comunidade.

3.1.3. Gestão dos cuidados

Tem como objetivo de aprendizagem a gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa articulada com a equipa de saúde. Como resultados de aprendizagem

pretende-se que a liderança e a gestão dos recursos seja adaptada às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Como atividades de aprendizagem, através da participação em reunião de equipa sobre eixos estratégicos da ULS de Coimbra e reunião multidisciplinar sobre carteira de serviços da USP da ULS Coimbra, tive oportunidade de apreender e melhorar a informação para a tomada de decisão. Tive ainda oportunidade de reconhecer o papel e funções dos diversos elementos da equipa e implementar métodos de organização de trabalho adequados através da colaboração na gestão de *stocks* da USP e registo dos mesmo na plataforma informática *Glantt*. Através do cumprimento do manual de orientação da rede de frio tendo por base o “Manual de rede de frio dos Serviços Farmacêuticos”. A Rede de Frio é um sistema que integra pessoas, equipamentos e procedimentos, o qual contribui para assegurar que as vacinas mantêm as condições adequadas de qualidade, segurança e eficácia, ao longo das diferentes etapas, desde o circuito de fabrico, armazenamento, distribuição até à sua administração. Em toda a rede de frio as vacinas devem ser mantidas a uma temperatura adequada (2°C a 8°C), de modo a garantir a sua qualidade, segurança e eficácia.

Colaborarei ainda nas decisões da equipa de saúde da UCC “B” na prestação de cuidados aos utentes de ECCI. Tive oportunidade de reconhecer quando é necessário fazer parceiras ou referenciar para outro profissional, algo que é recorrente na ECCI, com trabalho interdisciplinar entre os vários elementos da equipa. Em contexto de estágio na USP tive oportunidade de participar na reunião sobre vacinação sazonal com a direção executiva da ULS Coimbra, reunião com direção de enfermagem da ULS de Coimbra sobre organização dos cuidados e vacinação sazonal, e reunião com a DGS sobre vacinação sazonal e apresentação de dados sobre o estado da vacinação na ULS Coimbra. Tive ainda oportunidade de reconhecer o papel e funções dos diversos elementos da equipa com a dinamização na UCC “B” de Ação/Formação Cuidadores Informais com participação dos vários elementos da equipa, assim como, docentes de Enfermagem e relato na primeira pessoa de cuidadores informais. Participação com equipa multidisciplinar em ação/formação no dia Internacional da Diabetes (UCC “B”) no Pavilhão de Portugal com participação do Exmo. Sr. Presidente da Câmara de Coimbra, com a participação dos idosos do projeto anos de vida Q(ualidade) e da comunidade em geral da região de Coimbra que pretendesse participar.

Tive oportunidade de usar processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada com base num ambiente positivo e favorável, com a elaboração e

implementação do projeto de intervenção na comunidade denominado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”.

Assim, desempenhei um papel fundamental na gestão de cuidados, assegurando a eficiência dos recursos e promovendo a qualidade assistencial. Para tal, melhorei a informação para a tomada de decisão, com aplicação de legislação, políticas e procedimentos institucionais e com métodos organizacionais eficazes. Desta forma, não apenas otimizei o trabalho em equipa, mas também contribuí para um ambiente terapêutico seguro e uma resposta mais eficaz às necessidades da comunidade.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Como objetivo de aprendizagem pretende-se desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Como resultados de aprendizagem objetiva-se ser um elemento facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, suportar a prática clínica com evidência científica, promoção da formulação e implementação de padrões e procedimentos no ambiente de trabalho.

As atividades de aprendizagem desenvolvidas prenderam-se com a atuação como dinamizador de novo conhecimento através da realização de revisão da literatura na área das ISTs em contexto escolar que serviu de suporte ao meu projeto de intervenção comunitária, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

Através da participação no 4º Encontro internacional (Re)pensar o VIH e Sida: sigamos o caminho dos direitos, com a elaboração e apresentação de um poster intitulado “Eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ao 12º ano”, certificado em ANEXO III. Participação na III Convenção Internacional dos Enfermeiros com a elaboração de revisão da literatura e elaboração e apresentação de comunicação oral sobre “Trotinetes Elétricas: Um Problema de Saúde Pública”, certificado em ANEXO IV.

Assim, pretendi ter um papel ativo no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, promovendo a capacitação contínua da equipa e a melhoria dos cuidados prestados. Para isso, otimizei o autoconhecimento, geri emoções e pretendi atuar eficazmente na resolução de problemas e conflitos, criando um ambiente de trabalho colaborativo e produtivo. Além de identificar e suprir necessidades formativas, atuei como educadora e gestora de programas de saúde, favorecendo a aprendizagem e o aperfeiçoamento de competências. Na vertente

da investigação, contribuí para a produção e disseminação de conhecimento, participando em estudos científicos, analisando evidências e promovendo a sua aplicação prática.

Desta forma, o enfermeiro especialista não só assegura a atualização e especialização profissional, mas também fomenta um ambiente de aprendizagem contínua, inovação e excelência nos cuidados prestados à comunidade.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EESCSP são 4, as quais desenvolvi ao longo dos estágios (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, 2018).

3.2.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Como resultados de aprendizagem pretende-se elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade; estabelecer prioridades das necessidades em saúde; formular objetivos e estratégias (face à priorização realizada); estabelecer programas/projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; avaliar estes programas/projetos.

Como atividades de aprendizagem, elaborei o diagnóstico de saúde da comunidade da ULS de Coimbra recorrendo à realidade do contexto local, tendo por base as fases do processo com base na metodologia do planeamento em saúde de Rodrigues (2021), recorri à utilização do instrumento de avaliação de uma comunidade: *Windshield And Walking Surveys* de forma a ter maior perceção da comunidade do concelho de Coimbra, observando e anotando as características desta comunidade, que irei aprofundar em seguida.

Quadro 1- Componentes de Observação Pára-Brisas

Limites	Banhada pelo rio Mondego, Coimbra possui uma localização estratégica privilegiada no centro do país, entre as duas áreas metropolitanas principais, Lisboa e Porto, numa posição de charneira entre ambas. Subdividida em 31 freguesias, e é limitada a norte pelo município de Mealhada, a leste por Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a sul por Condeixa-a-Nova, a oeste por Montemor-o-Velho e a Noroeste por Cantanhede. Situada num sistema urbano multipolar da zona Centro da NUT, que engloba também as áreas urbanas de Aveiro, Viseu e Leiria, Coimbra possui a posição central, polarizando diretamente os centros urbanos de Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Cantanhede, Mira, Mealhada, Penacova, Lousã, Miranda do Corvo e Condeixa-a-Nova.
Habitação	As residências são multifamiliares. Os prédios na baixa de Coimbra são na sua maioria antigos. Existe uma variedade de edifícios novos e reabilitados por todo o concelho de Coimbra. Muitas obras de reabilitação e construção civil.
Sinais de decadência	Existe lixo espalhado pelo chão principalmente nos principais pontos turísticos, o que promove existência de roedores e baratas. Necessidade de recuperação de edifícios/áreas abandonadas principalmente na baixa de Coimbra.
Parques e áreas recreativas	Parque verde do Mondego, Mata Nacional do Choupal, Parque Santa Cruz, Jardim Botânico.
Áreas comuns/sociais	Cafés, pastelarias, museus, bibliotecas, jardins abertos a todo o tipo de pessoas.
Lojas	Farmácia, lavandaria, shopping, talho, mercearia, drogaria, residentes viajam em transportes públicos, de carro ou a pé.

Transporte	Vias íngremes com subidas e descidas não facilita a circulação a pé ou com veículos não motorizados/elétricos. Não existem ciclovias. Obras na construção do metro de Coimbra que dificultam a circulação por toda a cidade, o que causa congestionamento no trânsito.
Comunicação	Jornais, televisão, cartazes, revistas.
Serviços	Hospitais, Centros de Saúde, Clínicas, Serviços Sociais, Escolas, Agências de Emprego.
Pessoas na comunidade	Multicultural, maioritariamente trabalhadora, classe média. Coimbra é referência patrimonial e como polo fundamental na produção de conhecimento pela Universidade de Coimbra, a primeira no país e património da UNESCO. Tem uma população estudantil deslocada elevada devido à sua tradição e à conceituada Universidade. Conhecida pelas festas académicas, é uma cidade com grande movimento noturno especialmente em época de aulas e semanas académicas. Verifica-se um decréscimo e envelhecimento da população no Centro Histórico, face às restantes freguesias com carácter marcadamente urbano.
Indústria	Maiores empresas: <i>Celbi, S.A., Navigator Pulp</i> Figueira, S.A., CHUC, Plural Cooperativa Farmacêutica, C.R.L.
Serviços de Proteção	Pouco policiamento nas ruas, especialmente na zona da baixa de Coimbra onde as ruas são estreitas, com pouca circulação, onde existem alguns assaltos, com necessidade de maior policiamento. O decréscimo populacional do Centro Histórico é igualmente acompanhado por uma perda de dinamismo económico, decorrente sobretudo da estagnação do comércio tradicional, do encerramento de alguns estabelecimentos, assim como da deslocalização de equipamentos coletivos e serviços com capacidade de atração para fora do centro. Localização de bombeiros e polícia pouco divulgado.
Etnia	Multicultural. Predominantemente população vinda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, Índia, Brasil. Existem restaurantes, igrejas, lojas destas populações.
Religião	Existem várias igrejas e escolas administradas por igrejas.
Saúde e Morbilidade	Há evidência de indivíduos consumidores de álcool, droga, sem abrigo em crescente aumento.
Política	A coligação Juntos Somos Coimbra, é o partido que venceu no distrito de Coimbra nas últimas legislativas. O cabeça de lista José Manuel Silva é o atual presidente da Câmara Municipal de Coimbra.

Fonte: *Windshield Survey Document (Washtenaw Community College, 2020)*

De forma a caracterizar a comunidade geograficamente definida e elaborar o diagnóstico de saúde da comunidade da ULS de Coimbra procedi ainda ao levantamento de dados sobre a realidade do contexto local, através da literatura existente e fontes oficiais como o Plano Nacional de Saúde 2030, o Perfil de Saúde da ULS de Coimbra, Perfil Municipal de Saúde de Coimbra, tendo em conta os determinantes em saúde e indicadores epidemiológicos. Através da consulta de fontes de dados como o Instituto Nacional de Estatística e PORDATA. Desta forma, pretendi compreender os determinantes da saúde tendo em conta as condições socioeconómicas e ambientais e necessidades em saúde da comunidade abrangida pela USP “A” e UCC “B”, identificar os determinantes dos problemas em saúde de grupos/da comunidade, estabelecer uma rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade (conhecer melhor a comunidade abrangida para perceber os problemas de saúde existentes) e identificar das prioridades em saúde desta comunidade, formulação de objetivos e estratégias exequíveis com base nos recursos existentes.

Através da pesquisa realizada, verificou-se que nos últimos anos (censos 2001-2021), na ULS de Coimbra, tem-se verificado um abrandamento do crescimento demográfico, associado à evolução negativa da taxa de crescimento natural e à desaceleração do crescimento migratório. Por outro lado, regista-se um envelhecimento progressivo da população, em consequência da diminuição da natalidade, da fecundidade e do aumento da longevidade. O concelho com o maior índice de envelhecimento é o da Pampilhosa da Serra e o concelho

com o menor índice é o de Condeixa-a-Nova. Verifica-se que os concelhos mais envelhecidos são os do interior/sul. De um modo geral, o número de nados vivos na área de abrangência da ULS Coimbra tem vindo a diminuir desde 2011, (Perfil de Saúde da ULS Coimbra, 2024).

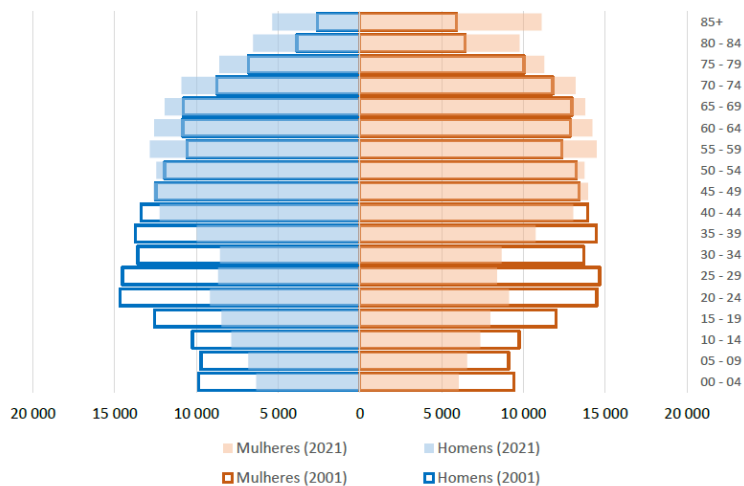


Figura 3 - Pirâmides etárias da ULS Coimbra, 2001 e 2021

Fonte: INE, Censos 2001 e 2021 (Estimativas Definitivas de População Residente).

De um modo geral, a taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir quer na ULS Coimbra quer no Continente. Em 2022, parece existir uma inversão da tendência com uma taxa de 6,7‰ na ULS Coimbra. A esperança média de vida à nascença, por triénio, tem vindo a aumentar desde 2000, quer no continente quer na ULS Coimbra, sendo maior na ULS Coimbra. No triénio 2020-2022, a esperança média de vida à nascença na ULS Coimbra era de 82,2 anos, sendo 79,2 anos para os homens e 85,0 anos para mulheres, (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

De acordo com as estatísticas do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), em dezembro de 2022, a ULS Coimbra tinha 8.855 desempregados inscritos (3,99% da população em idade ativa), com o concelho de Góis a apresentar a maior taxa de desemprego (5,6%) e o concelho de Mortágua a menor taxa (2,4%). Considerando a população empregada por setor de atividade, em 2021 verificamos que o setor terciário foi o de maior representatividade (31,33%) na ULS de Coimbra à semelhança do Continente (30,8 %).

No ano de 2021, o concelho de Coimbra era o que apresentava o maior poder de compra per capita (119,8) e o da Pampilhosa da Serra o menor (65,0). De acordo com os últimos dados disponíveis (2021), os concelhos de Penela e de Tábua eram os que apresentavam o menor valor percentual de alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água,

respetivamente 74% e 81% dos alojamentos. No que diz respeito ao tratamento de águas residuais, os concelhos de Penela e de Figueiró dos Vinhos eram os que apresentavam o menor valor de alojamentos servidos por sistemas de tratamento de águas residuais com 28% e 31%, respetivamente. Persistem grandes disparidades entre os 21 concelhos da ULS de Coimbra (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

Em 2023, no que concerne aos determinantes de saúde registados no sistema de apoio ao médico s-clínico, nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários (CSP) da ULS Coimbra, os diagnósticos ativos (ICPC-2) mais prevalentes, em ambos os sexos, foram: o abuso do tabaco (10,82%) e o excesso de peso (23,95 %). Da análise dos dados, verifica-se que existem diferenças nos determinantes de saúde por sexo, nomeadamente uma maior prevalência de excesso de peso nas mulheres e uma maior prevalência de abuso de tabaco, drogas e abuso crónico de álcool nos homens (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

Em 2021, a mortalidade proporcional por grandes grupos de causa de morte, para todas as idades e ambos os sexos, foi maior nas doenças do aparelho circulatório (28%); tumores malignos (23%); doenças do aparelho respiratório; nas doenças cerebrovasculares (9%), e algumas doenças infecciosas e parasitárias 2,3%. Das morbilidades definidas, pelos Observatórios Regionais de Saúde, como alvo de monitorização regular, as cinco morbilidades que apresentaram maior proporção na população de inscritos, por diagnóstico ativo, no ano de 2023, foram, para ambos os sexos: alteração do metabolismo dos lípidos (31,77 %); hipertensão sem complicações e com complicações (26,54%); perturbação depressiva (16,05%); obesidade (15,29%) e diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 (9,85%) (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

Segundo o Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra (2020), padrão de distribuição geográfica pelas diferentes freguesias do município de Coimbra relativamente ao rendimento médio mensal do agregado familiar, revela uma variação entre os 745,80€ e os 1.854,50€, sendo a freguesia mais afluenta a de Santo António dos Olivais e as menos afluentes as de São João do Campo e São Silvestre. O rendimento médio mensal no município é de 1.192,40€.

A análise comparativa dos apoios sociais referentes ao Rendimento Social de Inserção (RSI) atribuídos no município de Coimbra e nas unidades territoriais de referência (Continente, Região Centro e Região de Coimbra) revela uma subida entre 2009 e 2010, seguida de uma descida acentuada e consistente até 2019, em todas as unidades consideradas. No que se

refere ao Complemento Solidário para Idosos (CSI)³³ o município de Coimbra posiciona-se a um nível consideravelmente inferior às restantes unidades territoriais de comparação (Continente e Região Centro), apresentando valores na ordem dos 5% que comparam com 7,7% e 8,8%, respetivamente (Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

O número de agregados familiares apoiado pelo Fundo Municipal de Emergência Social (FMES), atribuído pela Câmara Municipal de Coimbra, também tem vindo a aumentar nos últimos anos: em 2015, um total de 352 famílias receberam este apoio, em 2019, este número passou para 504, (Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

O desconforto térmico em casa é também uma realidade no município de Coimbra. O Inquérito “Saúde e Bem-estar-estar” revelou que 18,7% dos inquiridos declaram não ter capacidade financeira para aquecer a casa de forma adequada no inverno, sendo que esta percentagem sobe para 34,7% no caso da incapacidade financeira de arrefecer a casa no verão (Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

A perceção de segurança/insegurança da população residente quando anda a pé (durante o dia e durante a noite) é analisada através das respostas obtidas âmbito da aplicação do Inquérito “Saúde e Bem-estar no Município de Coimbra: questionário à população residente. A análise das respostas revela que a maioria dos inquiridos perceciona um considerável sentimento de segurança: 91,3% reporta sentir-se seguro quando anda a pé na sua área de residência. Em contraponto, 6,7% relatou sentir-se inseguro e 2,0% muito inseguro (Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

De salientar que mais de metade dos habitantes se deslocam em veículo próprio, quer como condutor (51%), quer como passageiro (19,3%), sendo bastante superior ao evidenciado pelo Continente (70,3% versus 58,6%) (Perfil Municipal da Câmara Municipal de Coimbra, 2020).

A análise dos níveis de escolaridade da população da área geográfica da ULS Coimbra, no ano de 2021, mostra que os concelhos de Coimbra e Condeixa-a-Nova apresentaram os níveis mais elevados de escolaridade e o concelho da Pampilhosa da Serra apresentou os níveis de escolaridade mais baixos. Em 2021, a taxa de analfabetismo na área geográfica da ULS Coimbra era de 3,34%, valor ligeiramente superior ao do continente (3,03%). Na ULS Coimbra, o concelho com maior taxa de analfabetismo foi o da Pampilhosa da Serra (9,24 %) e o concelho com menor taxa de analfabetismo o de Coimbra (1,99%). (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

Segundo dados da PORDATA, 2022 a percentagem de população que residente no município de Coimbra era de 140, 816, com menos 1.8 % face a 2011. A Percentagem de população jovem (0-14 anos) era de 11,7% menos 0.7 do que em 2011. A percentagem da população entre os 15 e 64 anos era de 63%, menos 4.5% do que em 2011. Matriculados no 3º ciclo em Coimbra existiam em 2022 4.588 alunos e no ensino secundário 7073 alunos. Existiam 21 escolas com Ensino Básico – 3º ciclo e 15 escolas com ensino secundário.

Em 2022, foram notificadas 489 doenças de notificação obrigatória (DNO), excetuando infeção por SARS-CoV2, na área de abrangência da ULS de Coimbra. Todas as notificações determinaram a correspondente investigação epidemiológica, com a confirmação de 324 casos. As DNO que apresentaram maiores taxas de incidência foram: VIH (Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana) e SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), com 25,26 por 100.000 habitantes; gonorreia (Infeção gonocócica), com 12,22 por 100.000 habitantes; Sífilis excluindo Sífilis Congénita, com 11,41 por 100.000 habitantes; infeção por Chlamydia Trachomatis - Excluindo Linfogranuloma Venéreo, com 9,24 por 100.000 habitantes e Campilobacteriose, com 7,06 por 100000 habitantes (Perfil de Saúde da Unidade Local de Coimbra, 2024).

Tendo por base os dados referidos, defini a área das ISTs e contraceção como foco do meu Projeto de Intervenção Comunitária.

Assim, no próximo capítulo (4) irei:

- Otimizar informação relativa ao diagnóstico de saúde;
- Definir o perfil de saúde dos jovens do 9º ano quanto ao Conhecimento sobre ISTs.
- Definir objetivos;
- Utilizar os dados do perfil de saúde da ULS de Coimbra na definição dos objetivos e estratégias;
- Utilizar critérios objetivos para definir as principais prioridades em saúde de intervenção;
- Integrar na tomada de decisão as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde (2030) e o Projeto de Intervenção Comunitária integrado no Programa de Saúde Escolar;
- Realizar estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas de acordo com os objetivos estabelecidos, características da comunidade e recursos disponíveis;

- Adequar as estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade;
- Planear e realizar intervenções para problemas de saúde pública, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde;
- Reformular objetivos, estratégias, programas e projetos sempre que necessário- reformulação de população alvo de acordo com disponibilidade e necessidades da comunidade escolar;
- Utilizar o perfil de saúde como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população;
- Demonstrar conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde (com a determinação dos indicadores para o Projeto de Intervenção Comunitária sobre Conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra);
- Otimizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades;
- Mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções planeadas;
- Disponibilizar informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos;
- Promover o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.
- Monitorizar a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade - Aplicação da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção antes da 1ª Sessão de Educação para a Saúde e imediatamente após 3ª sessão de educação para a saúde, com apresentação de resultados, conclusões e implicações para a prática clínica.

3.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Como resultados de aprendizagem pretende-se liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; integrar conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação comunitária; proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na

consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Como atividades de aprendizagem, participei na consulta do viajante, participei no projeto de saúde oral “SOBE+”, na criação dos eixos estratégico do plano estratégico da ULS Coimbra, na criação da carteira de serviços da ULS de Coimbra, participei na reunião de formação sobre plataforma eletrónica SINAVE, com vista à capacitação e desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde ao nível da vigilância epidemiológica na deteção, diagnóstico e contenção de doenças infecciosas. Esta formação incidiu na descrição detalhada, importância, funcionamento e registo na plataforma SINAVE. Colaborei na realização de documento sobre vacinação sazonal/covid da ULS de Coimbra através da consulta e extração de dados estatísticos do Bilhete de Identidade Vacinas Visão de Portugal Continental. Este documento tem como objetivo perceber a percentagem de vacinação por cada concelho da ULS Coimbra na globalidade da população e por vacina do Covid e vacina da gripe sazonal de acordo com faixa etária, com vista a ser guia orientador dos dados sobre vacinação a nível regional, local e nacional (USP).

Particpei em Formação/Ação Cuidadores Informais com participação da equipa multidisciplinar e docentes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e com relatos na primeira pessoa de cuidadores. Realizei visita à comunidade Cristã Casa de Acolhimento de Crianças e Jovens em Risco – Sessão de Educação para a Saúde sobre alimentação saudável em parceria com nutricionista. Particpei em sessão de educação para a saúde em suporte básico de vida nas escolas de agrupamento de Coimbra Sul. Particpei em ação com palestra no dia internacional da diabetes no Pavilhão de Portugal aberto à comunidade em geral. Assisti à realização de sessão de educação para a saúde em parceria com associação de prevenção e segurança infantil na Escola de Hotelaria. Particpei na dinamização de 2 sessões de educação para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva aos alunos do 9º ano do Instituto Técnico Artístico e Profissional de Coimbra. Implementei o projeto de intervenção comunitária “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Quinta das Flores”.

Pretendi utilizar conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades através da participação no 4º Encontro Internacional (RE)PENSAR O VIH E SIDA da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com apresentação de um poster sobre “Eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ao 12º ano”.

Identifiquei necessidades específicas de informação dos grupos e/ou comunidades: participação na III Convenção Internacional de Enfermeiros “Tempo de Respostas” enquanto autora de comunicação oral: Trotinetes Elétricas: Um Problema de Saúde Pública.

Utilizei abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde, com a mobilização de conhecimentos do mestrado aplicado na minha prática clínica no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, com a elaboração do projeto denominado "Hospital não é Lixeira Pública" que visa corrigir a inadequada triagem de resíduos hospitalares, deste modo, pretendo implementá-lo no serviço (Oncologia Médica internamento e Medicina Interna), com os objetivos de obter ganhos em conhecimentos, económicos, ambientais e em saúde. O serviço revela uma falta de literacia e conscientização sobre a importância da triagem de resíduos hospitalares, levando a uma prática incorreta. Deste modo, pretendo capacitar a equipa e melhorar a gestão dos recursos materiais, reforçando a triagem adequada dos resíduos.

3.2.3. Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS

Como resultados de aprendizagem pretende-se participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes nos programas de saúde que vão ao encontro dos objetivos do PNS.

Como atividades de aprendizagem, participei na realização do rastreio de saúde visual infantil para crianças dos 2 e 4 anos para despiste da ambliopia; participei na administração da vacina da BCG consoante o Plano Nacional de Combate à tuberculose; participei na administração da vacinação prescrita e do Plano Nacional de Vacinação para o viajante com os respetivos registos informáticos e manuais; participei na administração da vacinação Monkeypox (USP); Participei na elaboração de fluxograma do circuito hospitalar e cuidados de saúde primários perante caso suspeito de sarampo, para evitar infeções cruzadas e disseminação da doença. Participei na visita e avaliação documentada das condições para abertura de ponto de vacinação Nefrovida, SA, no cumprimento dos artigos 12º e 13º da Portaria nº 247 /2017, de 4 de agosto, assegurando a eficácia e eficiência de acordo com o Plano Nacional de Vacinação.

Participei na otimização a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária, nomeadamente na Participação no “Encontro Envelhecimento Protegido”, em ANEXO V.

No âmbito da ECCI colaborei na assistência a utentes vulneráveis (idosos, doentes crónicos, dependentes), respeitando a dignidade e autonomia do doente, indo ao encontro dos objetivos do PNS. Participei ainda na intervenção junto de grávidas, crianças em risco (em colaboração com a CPCJ) e pessoas em situação de exclusão social, garantindo a proteção e apoio adequados, corroborando com os objetivos do PNS.

Apresentei um papel ativo na coordenação e implementação de programas de saúde comunitária, assegurando que as estratégias desenvolvidas iam ao encontro dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e das necessidades da população.

No âmbito do Plano Local de Saúde e do Plano de Ação da UCC “A”, participei ativamente nos processos de tomada de decisão, contribuindo para a conceção, execução e avaliação dos programas de saúde, de forma mais efetiva, através do projeto de intervenção comunitária “Conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano da Escola Quinta das Flores”, em APÊNDICE XV, cronograma realizado na UCC “B”.

Integrei na minha tomada de decisão as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2030 e no Programa de Saúde Escolar. Baseei a definição de objetivos e estratégias nos dados do perfil de saúde da ULS de Coimbra, garantindo que as intervenções fossem exequíveis, coerentes e alinhadas com as características da comunidade e os recursos disponíveis.

Desenvolvi o projeto de intervenção comunitária “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Quinta das Flores”, pesquisei e diagnostiquei o défice de conhecimento existente sobre a temática e mobilizei parceiros da comunidade escolar para, em conjunto, criar estratégias eficazes de sensibilização e prevenção. Ao longo do processo, concebi, planeei e implementei este projeto, garantindo que os conteúdos e metodologias utilizadas fossem ajustados às necessidades dos alunos. A minha intervenção passou também por integrar técnicas de comunicação e marketing em saúde, de forma a estimular o interesse e a procura ativa de conhecimento pelos alunos. A estruturação do projeto baseou-se em modelos conceptuais reconhecidos, como o método de Planeamento em Saúde e o modelo dos Determinantes de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), garantindo uma abordagem fundamentada e eficaz.

Além da implementação, procedi à avaliação dos resultados das atividades, assegurando a sistematização e documentação do projeto para futura referência. Através da coordenação e dinamização deste projeto, contribuí para a concretização dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e para o reforço da literacia em saúde dos jovens. Este projeto permitiu-me

consolidar competências na gestão e planeamento de programas de intervenção, na capacitação das comunidades escolares e na promoção da saúde e prevenção de doenças, reafirmando o meu compromisso com uma prática baseada na evidência e ajustada às necessidades reais da população.

3.2.4. Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Como resultados de aprendizagem pretende-se proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemografia.

As atividades de aprendizagem desenvolvidas passaram pela monitorização de fenómenos de saúde-doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica; procedi à análise dos dados das estatísticas, utilização de técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação (após aplicação dos questionários); verifiquei as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas; utilizei a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública como no caso da temática das ISTs; participei na realização do rastreio de saúde visual infantil para crianças dos 2 e 4 anos para despiste da ambliopia e registei nas respetivas plataformas SClíncio e SiiMA Rastreios e análise das estatísticas disponíveis.

Em jeito de conclusão do presente capítulo, o enfermeiro EESCSP ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o potencial máximo da sua saúde. Através da intervenção do EESCSP, é possível a prevenção de complicações para a saúde através do método de planeamento em saúde e realização das intervenções tendo em conta a dinâmica específica de cada comunidade, a referência para outros enfermeiros especialistas ou para outros profissionais é também um dos parâmetros a ter em conta. As dotações seguras para os cuidados de enfermagem encontram-se a ser cumpridas na USP “A” e na UCC “B” da ULS de Coimbra, o que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Tanto a USP como a UCC têm uma equipa especializada, com os recursos necessários, com capacidade para intervir com foco em grupos específicos de maior vulnerabilidade e em diferentes contextos de saúde. Assim, fiquei a compreender melhor de que forma os cuidados de enfermagem na ULS de Coimbra vão ao encontro dos padrões de qualidade de uma prática especializada, tendo por base as competências comuns e específicas do EESCSP.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Segundo Camargo (2018), um projeto trata de implementar uma mudança ou de criar algo. É um processo com uma atividade contínua que procura criar valor através da implementação de um plano de ação. Um projeto é único, é um conjunto específico de operações projetadas para atingir uma meta única e é circunscrito para aquela população e para aquele horizonte temporal. Um projeto é baseado na evidência científica, com metas SMART e constitui um elemento unitário do programa. As tarefas a realizar caracterizam-se por nunca terem sido concretizadas antes e contribuem para um resultado, produto bem definido (Rodrigues, 2021).

4.1. INTRODUÇÃO

As infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) são infeções contagiosas, cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais. Podem ser provocadas por bactérias, vírus e parasitas que se encontrem no sangue, sémen e outros fluídos corporais ou à superfície da pele e mucosas na região genital. As ISTs mais conhecidas são: Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus do Papiloma Humano (HPV), clamídia, gonorreia ou blenorragia, hepatite B, sífilis, herpes genital, tricomoníase, pediculose pública, escabiose e molusco contagioso (APF, 2020).

O Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA e Tuberculose define como objetivos, entre outros, “Priorizar as intervenções de elevado impacto, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH e à tuberculose, nomeadamente a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino” e “melhorar a literacia da população em VIH e tuberculose”, (DGS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as ISTs encontram-se entre as causas mais comuns de infeção no mundo e têm vastas consequências de natureza sanitária, social e económica. Um dos grupos etários de maior risco de contrair ISTs são os adolescentes, principalmente devido à imaturidade, à dificuldade em acederem aos serviços de saúde e em exporem as suas dúvidas aos profissionais de saúde, por apresentarem múltiplos parceiros sexuais e relações sexuais desprotegidas não utilizando preservativo, sendo este o único método contraceutivo capaz de prevenir a transmissão de ISTs (APF, 2020). Importa ainda ter em consideração que, cada vez mais, os adolescentes iniciam a sua vida sexual mais precocemente e também devido à falta de conhecimentos, por vezes, adotam comportamentos de risco (Fonseca & Colares, 2021).

Segundo a OMS, a nível internacional, estima-se que todos os dias sejam adquiridas cerca de um milhão de ISTs em pessoas entre os 15 e os 49 anos cuja cura é possível. Esta estatística equivale a mais de 376 milhões de novos casos anuais de quatro infeções – clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis (OPAS & OMS, 2019).

Em Portugal, segundo o Inquérito Serológico Nacional 2015 – 2016 relativo a dados sobre quatro ISTs, a clamídia tem 2,7% de prevalência, a sífilis entre 0,1% (18-25 anos) e 4,2% (mais de 56 anos) de prevalência, o VIH 0,1% de prevalência e a hepatite C 0,3% de prevalência (INSA, 2017).

De acordo com o estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, relativamente aos determinantes de saúde comportamentais em adolescentes, 11,5% dos adolescentes referiram ter tido relações sexuais, desses 13,6% refere que a idade da primeira relação sexual foi 11 anos ou menos, 23,3% tinham 12/13 anos e 63,2% tinham 14 ou mais anos, sendo que 34 % não usaram preservativo na última relação sexual, nem pílula contraceptiva (66,2 %) e 17,1 % dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, referiram uma associação ao consumo de álcool ou drogas (HBSC/OMS, 2018). O mesmo estudo refere ainda que 49,4% nunca fez teste do VIH, 18,6% não sabe se alguma vez fez teste VIH e 25,9% não sabe o que é o teste de VIH. Quanto à vacina do Papiloma Vírus Humano (HPV), 41,8% refere que não lhe foi administrada a vacina, 20,3% não sabe se fez a vacina e 28,9 não sabe o que é a vacina do HPV (HBSC/OMS, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (2023), LS implica o “conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação, tomar decisões na vida diária sobre os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida”, refere ainda que 61% dos portugueses têm um nível inadequado ou problemático de LS, o que se torna uma grande problemática. O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 objetiva melhorar os níveis de LS da população, ativando comportamentos que promovam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, bem como assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde (DGS, 2023).

O PNSE é um instrumento orientador das políticas nacionais de saúde em meio escolar e um dos seus objetivos incide na promoção de estilos de vida saudáveis e desenvolvimento da literacia para a saúde na comunidade educativa. Integrado no PNSE, encontra-se o eixo estratégico da capacitação, no qual se integra a área de intervenção “Educação para os Afetos e Sexualidade”, (DGS, 2015). O PNSE determina que devem existir Equipas de Saúde Escolar

que desenvolvam ações que respondam às necessidades dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, fomentando parcerias entre a saúde e a educação, de forma a cumprir os pressupostos do Programa de Educação para a Saúde (PES) e do Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) (DGS, 2015).

O PAPES, de forma a tornar as escolas promotoras de saúde, define como áreas de intervenção: saúde mental e prevenção da violência, educação alimentar e atividade física, comportamentos aditivo e dependência e afetos e educação para a sexualidade. As finalidades deste programa são: promover a LS, promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis, criar condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde, universalizar o acesso à educação para a saúde em meio escolar, qualificar a oferta da educação para a saúde em meio escolar e consolidar o apoio aos projetos em meio escolar (DGE, 2014).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 é o primeiro a abranger uma década no seu horizonte temporal e a ter a saúde sustentável como foco principal, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas. O foco do PNS na saúde sustentável, tendo como pano de fundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030, exige, contudo, uma nova tipologia, mais abrangente e inclusiva, de problemas de saúde, que não se foca apenas nos problemas de elevada magnitude, mas também nos problemas atualmente de baixa ou nula magnitude, mas elevado potencial de risco ou com potencial de risco em ascensão (Plano Nacional de Saúde 2021-2030).

O PNS (2030), identifica como necessidades de saúde em Portugal:

- Redução da morte prematura e evitável;
- Redução da carga de doença e incapacidade;
- Redução da prevalência dos fatores de risco de elevada prevalência ou em crescimento;
- Manutenção/melhoria do controlo dos fatores de risco;
- Aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores.

Alguns dos seus desígnios são: reduzir as desigualdades, o desenvolvimento de comportamentos, de culturas e comunidades saudáveis, diminuir as consequências das alterações climáticas, entre outros, os objetivos passam também por: promover a equidade em saúde, a paz, justiça e prosperidade; dinamizar parcerias nos setores da saúde; promover

literacia em saúde e dinamizar ambientes promotores em saúde; promover a longevidade e envelhecimento saudável; dinamizar sistemas de vigilâncias e riscos e reforçar cuidados de saúde sustentáveis e centrados na pessoa (PNS, 2030).

Quando se analisa a evolução da distribuição percentual das doenças transmissíveis de notificação obrigatória em Portugal, para ambos os sexos e todas as idades, entre 2015 e 2018, observa-se, entre outros, uma diminuição do peso proporcional do grupo das doenças evitáveis pela vacinação e o aumento do peso proporcional do grupo das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e das hepatites víricas. Neste estudo não está incluída a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) (PNS, 2030).

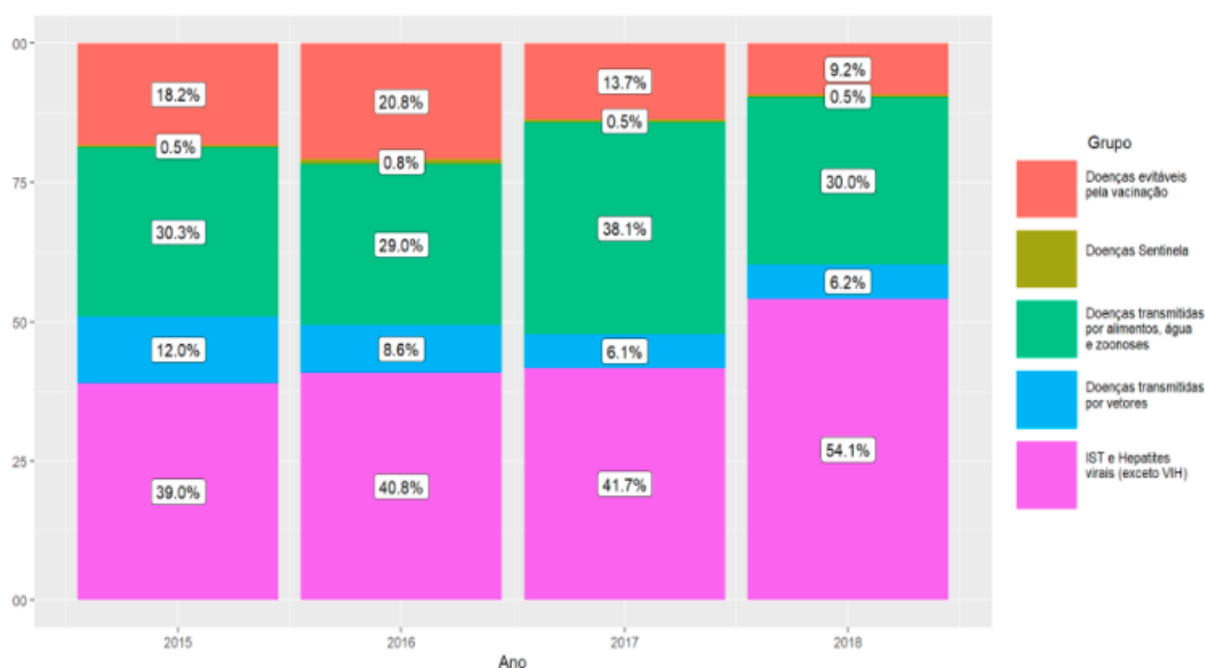


Figura 4- Distribuição percentual das Doenças (Transmissíveis) de Notificação Obrigatória (DNO) por grandes grupos, Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2015-2018

Fonte: Direção-Geral da Saúde, SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

O PNS (2030) segue a premissa do ODS 3 que visa garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, e segundo o objetivo 3.3, até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.

Objetiva-se que a longo prazo a incidência de infeção por VIH seja de 0 novos casos (PNS, 2030).

De salientar, ainda, que, em 2019, dos casos de tuberculose notificados testados para o vírus de imunodeficiência humana (VIH) (79,9 % do total), 9,0 % apresentavam coinfeção tuberculose e infeção por VIH. De acordo com o Relatório “Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020”, o número de novos casos de infeção por VIH voltou a reduzir em 2019, mantendo-se a tendência de decréscimo que se verifica desde o ano 2000. Apesar da tendência decrescente sustentada de novos casos de infeção pelo VIH (redução de 47% entre 2009 e 2018) e de novos casos de SIDA (redução de 65 % no mesmo período), Portugal continua a destacar-se pelas elevadas taxas de infeção por VIH e por SIDA entre os países da Europa ocidental. Até junho de 2020 foram notificados 778 novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2019 (taxa de novos diagnósticos de 7,6 por 100.000 habitantes, não corrigida para o atraso de notificação). Em 2019 foram diagnosticados 172 novos casos de SIDA (taxa de novos diagnósticos de 1,7 por 100.000 habitantes). No mesmo ano (2019) os casos de infeção por VIH e de SIDA diagnosticados ocorreram todos em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos (PNS, 2030).

Relativa aos DALYs (medida que traduz os anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença e incapacidade) atribuíveis aos principais fatores de risco biológicos, comportamentais e ambientais em Portugal (2019), o sexo desprotegido aparece em 14º lugar, em 2009 estava em 10º lugar (PNS, 2030).

De acordo com o painel de monitorização dos ODS do IHME, que analisa o desempenho dos países quanto aos ODS que considera mais diretamente relacionados com a saúde (utilizando uma escala de 0 a 100), em Portugal observou-se, em 2017, o pior desempenho em relação aos seguintes problemas e determinantes de saúde: prevalência de consumo de álcool (6,2); incidência de infeção por VIH (28,2); prevalência de consumo de tabaco (37,3); excesso de peso e obesidade nas crianças (46,8); morte prematura, doença e incapacidade atribuídas a riscos ocupacionais (57,5); mortalidade causada por lesões autoprovocadas (58,9); e prevalência de violência sexual entre os 18 e os 29 anos (59,3) (PNS, 2030).

Assim, para os problemas de saúde de elevada magnitude identificados como prioritários, as necessidades de saúde são traduzidas pela: – redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e/ou de incapacidade associadas, para cada problema de saúde; – redução da prevalência ou intensidade dos respetivos fatores de risco e aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores, no que diz respeito aos determinantes de saúde. Dentro dos problemas de saúde de elevada magnitude encontram-se as doenças infecciosas e

parasitárias: doença dos legionários, hepatites víricas, infeção por VIH, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose (PNS, 2030).

Como estratégias de intervenção (dirigidas aos determinantes em saúde) temos:

- Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos “primeiros anos”);
- Dinamização de ambientes promotores de saúde;
- Promoção da saúde sexual e reprodutiva;
- Vigilância de saúde: na gravidez, parto e puerpério; infantil e juvenil;
- Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (e.g. tuberculose, VIH e SIDA);
- Detecção precoce (rastreios e diagnóstico precoce oncológicos, diagnóstico precoce de: doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crónica nos CSP, cancro oral na população de risco, nos CSP, e cirrose em doentes com hepatite vírica, considerando o seu potencial oncológico, entre outros; detecção precoce da infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis) (PNS, 2030).

A taxa de incidência de infeção VIH HM DGS/INSA último valor em Portugal por 1000000 habitantes em 2019 era de 7,6, valor a atingir é de 5,7 (PNS, 2030).

Através da consulta de fontes oficiais de dados demográficos e pesquisa bibliográfica foi realizado o projeto de intervenção comunitária intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”.

A população estudada são 95 alunos de 4 turmas do 9º ano. A opção pela seleção do 9º ano da Escola Secundária da Quinta das Flores deveu-se à análise bibliográfica e articulação com os docentes da escola, cumprindo com a organização do plano escolar.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão: Critérios de inclusão - Alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música. Alunos com consentimento informado assinado pelo encarregado de educação ou pelo próprio caso tenha mais de 18 anos. Critérios de Exclusão- Alunos com consentimento informado recusado pelo encarregado de educação ou pelo próprio caso tenha mais de 18 anos. Alunos que não consigam preencher questionário de forma autónoma. Alunos com necessidades educativas especiais.

Período de Execução das sessões de educação para a saúde: 15 dias (Calendário das sessões em APÊNDICE XVI).

Este projeto, alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2030, busca promover comportamentos e ambientes saudáveis. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária em Saúde Pública (EESCSP) atua em parceria com o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) para responder às necessidades dos adolescentes e enfrentar os desafios dos determinantes de saúde (DGS, 2015).

Este trabalho tem como quadro de referência o modelo dos Determinantes de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) com o intuito de intervenção na primeira camada correspondente aos comportamentos e estilos de vida e na terceira camada, correspondente à educação.

De forma a investir nos determinantes de saúde e bem-estar, indo de encontro ao definido no PNS 2030, este projeto pretende promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis orientando a nossa prática no sentido de promover a Literacia em Saúde (LS) e dinamizar ambientes promotores de saúde.

Na comunidade escolar, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) atua em parceria para o cumprimento dos objetivos propostos pelo PNSE, mediante a metodologia do Planeamento em Saúde (PS), atende às suas necessidades da população e ajuda a responder aos desafios que os impactos dos determinantes da saúde têm no crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, (DGS, 2015).

O EESCSP desenvolve a sua ação orientada para a promoção da saúde e tem um papel privilegiado na proximidade com os adolescentes o que lhe possibilita uma avaliação e identificação de crenças, comportamentos e atitudes face à sexualidade. Baseando-se no diagnóstico de situação, desenvolve a sua intervenção na capacitação dos adolescentes para as suas tomadas de decisão promotoras de saúde, (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Indo de encontro ao definido pela Ordem dos Enfermeiros, o EESCSP centraliza a sua intervenção na comunidade, desenvolve a sua ação, dirige o Projeto de Intervenção Comunitária, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (Regulamento n.º428/2018, 2018).

Desta forma, a atuação conjunta entre saúde e educação é essencial para enfrentar a problemática das ISTs, especialmente entre a população jovem de Coimbra, onde a prevalência de ISTs, incluindo VIH, continua a ser um desafio. A educação sexual e a literacia

em saúde nas escolas são ferramentas indispensáveis para capacitar os adolescentes a adotar comportamentos seguros e prevenir a disseminação destas infeções.

4.2. METODOLOGIA

O método para implementação deste projeto de intervenção comunitária é o Planeamento em Saúde. Para o presente projeto é utilizado um método que organiza este planeamento em seis fases: fase preparatória, fase diagnóstica, fase de planear intervenções, fase de intervenção, fase de avaliação das diferentes etapas e fase de divulgação (Rodrigues, 2021).

Este capítulo encontra-se dividido em duas fases:

- Fase 1 – Revisão Integrativa da Literatura;
- Fase 2 - Projeto de Intervenção Comunitária Segundo as Etapas do Planeamento em Saúde.

4.2.1. Fase 1 – Revisão Integrativa da Literatura

Numa primeira fase para dar suporte bibliográfico ao projeto de investigação na área das ISTs intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra” foi realizada uma revisão integrativa da literatura seguindo as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual*. Os estudos que integram a revisão foram selecionados de acordo com critérios de inclusão: estudos que abordem o conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ao 12ºano, eficácia de sessões de educação para a saúde, artigos num intervalo temporal dos últimos 5 anos, estudos redigidos em português, inglês e espanhol e de acesso integral acessível de forma gratuita. Adicionalmente, foram incluídas revisões da literatura, artigos de opinião, relatórios, dissertações e literatura cinzenta. Foi realizada a seguinte questão de investigação: Qual a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ao 12º ano?

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a mnemónica “PICO” – população(P), fenómeno de interesse (I) e contexto (Co). Neste caso, a população são os alunos do 9º ao 12º ano, o fenómeno de interesse remete-nos para as sessões de educação para a saúde sobre as infeções sexualmente transmissíveis e o context (Co) contexto escolar.

A estratégia de pesquisa tem como objetivo localizar todos os estudos que cumpram com os critérios de inclusão acima referidos. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa no dia 14 de junho de 2024, limitada na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* (via PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*

(via *EBSCOhost*) de forma a possibilitar a identificação de artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa na *MEDLINE* (via *PubMed*) e *CINAHL* (via *EBSCOhost*).

A pesquisa de artigos não-publicados foi realizada na base de dados Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Quadro 2 - Mapa de Conceitos

	MAPA DE CONCEITOS		
	P	I	C-
Linguagem Natural	“Students” “Adolescence”	“Infections Sexually Transmitted” “Sexually Transmitted Diseases” “Sexually Transmitted Infections” “Knowledge”	“Health Education” “Sexual Health” “School Health Education”
Mesh	“Students” [Mesh] "Adolescent"[Mesh]	“Sexually Transmitted Diseases” [Mesh] "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh]	“Health Education” [Mesh] "Sexual Health"[Mesh]
CINAHL	(MM “Students”) (MM “Adolescence”)	(MM “Sexually Transmitted Diseases”) (MM “Risk Control: Sexually Transmitted Diseases (STD) (Iowa NOC)“)	(MM “Health Knowledge”) (MM “Health Education”) (MM “School Health Education”) (MM “Health Educators”) (MM “Sexual Health”)

Após a pesquisa, todos os estudos identificados foram recolhidos e exportados para o *Mendeley*, um *software* bibliográfico, que remove os artigos que se apresentam em duplicado. Após um teste piloto, os títulos e resumos foram examinados para avaliação tendo em conta os critérios de inclusão definidos para a revisão. Os documentos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra. O texto completo dos artigos selecionados foi avaliado em pormenor, atendendo aos critérios de inclusão,

A avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos numa Revisão da Literatura não é realizada habitualmente, pois não vai de encontro ao objetivo da mesma que, neste caso, passa por mapear o conhecimento na temática selecionada (Peters et al., 2020).

Os dados foram extraídos de estudos incluídos na Revisão da Literatura e apresentados em narrativa e com recurso a tabelas, devendo dar resposta à questão de investigação.

Tal como apresentado na Figura 5, através do fluxograma PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping 79 Reviews*), a pesquisa identificou 1814 estudos potencialmente relevantes. Destes, 22 foram excluídos por

serem duplicados; dos restantes 1792 estudos, 1645 foram excluídos após avaliação do título e 88 foram excluídos após avaliação do resumo; dos 59 estudos selecionados, 39 foram excluídos após leitura integral do texto por não cumprirem os critérios de inclusão e não responderem à questão de investigação. Assim, foram incluídos nesta revisão 20 estudos.

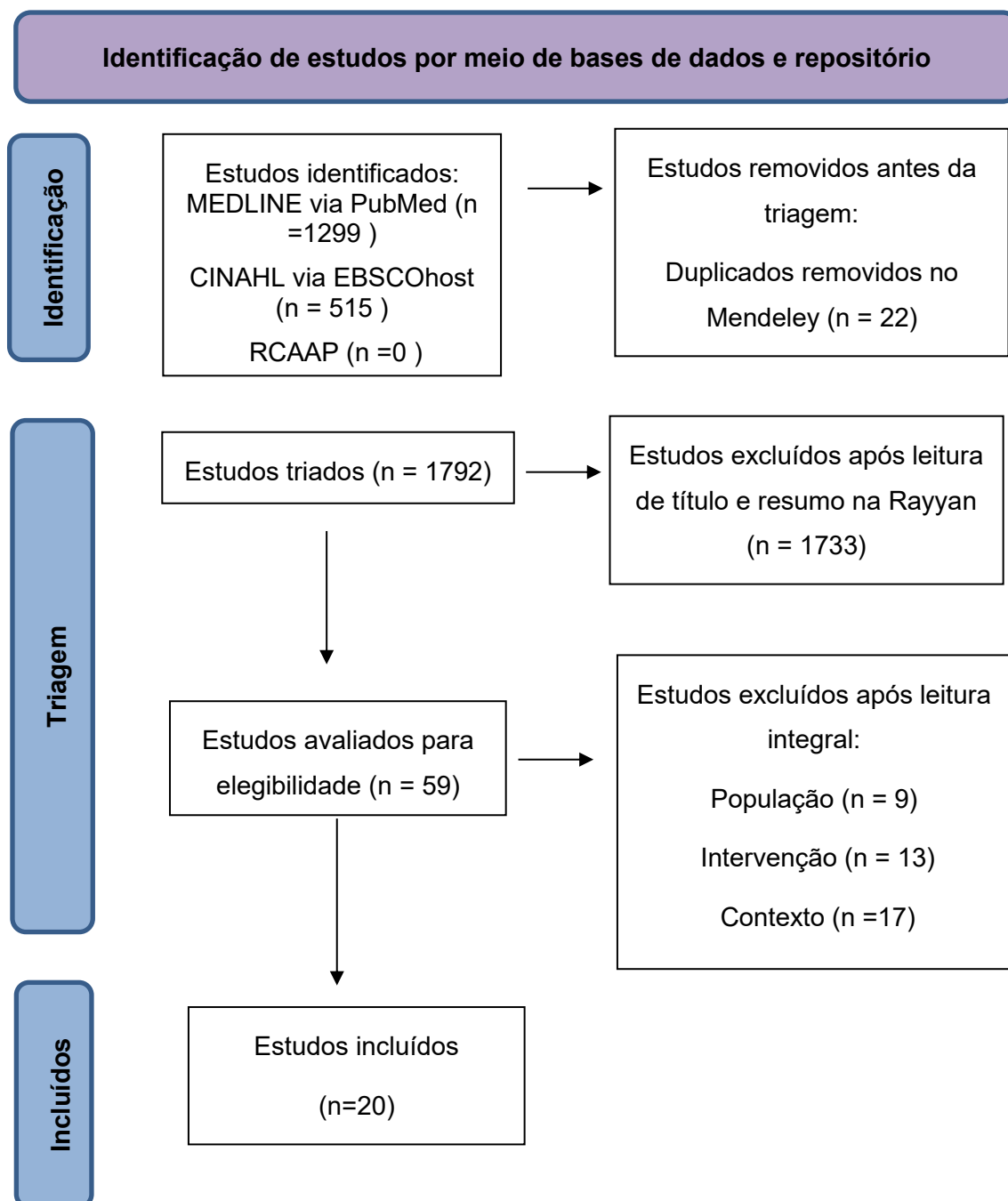


Figura 5- Fluxograma PRISMA 2020 adaptado

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Quadro 3- Identificação dos artigos analisados

Identificação dos artigos analisados		
A1	Título	Methodologies of sexual health education intervention for high school students' knowledge and attitudes: A systematic review
	Autor (es) /Ano	Germano Rodrigues Couto, Isabel de Jesus Oliveira, Carla Sílvia Fernandes, Kristen Mark. 2023
	País de origem	Portugal
	Tipo de estudo	Revisão sistemática
	Objetivo	Identificar as evidências empíricas recentes sobre novas metodologias para melhores resultados de saúde sexual entre adolescentes.
	Participantes	13 estudos incluídos entre 2017 e 2022; alunos dos 12 aos 18 anos; idade média 14,64 anos; 11,262 participantes nos estudos analisados
	Tipo de Intervenção	4 tipos: Intervenção digital e baseada na internet (cinco estudos); intervenção baseada programa (três estudos); intervenção baseada no treinamento (quatro estudos); intervenção por pares (um estudo).
	Tempo de Intervenção	Algumas horas a 3 meses
	Instrumentos	Questionários, Inventário de saúde sexual para adolescentes, Escala de prevenção de risco sexual, escala de prevenção para VIH (EUA),
	Resultados	Novas metodologias de ensino sobre sexualidade aumenta o conhecimento geral e atitudes dos adolescentes quando comparados as técnicas convencionais. A internet e a informação digital podem desempenhar um papel fundamental na educação sexual dos jovens com uma melhor alfabetização digital. O uso digital, novas formas de ensino e ambientes de sessões por pares são estratégias que deveriam ser integradas nos programas de saúde escolares pois aumenta o conhecimento e atitudes sobre saúde sexual.
A2	Título	The effects of education intervention on the knowledge of some reproductive health issues amongst secondary school students in Douala IV Municipality, Cameroon
	Autor (es) /Ano	Mohnchimbare C. Mbongueh, Etame L. Gisèle and Assob N.J. Clément
	País de origem	Camarões
	Tipo de estudo	Longitudinal e intervencionista
	Objetivo	Determinar os efeitos da intervenção educativa no conhecimento de algumas questões de saúde reprodutiva entre alunos do ensino médio.
	Participantes	1316 alunos dos 10-24 anos. Seleccionados aleatoriamente em estabelecimentos do ensino secundário (4 escolas públicas e 2 escolas privadas).
	Tipo de Intervenção	3 escolas de intervenção e 3 escolas de controle. 4 pacotes de intervenção durante 4 semanas, 4 visitas com 1 sessão de educação para a saúde por visita + 1 cartaz.
	Tempo de Intervenção	Estudo com duração de 9 meses (novembro de 2022 a junho de 2023)
	Instrumentos	Dados obtidos por questionário antes e 6 meses após intervenção.
	Resultados	Houve uma associação significativa entre o conhecimento sobre ISTs e gravidez principalmente com tipo de estabelecimento, classe, faixa etária, sexo, religião e ser sexualmente ativo. Houve um aumento significativo no conhecimento nas escolas intervencionadas comparativamente às escolas controle. A educação em saúde teve um impacto significativo no conhecimento dos participantes.
A3	Título	A Media Literacy Education Approach to High School Sexual Health Education: Immediate Effects of Media Aware on Adolescents' Media, Sexual Health, and Communication Outcomes.
	Autor (es) /Ano	Tracy M. Scull, Christina V. Dodson, Jacob G. Geller, Liz C. Reeder, Kathryn N. Stump. 2022
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado
	Objetivo	Avaliar o imediato (pós-teste) e efeitos de curto prazo (3 meses) do Media Aware na mídia, na saúde sexual e na comunicação dos adolescentes.
	Participantes	785 alunos do 9º e 10º anos; 17 escolas secundárias; 1 professor de cada escola; 39 turmas; grupo de intervenção e controle aleatoriamente.
	Tipo de Intervenção	Media Aware – Programa abrangente de saúde sexual baseado na internet para estudantes do ensino secundário. Programa de ritmo próprio. 4 lições dadas em 4 períodos de 45 minutos de aula cada. Aplicação de questionário antes imediatamente após intervenção e após 3 meses (curto prazo).
	Tempo de Intervenção	Estudo realizado entre 2019 e 2020. 4 lições dadas em 4 períodos de 45 minutos de aula cada.
	Instrumentos	Media Aware e questionário.
	Resultados	A aplicação do programa Media Aware melhorou o pensamento crítico sobre mensagens dos meios de comunicação, os conhecimentos sobre saúde sexual e comunicação sobre saúde sexual. O feedback dos alunos foi positivo em relação ao formato on-line do programa.
A4	Título	Práticas educativas para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis na adolescência: uma revisão Realista

	Autor (es) /Ano	Lucas Vinícius de Lima, Gabriel Pavinati, Daniela Bulcão Santi, Célia Maria Gomes Labegalini, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera, Nelly Lopes de Moraes Gil. 2022
	País de origem	Brasil
	Tipo de estudo	Revisão Realista
	Objetivo	Analisar as evidências científicas acerca das práticas educativas para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis na adolescência.
	Participantes	Incluídos 17 estudos qualitativos entre 2005 e 2020. Média de 64 participantes por estudo com idades entre 10 e 19 anos.
	Tipo de Intervenção	Metodologias participativas e dialógicas.
	Tempo de Intervenção	Revisão realizada em fevereiro de 2022.
	Instrumentos	Jogos, brincadeiras, rodas de conversas, dinâmicas e outras.
	Resultados	Práticas dialógicas e participativas a respeito das ISTs de longa duração, realizadas em grupo e no ambiente escolar favorecem a adesão à participação nas atividades educativas e são bem recebidas e avaliadas pelos adolescentes.
A5	Título	Effectiveness of school-based sexual and reproductive health education among adolescent girls in Urban áreas of Odisha, India: a cluster randomized trial
	Autor (es) /Ano	G. Alekhya, Swayam Pragyan Parida, Prajna Paramita Giri, Jasmina Begum, Suravi Patra and Dinesh Prasad Sahu.2023
	País de origem	Índia
	Tipo de estudo	Ensaio randomizado de cluster
	Objetivo	Avaliar a eficácia da educação em saúde sexual e reprodutiva entre meninas adolescentes em áreas urbanas áreas de Odisha, Índia.
	Participantes	790 alunos do 9º e 10º anos.
	Tipo de Intervenção	3 sessões de educação para a saúde; 3 dias seguidos; 2 Horas cada sessão. Temas abordados: sistema reprodutor feminino, puberdade, e saúde menstrual, gravidez, contraceção, ISTs, VIH e SIDA. em power point, a última sessão foi interativa entre alunos e professores com esclarecimento de dúvidas.
	Tempo de Intervenção	3 meses; Estudo realizado entre maio de 2020 a abril de 2022.
	Instrumentos	Questionário pré e pós intervenção 3 meses depois
	Resultados	Existe uma mudança no conhecimento, atitudes e práticas depois das sessões de educação para a saúde. Existe a necessidade de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva no meio escolar.
A6	Título	Ambiente virtual de aprendizagem para ensino de adolescentes escolares sobre infecções sexualmente transmissíveis
	Autor (es) /Ano	Ismael Briosso Bastos, Ivina Alesso Bispo Silva, Tamires Maria Silveira Araújo, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Maristela Inês Osawa Vasconcelos. 2022
	País de origem	Brasil
	Tipo de estudo	Estudo quase experimental, do tipo antes e depois com abordagem quantitativa
	Objetivo	Desenvolver e analisar uma tecnologia educativa, mediada em ambiente virtual de aprendizagem, sobre prevenção de infeções sexualmente transmissíveis para adolescentes escolares.
	Participantes	36 alunos do 10º ano com idades entre 14 e 18 anos
	Tipo de Intervenção	Intervenção educativa online com incidência nos temas IST/HIV/SIDA em adolescentes, utilizando materiais teóricos, sites e fóruns de discussão.
	Tempo de Intervenção	32 Hpras de curso (28 à distância e 4 presencial para aplicação do inquérito)
	Instrumentos	Inquérito CAP- Conhecimentos, atitudes e práticas disponibilizado publicamente pelo ministério da saúde
	Resultados	O ambiente virtual de aprendizagem estimulou a autonomia, pensamento crítico e participação ativa dos estudantes. A maioria dos estudantes não havia iniciado relações sexuais sendo um momento estratégico para desenvolver ações de educação para a saúde nesta temática. Os adolescentes já tinham conhecimento sobre a temática mas foi possível reforçar e fornecer formações relevantes.
A7	Título	Comprehensive sexuality education in Hong Kong: study protocol for process and outcome evaluation
	Autor (es) /Ano	Ellie Bostwick Andres, Edmond Pui Hang Choi, Alice Wai Chi Fung, Kevin Wing Chung Lau, Neda Hei Tung Ng, Monique Yeung and Janice Mary Johnston. 2021
	País de origem	Hong Kong
	Tipo de estudo	Longitudinal, prospetivo
	Objetivo	Desenvolver e avaliar a eficácia de um programa abrangente de educação sexual escolar em Hong Kong.
	Participantes	1176 alunos dos 12 aos 16 anos de 6 escolas secundárias em Hong Kong
	Tipo de Intervenção	Programa visa atingir 4 grupos chave: estudantes do ensino secundário, gestão escolar e professores, assistentes sociais, conselheiros escolares e pais. 6 sessões 3 por ano letivo dentro do horário escolar.
	Tempo de Intervenção	Estudo: setembro de 2019 a junho de 2021 (2 anos letivos)

	Instrumentos	Programa Sexuality 360 adaptada da health promoting school da OMS. Questionários: Escala de eficácia de auto- relato de comunicações sexuais; escala de puberdade para alunos; perguntas de avaliação do Get Real.
	Resultados	Aumento de conhecimento e consciência de riscos entre os estudantes, compreensão e eficácia na comunicação sexual e intenção do uso de contraceção. Entre os funcionários e pais existiu maior autoeficácia para se envolverem em discussões conhecimento e consciência dos recursos na comunidade. O programa tem potencial para expansão através da adoção generalizada nas escolas em Hong Kong. Assim iria reduzir os encargos médicos e sociais relacionados com gravidez, ISTs e abuso sexual.
A8	Título	Peer-to-Peer Sharing of Social Media Messages on Sexual Health in a School-Based Intervention: Opportunities and Challenges Identified in the STASH Feasibility Trial
	Autor (es) /Ano	Maija Hirvonen, MSc; Carrie Purcell, PhD; Lawrie Elliott, PhD; Julia V Bailey, MD; Sharon Anne Simpson, PhD; Lisa McDaid, PhD; Laurence Moore, PhD; Kirstin Rebecca Mitchell, PhD; The STASH Study Team. 2021
	País de origem	Reino Unido
	Tipo de estudo	Estudo experimental de viabilidade da intervenção STASH (Infeções sexualmente transmissíveis e saúde sexual).
	Objetivo	Investigar oportunidades e desafios do uso dos mídia para facilitar o peer-to-peer e reduzir o risco de transmissão de ISTs e promover a saúde sexual.
	Participantes	42 alunos dos 14-16 anos
	Tipo de Intervenção	Intervenção liderada por pares para prevenir e reduzir ISTs e melhorar saúde sexual nas escolas secundárias (acima dos 12 anos). Baseado no modelo ASSIST (A stop smoking in schools trial) o STASH (Infeções sexualmente transmissíveis e saúde sexual). Foco: conhecimento, crenças, comportamentos. 6 escolas do UK. 20 atividades; 3 etapas interligadas: 1- Recolha e síntese de evidência- workshop com 16 participantes relevantes de educação por pares e docentes e especialistas em saúde sexual e reprodutiva para verificar o conteúdo a ser abordado; 2- desenho da intervenção- criação de site interativo para pares e especialistas/treinadores; 3- adaptação da intervenção- teste piloto em escola com viabilidade de tamanho e fatores socioeconómicos, realização de entrevistas e questionários online com alunos, professores e treinadores no início e final da intervenção.
	Tempo de Intervenção	21 meses
	Instrumentos	Programa STASH, workshop, site online, workshops, entrevistas semiestruturadas, questionários.
	Resultados	O Facebook foi a única plataforma de mídia social que atendeu aos requisitos do programa STASH. Embora o Facebook possa estar em declínio para os jovens em geral era amplamente usado e aceitável para os jovens para os fins do projeto STASH. Existem lacunas de conhecimento dos estudantes sobre consentimento sexual, prazer, alfabetização digital, a seleção dos pares e o apoio às escolas e o alimento com o programa escolar. Este estudo também denota a importância de alinhar as preocupações de todos os envolvidos, a disponibilidade de recursos e um cenário de constante mudança e adaptação às novas gerações.
A9	Título	Effectiveness of an educational game on contraception with school adolescents: a quasi-experimental study
	Autor (es) /Ano	Marcela Lima Silveira Praxedes, Maria Veraci Oliveira Queiroz, Roberta Peixoto Vieira. 2020
	País de origem	Brasil
	Tipo de estudo	Quase experimental
	Objetivo	Analisar a efetividade da tecnologia educativa na contraceção com estudantes adolescentes.
	Participantes	84 alunos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará dos 14-19 anos
	Tipo de Intervenção	Questionário antes e depois (30 dias após intervenção), jogo educativo de tabuleiro aplicado em 6 grupos variados de 12 a 16 adolescentes, cada grupo dividido em 2 equipas, que seguiam regras do jogo lidas antes do seu início. Mediadora. Acaba o jogo quando 1 equipa ganha.
	Tempo de Intervenção	maio a setembro de 2018
	Instrumentos	Questionário pré o pós teste com variáveis com caracterização sociodemográfica, praticas sexuais e uso de contraceção e duvidas sobre métodos contraceptivos, o conhecimento sobre contraceção teve um total de 10 perguntas. Jogo educativo de tabuleiro "Contraceção na Adolescência" com 60 casas, 42 cartas com perguntas e 15 cartas com informações sobre contraceção que visa proporcionar interação entre adolescentes, adquirir conhecimentos e conscientizar comportamentos associados ao uso de contraceptivos de forma segura.
Resultados	Esta tecnologia criativa de baixo custo utilizando o jogo educativo "Contraceção na Adolescência" mostrou-se eficaz para melhorar o conhecimento na população estudada.	

A10	Título	Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education
	Autor (es) /Ano	Eva S. Goldfarb, Ph.D. and Lisa D. Lieberman, Ph.D. 2020
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Revisão sistemática (estudos quantitativos e qualitativos 14 dezembro de 2017) 80 artigos 1990 a novembro de 2019
	Objetivo	Encontrar evidências da eficácia de educação sexual abrangente após três décadas de pesquisa em programas escolares.
	Participantes	Jardim de infância até 12º ano
	Tipo de Intervenção	Programas com música relacionado com racismo e homofobia. Programa com 12 sessões baseada nos direitos para a educação em sexualidade, programas para reduzir violência de género, programas infantis com dramatização e participação dos pais.
	Tempo de Intervenção	14 dezembro de 2017
	Instrumentos	Programas com música relacionado com racismo e homofobia. Programa com 12 sessões baseada nos direitos para a educação em sexualidade, programas para reduzir violência de género, programas infantis com dramatização e participação dos pais.
	Resultados	Evidência apoia educação sexual desde o ensino fundamental que é estruturado e de maior duração bem como educação LGBTQeIn inclusiva no programa escolar e uma abordagem de justiça social para a sexualidade saudável. A saúde física e emocional esta relacionada com o desempenho académico e crianças pequenas podem desenvolver conhecimentos e habilidades de proteção em situações de abuso e em situações perigosas sem aumentar a sua ansiedade.
A11	Título	Chinese adolescents' sexual and reproductive health education: A quasi-experimental study
	Autor (es) /Ano	Xing Ma RN, BSN, MMed, Yuanyuan Yang RN, BSN, MMed, Ka Ming Chow RN, BN, PGDip (Midwifery), MN, DN, Yuli Zang RN, BMed, MMed, PhD. 2021
	País de origem	China
	Tipo de estudo	Quase experimental
	Objetivo	Investigar a eficácia de um programa interativo de educação em saúde sexual e reprodutiva nos aspetos de conhecimento, atitudes e autoeficácia entre adolescentes.
	Participantes	469 alunos 7º e 8º anos (idades 10 aos 18 anos) seleção das turas aleatória de acordo com disponibilidades
	Tipo de Intervenção	Grupo experimental (233 alunos) e grupo de controle (236 alunos) 2 sessões de 40 minutos cada com intervalo de 1 semana 1ª sessão: Conhecimentos básicos 2ª sessão: Comunicações, tomada de decisão, questões de género, cada sessão começou com palestra de 20min seguida de jogo de perguntas e discussão em grupo e vídeo. No grupo controle a apresentação foi da forma tradicional, com slides e audiovisuais sem interação em grupo.
	Tempo de Intervenção	Recolha de dados de 22 de novembro de 2017 a 10 de janeiro de 2018
	Instrumentos	Avaliação por questionário antes, imediatamente após e 1 mês depois
	Resultados	A eficácia do programa interativo é maior na aquisição de conhecimentos e atitudes por parte dos adolescentes. Podendo ser realizado por enfermeiros ou outros profissionais de saúde.
A12	Título	Construction and validation of podcast for teen sexual and reproductive health education
	Autor (es) /Ano	Paloma Loiola Leite, Francisco Ayslan Ferreira Torres, Leonarda Marques Pereira, Adriana de Moraes Bezerra, Lucas Dias Soares Machado, Maria Rocineide Ferreira da Silva. 2022
	País de origem	Brasil
	Tipo de estudo	Estudo experimental metodológico foi conduzido com base na perspectiva de Freire.
	Objetivo	Construir e validar um podcast sobre temas sexuais e educação em saúde reprodutiva.
	Participantes	60 alunos media de 17 anos numa escola de ensino técnico em administração, informática e enfermagem
	Tipo de Intervenção	Teen Talk: 4 episódios de podcast entre 8-11 minutos com as temáticas relações sexuais e sexualidade, métodos contraceptivos, VIH e SIDA, Outras ISTs
	Tempo de Intervenção	Estudo realizado entre março 2020 e junho de 2021
	Instrumentos	Questionário online sobre conhecimento em sexualidade
	Resultados	O podcast constitui uma ferramenta para práticas dos profissionais de saúde em especial dos enfermeiros, bem como uso autónomo pelos adolescentes.
A13	Título	The Impact of Brief Interventions With Condom Demonstrations on Youth: A Systematic Review
	Autor (es) /Ano	Theresa Neelan, M.B.A., Jean Knab, Ph.D., Emily J. Forrester, Ph.D., Kelsey Chesnut, M.P.P., Kevin Kelly, M.A., and Susan Zief, Ph.D. 2023
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Revisão sistemática
	Objetivo	Examinar se há evidências de que intervenções breves com preservativo nas aulas de demonstração têm impactos nos resultados comportamentais e não comportamentais para jovens e jovens adultos.

	Participantes	Jovens dos 14-24 anos. Seleccionados 11 estudos
	Tipo de Intervenção	Sessão de educação para a saúde única até 60 minutos com demonstração de preservativos. Com os temas de destaque reprodução e anatomia, HIV/IST's e uso de contraceção.
	Tempo de Intervenção	Estudos entre 1996-2022 nos EUA
	Instrumentos	Sessão única de entre 14 e 60 minutos com demonstração de preservativos, demonstração pessoal ou vídeos ou praticar em modelo peniano
	Resultados	Estudos encontrados revelam impactos estatisticamente significativos 29-50% para efeitos nas atitudes em relação ao preservativo e conhecimento em saúde sexual com resultados favoráveis a curto prazo e impactos a longo prazo para jovens sexualmente ativos.
A14	Título	Dose Matters in Evaluation of a School-Based Adolescent Sexual Health Education Program
	Autor (es) /Ano	Amy D. Benton, Phda Erica Nason, Phdb Carol Lewis, Phdc Aubrey Vinklarek, Mswd Alda Santana, Mswe. 2022
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Experimental. MANOVA de medidas repetidas foi usada para avaliar os efeitos de variáveis de diferença e variáveis de intervenção sobre mudanças nos conhecimentos e atitudes dos participantes em dois momentos.
	Objetivo	Avaliar a eficácia de um programa de saúde sexual abrangente para adolescentes, baseado na escola e liderado por pares e relacionar com tempo de intervenção.
	Participantes	144 alunos dos 14-19 anos, média 15,57 anos, 4 escolas publicas do secundário
	Tipo de Intervenção	16 grupos, 11 sessões de 60 minutos cada, número medio de pessoas por grupo 27,58. 13 pares com 40 Horas de formação 1 do 9º ano, 1 do 10º, 7 do 11º ano e 4 do 12º ano, com apoio de professores e profissionais de saúde
	Tempo de Intervenção	11 sessões de 60 min cada. Entre pré e pós questionário 3-12 semanas
	Instrumentos	Questionário pré e pós intervenção com intervalo entre 3-12 semanas
	Resultados	Maior tempo de sessões associado a melhorias no conhecimento, não houve efeitos significativos relacionados com atitudes e resultados comportamentais. Recomendação para incorporação das temáticas papéis de género, consentimento e capacidade de dizer não uma vez que não existem resultados significativos sobre os efeitos nas atitudes dos jovens em relação a esta temática. A eficácia da liderança por pares foi outro aspeto que não ficou provado como estratégia para melhorar os resultados da intervenção uma vez que não existiu nenhum grupo controlo, portanto, o aumento do conhecimento pode dever-se a outros fatores.
A15	Título	Education of Adolescents in the Prevention of HIV/AIDS in the Czech Republic
	Autor (es) /Ano	Petra Macounová, Hana Tomášková, Anna Šnajdrová , Markéta Stanovská, Martina Polochová, Ivan Tomášek and Rastislav Mad'ar. 2021
	País de origem	República Checa
	Tipo de estudo	Experimental
	Objetivo	Avaliar programa educativo voltado para a prevenção do HIV e das ISTs em adolescentes entre 13 e 19 anos.
	Participantes	457 escolas, 1264 alunos, 13 -19 anos
	Tipo de Intervenção	Palestra educativa e jogo interativo. 2 aulas de 90 minutos e 1 jogo. Turmas divididas em 4 grupos. Cada grupo deve realizar 8 tarefas (quadro magnético e cartões magnéticos, amostras de métodos contraceptivos, modelos de pénis para treinar uso de preservativo)
	Tempo de Intervenção	2 anos
	Instrumentos	Questionário antes e depois com 12 perguntas e no final da avaliação do programa
Resultados	Aumento do conhecimento em 15,5%	
A16	Título	Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a brief online sexual health program for adolescents
	Autor (es) /Ano	Laura Widmana, Kristyn Kamkea, Reina Evans, J. L. Stewarta, Sophia Choukas-Bradleyb, Carol E. Golinc. 2021
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Experimental
	Objetivo	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de um teste de 45 minutos programa interativo e on-line de saúde sexual para adolescentes.
	Participantes	226 estudantes do ensino médio, média de idades 16,3 anos, 10º e 11º anos
	Tipo de Intervenção	Programa hearth for teens de 45 minutos. Programa baseado em questões psicológicas, e teorias de mudança de comportamentos de saúde incluindo O modelo de ação racional e teoria do traço difuso. Cada um deles inclui 5 módulos que visam 5 áreas de tomada de decisão sexual: 1. Motivação para sexo mais seguro; 2. Conhecimento sobre ISTs/HIV; 3. Normas/atitudes sexuais; 4. Autoeficácia para sexo seguro; 5. Habilidades de comunicação sexual. Dentro de cada módulo os usuários recebem áudio/videoclips, dicas de outros adolescentes, jogos/questionários interativos, exercícios com autofeedback em tempo real. No módulo da comunicação os usuários recebem treino didático sobre assertividade e negociação sexual, com

		modelos a partir de colegas da mesma idade e tempo para praticar essas habilidades através de dramatização baseadas em texto.
	Tempo de Intervenção	1 ano
	Instrumentos	Questionário pré 10 dólares para cada participante e pós teste imediato 10 dólares para cada participante
	Resultados	Melhoria nas intenções de comunicação sexual, intenções de utilização de preservativo, conhecimento sobre IST's/HIV, atitudes em relação ao preservativo, normas relativas ao preservativo, autoeficácia para prática de sexo seguro, e assertividade sexual em relação ao grupo controle. Programa visto com muito potencial para a promoção da saúde sexual dos adolescentes.
A17	Título	Increases in student knowledge and protective behaviors following enhanced supports for sexual health education in a large, urban school district
	Autor (es) /Ano	Catherine N. Rasberry, PhD, MCHES, Emily Young, MEd, MPH, Leigh E. Szucs, PhD, CHES, Colleen Murray, DrPH, MPH, Ganna Sheremenko, PhD, MS, J. Terry Parker, PhD, Georgi Roberts, MLS, Catherine A. Lesesne, PhD, MPH. 2022
	País de origem	USA
	Tipo de estudo	Experimental
	Objetivo	Avaliar mudanças no conhecimento dos estudantes sobre saúde sexual e comportamentos sexuais após a implementação de apoios reforçados para a prestação de educação em saúde sexual.
	Participantes	7555 alunos, a maioria do 9º ano, a maioria latinos, economicamente desfavorecidos e em risco de abandono.
	Tipo de Intervenção	Sessões de educação para a saúde lecionadas por professores sobre habilidades e resultados comportamentais em saúde sexual, saúde emocional e mental, nutrição e atividade física, prevenção de violência e lesões, tabaco, álcool e outras drogas. Explora diferenças de comportamento entre 2015-2017 e comparou com outros estudantes do mesmo estado que não tiveram acesso ao programa SHE.
	Tempo de Intervenção	2015-2017
	Instrumentos	Questionário com 50 perguntas no início e final do curso
	Resultados	Aumento no conhecimento sobre saúde sexual, aumento no comportamento de proteção sexual, diminuição de experiências e comportamentos de risco. 16 comportamentos examinados: 6 evolução favorável e 9 sem qualquer alteração. Entre 2015 e 2017. Aumento do número de testes de HIV, utilização de DIU ou implante antes da última relação sexual, diminuição na violência sexual no namoro, ter feito sexo com 4 ou mais pessoas e ter consumido álcool ou drogas antes da última relação sexual. Um comportamento inesperado foi o aumento de denúncia de sexo forçado o que representa uma maior capacidade dos alunos reconhecerem e relatarem tais experiências.
A18	Título	Impact of training conferences on high-school students' knowledge of sexually transmitted infections (STIs)
	Autor (es) /Ano	G. Orlando, M. Campaniello, S. Iatosti, P.J. Grisdale. 2019
	País de origem	Itália
	Tipo de estudo	Experimental
	Objetivo	Avaliar o impacto de conferências interativas no comportamento e conhecimento sobre ISTs entre adolescentes com idade 16-17.
	Participantes	178 alunos com idades entre 16 e 17 anos do 12º ano escola secundária G. Marconi em Milão, este projeto foi incluído no programa de saúde da escolar
	Tipo de Intervenção	Estudo de intervenção em 3 etapas; 1ª - questionário de 1H sobre conhecimento sobre ISTs, comportamentos de risco, métodos de prevenção, vacinação contra o HPV, o HIV/SIDA, a pessoa de referência para recorrer em caso de problemas de saúde sexual. 2ª – Conferência interativa de 2H com 40-50 pessoas, sendo feita 3 vezes para abranger todos os elementos do projeto. 3ª – 1 semana depois da conferência novo questionário igual ao apresentado no pré teste e preenchimento de feedback.
	Tempo de Intervenção	2 Horas
	Instrumentos	Questionário
	Resultados	Uma conferência interativa de 2H realizada por especialistas em infeciologia e psicólogos melhorou o conhecimento imediato, mas persistem vários equívocos. Uma percentagem muito baixa relatou que a conferência gerou ansiedade ou temor, segundo o psicólogo isto deve-se ao valor positivo que dão ao crescimento pessoal e importância de lidar com o risco de forma controlada e consciente. Não foi testado o seu impacto a longo prazo nem em que medida esta conferência terá tido mudanças de comportamento. Existe um elevado nível de consciência para o HIV, mas um baixo nível de sensibilização sobre outras ISTs. A colaboração entre profissionais de saúde e professores podem revelar-se extremamente importante para obter uma mudança de comportamentos e controle de ISTs.
A19	Título	A peer-led, school-based social network intervention for young people in the UK, promoting sexual health via social media and conversations with friends: intervention development and optimisation of STASH

	Autor (es) /Ano	Carrie Purcell, Lisa McDaid, Ross Forsyth, Sharon Anne Simpson, Lawrie Elliott Julia V. Bailey, Laurence Moore and Kirstin R. Mitchell. 2023.
	País de origem	Reino Unido (Escócia)
	Tipo de estudo	Experimental. Métodos com base na estrutura dos Seis Passos no Desenvolvimento de Intervenção de Qualidade (6SQulD)
	Objetivo	Descrever como a intervenção STASH (Infeções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Sexual) foi desenvolvida e refinada. Uma intervenção de rede social liderada por pares adaptada do modelo de sucesso ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial),
	Participantes	alunos dos 14-16 anos (10º ao 12 ano) 16 Pares – workshop 4 professores escolhidos 31 alunos dos 163 participarem numa fase piloto de uma escola de acordo com a média a nível de resultados de aprendizagem e condições socioeconómicas
	Tipo de Intervenção	20 atividades em três etapas. 1) Identificação de lacunas no fornecimento de educação sexual na escola e recursos on-line (por exemplo, consentimento sexual, prazer, alfabetização digital), nomeação de pares, o apoio às escolas e o alinhamento com o programa nacional. Análise de plataformas de mídia, descartando todas, exceto o Facebook. 2) Codesenvolvimento de novos conteúdos com jovens e outras partes interessadas, adaptadas à saúde sexual e à entrega através de grupos fechados no Facebook, bem como conversas presenciais. 3) Um teste piloto numa escola destacou considerações práticas, inclusive em torno da nomeação por pares, recrutamento, sensibilização e limites para a partilha de mensagens.
	Tempo de Intervenção	21 meses
	Instrumentos	Questionário semiestruturado do tipo antes e depois e avaliação da formação, workshop para pares
	Resultados	O desenvolvimento da intervenção STASH exigiu uma adaptação do modelo ASSIST. Embora de trabalho intensivo, a abordagem de codesenvolvimento garantiu que uma intervenção otimizada fosse levada adiante para testes de viabilidade. Evidenciando uma abordagem rigorosa para operacionalizar as orientações de desenvolvimento de intervenções existentes, destacando a importância de equilibrar as preocupações concorrentes das partes interessadas, a disponibilidade de recursos e um cenário em constante mudança para implementação.
A20	Título	Initial Validation of the MAKE Framework: A Comprehensive Instrument for Evaluating the Efficacy of Game-Based Learning and Gamification in Adolescent Sexual Health Literacy
	Autor (es) /Ano	Hussein Haruna, Xiao Hu, Samuel Kai Wah Chu and Robin R. Mellecker. 2019
	País de origem	Hong Kong
	Tipo de estudo	Experimental
	Objetivo	Relatar o desenvolvimento e validação de uma estrutura unificada e abrangente para avaliar a eficácia dos jogos no ensino de sexualidade comportamentos de saúde para reduzir resultados sexuais prejudiciais para adolescentes do ensino secundário em países com poucos recursos.
	Participantes	120 alunos 7º ano 11-15 anos, média de idades de 14,42 anos.
	Tipo de Intervenção	Aprendizagem baseada em jogos e inter-relação digital foram desenvolvidas para produzir conhecimento em saúde sexual, com recompensas, desafios, competição, pontos com o propósito de envolver, motivar e promover a aprendizagem e resolver determinado problema. Os jogos estavam disponíveis na plataforma moodle. Utilização da avaliação MAKE, uma estrutura de avaliação que inclui: um jogo designers, especialistas em ciência de computação e da informação, professores do ensino secundário e especialistas em saúde sexual e reprodutiva, estudantes e membros da comunidade. Depois de participarem em jogos com recompensas associadas, os alunos tiveram aulas com 5 tópicos: higiene pessoal e boas maneiras; responsabilidade sexual, e tomada de decisões; pressão dos colegas; prevenção de ISTs; como lidar com práticas prejudiciais e violência sexual. Alunos de 3 turmas, divididos aleatoriamente pelas condições de ensino: Ensino tradicional (grupo controle), alunos com intervenção baseada em saúde digital e jogos.
	Tempo de Intervenção	5 semanas, cada tópico demorou 40 minutos por semana.
	Instrumentos	O quadro MAKE é um instrumento abrangente para avaliara métodos de ensino em 4 componentes: motivação, conhecimento, atitude e compromisso.
	Resultados	Este estudo mostra que o quadro MAKE é um instrumento satisfatório para avaliar a eficácia dos métodos de ensino para a literacia em saúde sexual numa variedade de ambientes de ensino. Este método é eficaz na avaliação de aprendizagem baseada em jogos interativos e intervenções digitais em saúde que pretende apoiar a aquisição de conhecimento dos alunos e a sua aplicação no mundo real. O método também pode ser utilizado para avaliar a eficácia de outro tipo de intervenções de educação para a saúde de adolescentes.

Os resultados dos estudos analisados foram interpretados à luz do novo conhecimento sintetizado em resposta à questão elaborada.

Dos 20 artigos incluídos nesta revisão da literatura, 6 artigos eram dos EUA, 4 do Brasil, 2 de Hong Kong, 2 do Reino Unido, 1 de Portugal, 1 dos Camarões, 1 da Índia, 1 da China, 1 da República Checa e 1 de Itália. 9 estudos experimentais, 4 revisões sistemáticas da literatura, 3 estudos quase experimentais, 2 ensaios clínicos randomizados, 1 estudo longitudinal intervencionista e 1 longitudinal prospetivo. A maioria dos estudos incidiu apenas sobre os 14-18 anos e 9º -12º anos.

Melhoria dos Conhecimentos

Assim, de acordo com os artigos analisados, existiu um aumento de conhecimento depois das sessões de educação para a saúde nos artigos identificados como: A1, A2, A6, A7, A9, A11, A12, A14, A15, A18, A19. No artigo A6, para além do aumento de conhecimento ainda foi possível reforçar o mesmo.

Verificou-se um aumento de conhecimento, atitudes e práticas depois das sessões de educação para a saúde em A5, A13, A16, A17, A20.

Em A14 e A18 não se verificaram alterações de atitudes, apenas de conhecimentos.

Mbongueh, Gisèle e Clément (2023) demonstraram que uma intervenção educativa em escolas de Douala IV, Camarões, aumentou significativamente o conhecimento sobre ISTs e prevenção de gravidez. O estudo de Alekhya et al. (2023) em Odisha, Índia, evidenciou melhorias consideráveis no conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva entre raparigas adolescentes. Bastos et al. (2022) também observaram um aumento significativo no conhecimento sobre infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre adolescentes que participaram num curso online. Macounová et al. (2021) realizaram uma intervenção em adolescentes na República Checa, que resultou num aumento do conhecimento sobre a prevenção do HIV/SIDA e ISTs.

Métodos e recursos Pedagógicos:

A utilização de métodos digitais foi a estratégia utilizada em: A1, A3, A8, A12, A16, A20.

O *Facebook* foi utilizado em A8.

O *PodCast* constituiu uma ferramenta para práticas dos profissionais de saúde em especial dos enfermeiros, bem como uso autónomo pelos adolescentes, sendo utilizado como estratégia educativa em A 12.

A aprendizagem baseada em práticas dialógicas e participativas, com jogos interativos em saúde, que pretendem apoiar a aquisição de conhecimentos nos alunos também se mostraram eficazes, realizadas em grupo e no ambiente escolar, favoreceram a adesão à participação nas atividades educativas e foram bem recebidas e avaliadas pelos adolescentes em A4, A9, A11, A15, A17, A18, A20.

A estratégia colocação de preservativos em modelo peniano foi utilizada com sucesso em A13, A15.

A utilização de pares como estratégia educativa foi utilizada em: A1, A8, A14, A19 no entanto em A14 a eficácia não ficou provada uma vez que não existiu nenhum grupo controlo, portanto, o aumento do conhecimento pode ter-se devido a outros fatores.

O estudo de Neelan et al. (2023) revelou que intervenções com demonstrações de preservativos tiveram um impacto positivo no conhecimento dos jovens sobre sexo seguro.

Estratégias baseadas no diálogo e na participação ativa foram favoráveis. Embora a maioria dos adolescentes já tivessem conhecimento sobre o tema, foi possível reforçá-lo. Métodos educativos interativos, como sessões dialógicas e baseadas em jogos, também foram eficazes para promover a adesão dos adolescentes às atividades educativas sobre ISTs (Lima et al., 2022).

A aprendizagem baseada em jogos e intervenções digitais aumentaram o conhecimento e as atitudes positivas sobre saúde sexual (Couto et al., 2023; Xing Ma RN et al., 2021).

Um exemplo de programa eficaz foi o "Heart for Teens", desenvolvido nos EUA, que incluiu módulos sobre motivação para sexo seguro, conhecimento sobre ISTs/HIV, normas sexuais, habilidades de comunicação e autoeficácia para práticas seguras. Os resultados mostraram melhoria nas intenções de comunicação sexual e no uso de preservativo, além do aumento no conhecimento sobre ISTs/HIV (Widman, 2021).

Couto et al. (2023) conduziram uma revisão sistemática que concluiu que abordagens digitais e interativas, como programas online e treinamentos específicos, são mais eficazes que os métodos convencionais, pois aumentam tanto o conhecimento quanto as atitudes dos adolescentes em relação à saúde sexual.

Scull et al. (2022) também destacaram a eficácia do programa online "*Media Aware*", que ajudou a melhorar o pensamento crítico sobre as mensagens dos meios de comunicação, além de aprimorar o conhecimento sobre saúde sexual e comunicação entre os adolescentes.

Leite et al. (2022) criaram e validaram um podcast chamado "*Teen Talk*", que foi eficaz para melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva, proporcionando uma ferramenta útil para aprendizagem autónoma.

Purcell et al. (2023) otimizaram a intervenção *STASH*, utilizando redes sociais para promover a saúde sexual entre jovens no Reino Unido, com ênfase na importância de envolver os próprios jovens no desenvolvimento do conteúdo.

Haruna et al. (2019) validaram o *MAKE Framework*, uma ferramenta para avaliar a eficácia de jogos digitais na educação sexual, mostrando que a aprendizagem baseada em jogos foi eficaz para promover a saúde sexual entre adolescentes.

Hirvonen et al. (2021) investigaram a comunicação *peer-to-peer* via *Facebook*, que foi eficaz para promover a saúde sexual, mas também identificaram desafios relacionados à alfabetização digital.

Instrumentos

O instrumento questionário do tipo antes e depois foi o mais utilizado nos artigos, estando presente em A1, A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9, A11, A12, A14, A15, A16, A17, A18, A19.

Outro instrumento utilizado foi o *feedback* das sessões, que na sua maioria foram positivas por parte dos estudantes.

Duração

Em relação ao tempo e número de sessões estas variaram muito: A1 algumas horas a 3 meses; A2 9 meses 4 sessões, durante 4 semanas; A3 1 ano, 4 sessões realizadas em 4 períodos de 45 minutos; A4 longa duração; A5 3 sessões 2 horas cada sessão durante 3 meses; A6 28 horas online e 4 horas presenciais; A7 6 sessões, 3 por ano letivo dentro do horário escolar, durante 2 anos letivos; A8 21 meses; A10 12 sessões; A11 2 sessões de 40 minutos cada, num intervalo de 1 semana; A12 4 episódios de 8-11 minutos; A13 1 sessão única de 14-60 minutos; A14 11 sessões de 60 minutos cada durante 1 ano; A15 2 anos; A16 45 minutos; A17 2 anos; A18 2 horas; A19 21 meses; A20 5 semanas, 40 minutos por semana.

Em A14 verifica-se que quanto maior o tempo de sessões melhores serão os resultados em ganhos de conhecimentos.

A10 defende a teoria de ensino sobre a sexualidade desde o jardim de infância.

As sessões de educação para a saúde variaram 1 dia a 24 meses.

De acordo com Goldfarb & Lieberman (2020) o ensino da sexualidade desde o jardim de infância até ao 12º ano, com programas de educação sexual estruturados, com uma abordagem de justiça social, é mais eficaz para aumentar o conhecimento. A saúde física e emocional está relacionada com o desempenho académico e crianças pequenas podem desenvolver conhecimentos e habilidades de proteção em situações de abuso e em situações perigosas sem aumentar a sua ansiedade.

Por fim, Rasberry et al. (2022) num estudo que decorreu durante 2 anos (2015-2017), revelou que houve aumento no conhecimento sobre saúde sexual, adoção de comportamentos protetores e redução de práticas de risco. Registaram-se mais testes de HIV, maior uso de métodos contraceptivos e diminuição de comportamentos como violência no namoro, múltiplos parceiros (quatro ou mais) e consumo de álcool/drogas antes da relação sexual. Aumentaram as denúncias de sexo forçado, indicando maior consciencialização e capacidade de reconhecer e relatar situações de violência sexual.

Como principais conclusões desta revisão verificou-se que quanto maior o tempo das sessões, melhores os resultados com ganhos em conhecimento. Na maioria dos estudos, não existiram diferenças estatisticamente significativas em relação a atitudes e comportamentos, uma justificação pode estar associada ao tempo reduzido das sessões e projetos/programas para avaliação dos resultados nas atitudes e comportamentos. Métodos interativos e digitais, como jogos, *podcasts* e *Facebook*, foram mais eficazes com ganhos em conhecimento em comparação com métodos tradicionais. Ambientes virtuais de aprendizagem promoveram maior autonomia, pensamento crítico e envolvimento ativo dos alunos. Atividades práticas, como demonstrações do uso de preservativos, também mostraram resultados positivos. Estratégias baseadas no diálogo e na participação ativa foram favoráveis. Embora a maioria dos adolescentes já tivessem conhecimento sobre o tema, foi possível reforçá-lo. A maioria das avaliações das sessões foi feita recorrendo a questionários antes e depois e também *feedback*, que na maioria foi positivo. As intervenções evidenciaram um aumento do conhecimento por parte dos adolescentes, reforçando a necessidade de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva nas escolas.

4.2.2. Fase 2 - Projeto de Intervenção Comunitária Segundo as Etapas do Planeamento em Saúde

Após a revisão bibliográfica descrita previamente, que dá suporte a este projeto de intervenção, irei passar à fase diagnóstica, fase de planear intervenções, fase de intervenção e fase de avaliação das diferentes etapas de acordo com Rodrigues (2021).

Foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011):

- Défice de Conhecimento;
- Capacidade para proteção efetiva;
- Comportamento de procura de saúde comprometido;
- Comportamento sexual problemático;
- Défice de conhecimento sobre o serviço comunitário adequado;
- Desenvolvimento do adolescente comprometido;
- Risco de Infecção;
- Risco de gravidez não desejada.

Quadro 4- Problemas e Necessidades em Saúde

Diagnósticos de Enfermagem	Necessidades de Saúde
Défice de Conhecimento	Educação e promoção da saúde sobre ISTs e métodos contraceptivos nos jovens. Criação de parcerias nomeadamente escolas.
Capacidade para proteção efetiva	Desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão segura. Acesso a preservativos e outros métodos de proteção. Informação sobre fatores de risco e estratégias de prevenção. Fortalecimento da autoestima e assertividade na negociação do uso de preservativos.
Comportamento de procura de saúde comprometido	Sensibilização sobre a importância do acompanhamento médico regular. Redução de barreiras para acesso a serviços de saúde. Apoio psicológico para superar o medo, vergonha ou estigma. Maior acessibilidade a consultas e exames sobre ISTs.e contraceção.
Comportamento sexual problemático	Avaliação e aconselhamento sobre comportamento sexual de risco. Educação sobre consentimento, relacionamentos saudáveis e limites. Suporte psicológico para lidar com influências externas (pares, comunicação social). Promoção da autoeficácia para adoção de práticas sexuais seguras.
Défice de conhecimento sobre o serviço comunitário adequado	Divulgação de informações sobre serviços de saúde disponíveis na comunidade. Maior acessibilidade a unidades de atendimento especializado. Educação sobre a importância de procurar ajuda profissional quando necessário. Criação de campanhas informativas sobre onde e como buscar atendimento.
Desenvolvimento do adolescente comprometido	Promoção do desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável. Intervenções para fortalecer a autoestima e identidade pessoal. Apoio psicossocial para lidar com desafios da adolescência. Educação sobre sexualidade de forma compatível com a fase de desenvolvimento.
Risco de Infecção	Educação sobre prevenção de ISTs e higiene íntima. Disponibilização de vacinas preventivas (HPV, hepatite B). Acesso a testes e tratamentos precoces para ISTs. Promoção do uso regular de preservativos.
Risco de gravidez não desejada	Acesso facilitado a métodos contraceptivos seguros e eficazes. Educação sexual abrangente e adaptada à realidade do adolescente. Suporte psicossocial para evitar gestações precoces. Orientação sobre planeamento familiar e opções reprodutivas.

Tendo em conta o diagnóstico é implementada a fase de planear intervenções que inclui a definição de prioridades, formulação de objetivos, escolha das melhores estratégias de intervenção e elaboração do plano operacional (Rodrigues, 2021).

Assim, de acordo com os diagnósticos definidos, apliquei o método de priorização de Hanlon. Este, constitui-se num método complexo, mas vantajoso quando se pretende hierarquizar uma lista de problemas de saúde baseados em dados quantitativos. O método propõe que os problemas de saúde sejam classificados por etapas, considerando os critérios: magnitude do problema, gravidade do problema, efetividade das intervenções do problema, Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitação da comunidade, Recursos, Legalidade (Rodrigues, 2021).

A priorização obtém-se aplicando a fórmula: $E = ((A+B) \times C) \times D$

E- Resultado de Priorização

A - Classificação quanto à amplitude/magnitude do problema (0-10 pontos);

B - Classificação quanto à gravidade do problema (0-10 pontos);

C- Classificação quanto à efetividade/eficácia das intervenções do problema (0-10 pontos);

D - Classificação obtida pelo acrónimo PEARL (0-10 pontos).

O acrónimo PEARL inclui os itens: Pertinência (0-2 pontos); Exequibilidade económica (0-1 pontos); Aceitação da comunidade (0-1 pontos); Recursos (0-1 pontos); legalidade (0-1 pontos). Sim = 1 ponto ou Não = 0 pontos

Quadro 5- Aplicação do método de Hanlon

Problema de Saúde	A= Magnitude do Problema (0-10)	B= Gravidade do Problema (0-10)	C = Eficácia da solução (0.5-1.5)	D= Exequibilidade 1-Sim ou 0-Não	E= Resultado da Priorização ((A+B)C)X D
Défice de Conhecimento	8	10	1,5	1	$((8+10)1,5) \times 1 = 27$
Capacidade para proteção efetiva	8	10	1	1	$((8+10)1) \times 1 = 18$
Comportamento de procura de saúde comprometido	8	8	1	1	$((8+8)1) \times 1 = 16$
Comportamento sexual problemático	8	10	1	1	$((8+10)1) \times 1 = 18$
Défice de conhecimento sobre o serviço comunitário adequado	8	8	1,5	1	$((8+8)1,5) \times 1 = 24$
Desenvolvimento do adolescente comprometido	8	10	1	1	$((8+10)1) \times 1 = 18$
Risco de Infecção	8	10	1	1	$((8+10)1) \times 1 = 18$
Risco de gravidez não desejada	8	10	1	1	$((8+10)1) \times 1 = 18$

Fonte: (Rodrigues, 2021)

Desta forma, o problema de saúde pública prioritário é o défice de conhecimento sobre ISTs e contraceção (pontuação de 27), seguindo-se o défice de conhecimento sobre o serviço comunitário adequado, com uma ponderação de 24, com uma pontuação de 18 encontram-se os diagnósticos capacidade para proteção efetiva, comportamento sexual problemático, desenvolvimento do adolescente comprometido, risco de infeção e risco de gravidez não desejada. Por último com uma pontuação de 16 o diagnóstico comportamento de procura de saúde comprometido.

De seguida realizei uma análise SWOT, que de acordo com Kotlere Keller (2012), as organizações deverão explorar as suas forças e superar as suas fraquezas, identificar as oportunidades e combater as ameaças. A SWOT pode ajudar a dirigir a discussão para as escolhas futuras e suporte de estratégias.

Quadro 6 – Análise SWOT

<p><u>Strengths (forças):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento dos profissionais de saúde com a comunidade escolar; - Cooperação entre as várias equipas, comunidade escolar, UCC do Norton de Matos e USP de Santa Clara. - Abordagem centrada no conhecimento dos adolescentes 	<p><u>Weaknesses (fraquezas):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilização de tempo por parte da comunidade escolar para realização das sessões de educação para a saúde.
<p><u>Opportunities (oportunidades):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhoria do conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano; - Estabelecimento de parcerias entre comunidade escolar e profissionais de saúde; - Ganhos em saúde sexual e reprodutiva; - Identificação das melhores estratégias de intervenção junto dos alunos do 9º ano para abordagem da temática ISTs. 	<p><u>Threats (Ameaças):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fraca adesão da comunidade escolar ao projeto; - Fraca adesão por parte dos pais ao projeto; - Morosidade e aprovação dos pedidos de autorização para implementação do projeto à DGE e direção da escola.

Posteriormente delineei os objetivos deste projeto.

Para se adquirir resultados, é preciso mais do que unicamente ambição e esforços, precisamos de um mapa para lá chegar denominado objetivos SMART (S - *Specific*, M - *Measurable*, A - *Attainable*, R - *Realistic*, T - *Timebound*). Os objetivos devem ser consistentes com os objetivos gerais da organização e podem ser estabelecidos em termos de volume de vendas, de lucro por unidade, de ganhos em quota de mercado (Rodrigues, 2021).

Assim, delineei como objetivos principais:

- Avaliar os resultados das sessões de educação para a saúde nos conhecimentos sobre ISTs e contraceção através de estratégias educativas interativas;
- Promover a vivência de uma sexualidade segura e responsável por parte dos adolescentes.

Como objetivos específicos:

- Aumentar nível de conhecimento dos jovens no momento pós intervenção;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no conhecimento dos alunos de acordo com o género;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no conhecimento dos alunos de acordo com a turma.

Como estratégia de controlo e vigilância epidemiológica, procedi ao levantamento dos dados e caracterização da população e contexto. Recorri a tecnologias digitais para comunicar, preenchimento de escala e utilização de *google forms*.

Foi aplicada a Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção (Nelas et al., 2023) antes e imediatamente após a minha intervenção, com a finalidade de avaliar a eficácia da intervenção no conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano. Esta escala foi construída para efeito (*add hoc*), baseada no documento “Consenso sobre Contraceção 2020” da Sociedade Portuguesa de Contraceção. Consta de 35 itens organizados em escala dicotómica (binária). A cada item é atribuída uma cotação de zero (0), quem não tem conhecimento e um (1) a quem possui conhecimentos. Somados os itens, obtém-se uma cotação que oscila entre 0 e 35 sendo que pontuações mais elevadas são condizentes com melhores conhecimentos sobre contraceção (Nelas et al., 2023). Escala em ANEXO VI.

Durante a apresentação das sessões apliquei as seguintes estratégias, com base nas estratégias abordadas por Rodrigues (2021):

Estratégias de incentivo à participação, quebra gelo, forma de desbloqueio que pode passar por uma dinâmica de grupo rápida e divertida, usada para melhorar o relacionamento entre os membros nas sessões de educação para a saúde no contexto escolar.

Estratégias para promover a saúde, Marketing social, o marketing em saúde visa mudar os comportamentos, mas tem como desafio competir com anunciantes de produtos e diversas formas de chegar aos consumidores. Antes de preparar um plano de ação deve-se determinar uma cultura orientada para o consumidor; entender o seu comportamento por meio de pesquisas; definir o objetivo de comportamento, bem como os processos de mudança; mapear as barreiras ou obstáculos à mudança; conhecer e estabelecer o conceito de troca; definir o público-alvo e o posicionamento do benefício; apresentar dados estatísticos, expor os benefícios esperados de acordo com a mudança de comportamento. Importa que a população conheça as leis existentes (sentir-se ligado), assim como o estabelecimento

de uma relação favorável entre comunidade e profissionais de saúde que permita um aumento da perceção dos riscos associados à não utilização de métodos contraceptivos e a adoção de comportamentos de menor risco através do desenvolvimento de confiança e *coping*.

Estratégias para promover a saúde, aconselhamento, é um processo de aprendizagem interativo que se estabelece entre o conselheiro e o cliente, considerando que os clientes podem ser indivíduos ou grupos.

Estratégia para promover a saúde, empoderamento, emancipação e a autonomia dos indivíduos que estão à margem dos processos de desenvolvimento tradicionais através do acesso ao conhecimento, à tecnologia e aos recursos que não estavam acessíveis, facilitando o relacionamento com outras esferas de poder de forma a encorajá-los a conduzir o seu próprio percurso de desenvolvimento, inserido num processo de intervenção social baseado em tecnologias sociais.

Estratégias para promover a saúde, educação para a saúde, esta situa-se entre as ciências da saúde, do comportamento e as ciências da educação, sendo que as primeiras ajudam a responder a questões como: quais os comportamentos mais adequados para a saúde? Mas para compreender esses comportamentos temos os contributos das ciências do comportamento e para obter suporte para os processos de comunicação pedagógica e planear formas de facilitar a aprendizagem recorreremos ao contributo das ciências da educação – Modelo de Promoção da Saúde.

Estratégias de envolvimento das pessoas, para que a mudança ocorra é necessário envolver os participantes e não planear e executar à espera que se adaptem à mudança. Problema, Agitar e Solucionar - o profissional começa por referir o problema que afeta o público, se necessário exagerando o problema, explicando como este condiciona negativamente a vida da comunidade e apelando aos seus medos e ansiedades. Em seguida, vai mostrar a sua solução. Para que a fórmula funcione é importante compreender as preocupações do público. Além disso, potencialize as soluções propostas para aumentar o impacto da sua mensagem. Características, Vantagens e Benefícios - é importante destacar como a população vai ser beneficiada o que aumenta a credibilidade. Em seguida, enumerar as vantagens oferecidas. (Rodrigues, 2021).

Para planeamento de intervenções utilizei o conceito 5W2H que está na base da gestão de projetos e recursos.

De forma empírica ou até involuntária continua a ser útil formular as questões antes de iniciar os projetos. Cada plano pode ter uma matriz mais extensa ou sintética. Uma das formas de sintetizar o plano operacional pode ser recorrendo ao método 5W2H, o método pretende responder a sete questões: O quê? Quem? Quando? Onde? Porquê? Como? Qual o orçamento? (Rodrigues, 2021).

Quadro 7 - Sintetize do Plano Operacional com Método 5W2H

Variáveis do Plano	Correspondência com o método 5W2H	Descrição
Atividades Planeadas	What? O que fazer?	Operacionalização das variáveis do plano 3 sessões de educação para a saúde presencial na Escola Quinta Vale das Flores.
Objetivos	Why? Porque fazer?	Aumentar conhecimento sobre ISTs e contraceção.
Procedimentos	How? Como fazer?	Parceria entre professores e enfermeiros UCC "B" no contexto do Programa de Saúde Escolar.
Contexto	Where? Onde é feito?	Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra.
Recursos Humanos	Who? Quem faz?	1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da UCC "B" e 1 aluna de mestrado em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.
Programa	When? Quando ocorre?	13-24 janeiro
Orçamento	How mach? Quais os custos?	Sem custos associados

Fonte: (Rodrigues, 2021)

O meu plano de ação junto da população do 9º ano foi elaborado da seguinte forma:

- Aplicação da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção antes da 1ª Sessão de Educação para a Saúde e imediatamente após 3ª sessão de educação para a saúde;

- Realização de 3 sessões de educação para a saúde de 45 minutos cada, aos alunos do 9º ano (95 alunos no total; 4 turmas do 9º ano; 3 sessões realizadas a cada turma) lideradas por 1 enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública e 1 aluna de mestrado em saúde comunitária e saúde pública, presencialmente, que visam áreas de: 1. ISTs; 2. Métodos contraceptivos, importância de sexualidade segura; 3. Namoro e Comunicação em saúde sexual.

1ª sessão: 10 minutos para preencher a escala; 20 minutos de conteúdos teóricos em *PowerPoint* sobre ISTs, 15 minutos para realização de jogo *online* no *google forms*.

2ª sessão: 25 minutos de conteúdos teóricos *PowerPoint* sobre métodos contraceptivos e sexualidade segura com leitura e interpretação de histórias; 20 minutos de treino na colocação de preservativo em modelo peniano e exposição dos vários métodos contraceptivos.

3ª sessão: 35 minutos: realização de jogo no *google forms* e apresentação de *PowerPoint* sobre comunicação e namoro; 10 minutos para preencher a escala.

Encontra-se em APÊNDICE XVII os *PowerPoints* das sessões de educação para a saúde realizadas.

Quadro 8 - Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	Maio	Junho	Julho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Planeamento e diagnóstico de saúde e elaboração do projeto	X	X	X	X	x	x	
Reunião com professores da escola				X			
Pedido de autorização à DGE					X		
Pedido de autorização à direção da Escola							X
1ª Sessão de Educação para a saúde e aplicação de Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção							X
2ª Sessão de Educação para a saúde							X
3ª Sessão de Educação para a saúde e aplicação de Escala							X

Por último elaborei a avaliação do processo, que se entende por “os juízos e considerações emitidos pela equipa constituída para o efeito, mediante aplicação de uma grelha de leitura aos resultados obtidos nas diversas vertentes do projeto, decorrentes do tratamento e análise da informação disponível” (Santos, 2011). O processo assenta na análise e comparação de indicadores, Nunes (2016), considera que “os indicadores podem subdividir-se em indicadores de resultado e de impacto e em indicadores de atividade ou de execução”. Até aos anos 80, das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, o modelo mais usado foi o de Donabedian (1994), que estabelecia a tríade estrutura / processo/ resultado.

Para avaliar os resultados deste projeto foi aplicada a escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção antes e depois da intervenção.

Os dados foram trabalhados no SPSS com a colaboração da professora orientadora Eva Menino, docente do Instituto Politécnico de Leiria, com a colaboração da Enfermeira Fátima Gomes (USP “A”, ULS Coimbra) e da Enfermeira Marisol Simões da UCC “B”.

Os indicadores utilizados foram:

Indicadores de Estrutura - o que é necessário para a implementação do projeto?

Alunos do 9º ano da Escola Secundária da Quinta das Flores com Consentimento Informado assinado; os recursos humanos necessários foram 1 enfermeiro da UCC “B” e 1 aluna do mestrado de enfermagem em saúde comunitária e saúde pública do Instituto Politécnico de Leiria (IPL). Os recursos materiais necessários foram 1 sala para reunir os alunos de cada turma em cada sessão (com mesas, cadeiras, projetor, computador); escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção; Métodos contraceptivos e modelo peniano fornecido pela UCC “B”. Como colaboradores, os professores da Escola da Quinta das Flores. Este projeto não foi financiado, não houve qualquer tipo de custo financeiro para aplicação do mesmo.

Indicadores de processo – como faço?

$$\frac{\text{nº de alunos do 9º ano que preencheram a escala}}{\text{nº total de alunos do 9º ano}} \times 100$$

Indicadores de Resultado – quais os ganhos em saúde?

$$\frac{\text{nº de alunos do 9º ano que melhoraram o nível de conhecimento após aplicação da escala}}{\text{nº total de alunos do projeto}} \times 100$$

Na realização deste projeto de intervenção comunitária procurei respeitar os princípios éticos e deontológicos imprescindíveis ao desenvolvimento de estudos desta natureza.

Numa primeira fase, foi solicitada autorização aos autores da escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção, para a sua utilização, com o objetivo perceber qual a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música. Acrescenta-se ainda, que foi formalizado o pedido de autorização para desenvolvimento e implementação do projeto à Direção Geral da Educação (DGE), à direção da escola e consentimento informado assinado aos encarregados de educação. Também foi pedida autorização à coordenadora da Unidade de Saúde Pública da ULS e à coordenadora da UCC. Este projeto está integrado na carteira de serviços da UCC “B” no Programa de Saúde Escolar.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária foi orientado pelo cumprimento de princípios e procedimentos éticos, com a garantia de livre escolha na participação do estudo e têm a liberdade de abandonar o estudo quando entenderam. A participação no estudo não incorre em risco acrescido para os participantes. Os ganhos relacionam-se com os conhecimentos sobre ISTs e contraceção na área da saúde sexual e reprodutiva.

A confidencialidade foi e será garantida, não será revelada a terceiros, nem publicada, mantendo no decorrer do processo o anonimato dos dados. Todos os instrumentos de recolha de dados serão codificados numericamente, não revelando identidades. Os dados resultantes serão restritos à investigadora para o presente estudo, que se encontra obrigado a manter a confidencialidade e anonimato dos dados e para publicação no âmbito académico decorrentes do estágio. Os dados serão armazenados e conservados pela investigadora, apenas pelo período necessário para cumprir o processo do estudo, de acordo com a legislação em vigor, Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27 de abril. Não se verificam conflitos de interesses dos investigadores. Aplicar-se-á o artigo 102º dos valores humanos, o artigo 105º do dever de informação e o artigo 106º do dever de sigilo Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

A todos os participantes no projeto foi solicitado o consentimento informado e esclarecido, e simultaneamente, foram informados acerca dos objetivos do projeto e sua finalidade; do carácter voluntário da sua participação e da garantia da possibilidade de desistência em qualquer momento e a garantia de confidencialidade.

4.3. RESULTADOS

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Inicialmente será apresentada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e dos Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção. Posteriormente será apresentada a análise inferencial para responder às hipóteses previamente delineadas, assim como a verificação do significado estatístico entre as variáveis definidas para este estudo, da magnitude do efeito e da potência.

Os resultados do estudo são apresentados em quadros e tabelas, com uma breve análise dos mesmos.

Análise Descritiva

Passarei a apresentar a análise descritiva dos resultados obtidos, incluindo as características sociodemográficas e dos resultados decorrentes da avaliação efetuada através da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção, dos participantes que compõem a amostra.

Caraterização sociodemográfica da amostra

Quadro 9 - Distribuição da amostra em função das variáveis sociodemográficas

Variável	N	%	
Género	Feminino	49	60,5
	Masculino	32	39,5
Idade (Anos)	13	1	1,2
	14	76	93,8
	15	4	4,9
(\bar{x} , s; X_{\min} - X_{\max})		$\bar{x} = 14,04$ s = 0,25 X_{\min} - $X_{\max} = 13 - 15$	
Turma	9º A	9	11,1
	9º B	25	30,9
	9º C	21	25,9
	9º D	26	32,1

Dos 95 alunos do 9º ano, 14 não apresentaram consentimento assinado pelos encarregados de educação, sendo um fator de exclusão do projeto, assim, 81 alunos participaram no projeto o que corresponde a 85,26% da totalidade dos alunos do 9º ano. Assim, a caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se resumida no quadro 9. Pela análise da mesma, verifica-se que dos 81 jovens que constituem a amostra, 60,5% são do género feminino e 39,5% do género masculino. A idade média é de 14,04 anos ($\pm 0,25$), com uma amplitude de apenas 2 anos, a variar entre um mínimo de 13 anos e um máximo de 15 anos. A maioria dos jovens participantes da amostra têm 14 anos (93,8%), sendo que apenas 4,9% têm 15 anos e 1,2% têm 13 anos. A amostra foi realizada em 4 turmas do 9º ano, com um rácio idêntico entre as turmas B, C e D (a variar entre 25,9% e 32,1%). Apenas a turma A tem um menor número de elementos (11,1%)

Estudo dos conhecimentos dos jovens sobre ISTs e contraceção

Para avaliar os Conhecimentos dos Jovens sobre ISTs e Contraceção, utilizei a “Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção” (Nelas et al., 2023), aplicada em 2 momentos - Antes e Depois da intervenção de educação para a saúde, no mesmo grupo de participantes.

Quadro 10 – Resumo das medidas descritivas dos itens da Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção

Enunciado / Item	Conhecimento	Pré - Intervenção		Pós - Intervenção	
		N	%	N	%
1. A contraceção hormonal combinada consiste na associação de hormonas.	Não	19	23,5	4	4,9
	Sim	53	65,4	76	93,8
	NS/NR	9	11,1	1	1,2
2. A via subcutânea, transdérmica e vaginal deve ser utilizada em mulheres com dificuldade na toma diária de contracetivo.	Não	33	40,7	3	3,7
	Sim	34	42,0	78	96,3
	NS/NR	14	17,3	0	0,0
3. Considera-se esquecimento da pílula contracetiva se for superior a 24H.	Não	13	16,0	11	13,6
	Sim	65	80,2	70	86,4
	NS/NR	3	3,7	0	0,0
4. Não devemos tomar a pílula contracetiva assim que nos lembramos.	Não	48	59,3	26	32,1
	Sim	30	37,0	55	67,9
	NS/NR	3	3,7	0	0,0
5. Os contracetivos orais combinados têm efeitos secundários.	Não	15	18,5	8	9,9
	Sim	55	67,9	73	90,1
	NS/NR	11	13,6	0	0,0
6. Os contracetivos orais combinados aliviam os sintomas menstruais.	Não	27	33,3	15	18,5
	Sim	43	53,1	66	81,5
	NS/NR	11	13,6	0	0,0
7. A contraceção oral combinada diminui o risco de cancro do ovário e do endométrio.	Não	41	50,6	32	39,5
	Sim	25	30,9	49	60,5
	NS/NR	15	18,5	0	0,0
8. A eficácia do contracetivo oral combinado não é diretamente afetada por antibióticos de largo espectro.	Não	46	56,8	27	33,3
	Sim	17	21,0	53	65,4
	NS/NR	18	22,2	1	1,2
9. A contraceção oral combinada não deve ser recomendada a mulheres com dificuldade na adesão à toma diária.	Não	15	18,5	12	14,8
	Sim	57	70,4	69	85,2
	NS/NR	9	11,1	0	0,0
10. Após a suspensão da contraceção oral combinada, o retorno à fertilidade não é imediato.	Não	49	60,5	26	32,1
	Sim	23	28,4	54	66,7
	NS/NR	9	11,1	1	1,2
11. A toma da pílula é diária e contínua e o atraso na toma não deve ser superior a 12H.	Não	56	69,1	45	55,6
	Sim	22	27,2	36	44,4
	NS/NR	3	3,7	0	0,0
12. A contraceção de emergência previne a gravidez após uma relação sexual desprotegida.	Não	17	21,0	7	8,6
	Sim	59	72,8	74	91,4
	NS/NR	5	6,2	0	0,0
13. A contraceção de emergência previne até 95% a gravidez se for utilizada até 5 dias após a relação sexual.	Não	38	46,9	16	19,8
	Sim	35	43,2	65	80,2
	NS/NR	8	9,9	0	0,0
14. A contraceção de emergência é segura.	Não	50	61,7	8	9,9
	Sim	20	24,7	73	90,1
	NS/NR	11	13,6	0	0,0
15. Se tiver existido um IST (Infeção Sexualmente Transmissível), os contracetivos intrauterinos (DIU) estão contraindicados.	Não	40	49,4	34	42,0
	Sim	22	27,2	47	58,0
	NS/NR	19	23,5	0	0,0
16. Os métodos de barreira são os únicos que protegem simultaneamente das ISTs e da gravidez.	Não	28	34,6	15	18,5
	Sim	51	63,0	66	81,5
	NS/NR	2	2,5	0	0,0
17. A eficácia dos métodos de barreira depende da sua correta utilização.	Não	2	2,5	4	4,9
	Sim	78	96,3	77	95,1
	NS/NR	1	1,2	0	0,0
18. Os lubrificantes oleosos interferem na eficácia contracetiva quando utilizados em conjunto com o preservativo.	Não	38	46,9	25	30,9
	Sim	30	37,0	56	69,1
	NS/NR	13	16,0	0	0,0
19. Os métodos naturais não têm necessidade de aconselhamento por profissionais de saúde.	Não	32	39,5	26	32,1
	Sim	43	53,1	55	67,9
	NS/NR	6	7,4	0	0,0

20. Os métodos baseados na previsão do período fértil implicam que a mulher seja capaz de identificar o período fértil.	Não Sim NS/NR	12 65 4	14,8 80,2 4,9	5 75 1	6,2 92,6 1,2
21. As técnicas cirúrgicas (laqueação e vasectomia) têm como objetivo impedir o contacto do espermatozoide com o óvulo.	Não Sim NS/NR	5 71 5	6,2 87,7 6,2	7 74 0	8,6 91,4 0,0
22. A esterilização cirúrgica (laqueação e vasectomia) protege contra ISTs.	Não Sim NS/NR	23 50 8	28,4 61,7 9,9	16 65 0	19,8 80,2 0,0
23. A vasectomia interfere no desempenho sexual.	Não Sim NS/NR	22 42 17	27,2 51,9 21,0	9 71 1	11,1 87,7 1,2
24. Os jovens devem ter conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos.	Não Sim NS/NR	2 76 3	2,5 93,8 3,7	3 78 0	3,7 96,3 0,0
25. A responsabilidade contraceptiva deve ser partilhada.	Não Sim NS/NR	10 67 4	12,3 82,7 4,9	6 75 0	7,4 92,6 0,0
26. O aconselhamento contraceptivo deve estar à disposição dos jovens.	Não Sim NS/NR	3 75 3	3,7 92,6 3,7	4 77 0	4,9 95,1 0,0
27. Os adolescentes não são um grupo vulnerável na área da saúde sexual e reprodutiva.	Não Sim NS/NR	16 60 5	19,8 74,1 6,2	10 71 0	1,3 87,7 0,0
28. Em Portugal os métodos contraceptivos mais usados pelos jovens são o preservativo masculino e a pílula.	Não Sim NS/NR	4 74 3	4,9 91,4 3,7	2 79 0	2,5 97,5 0,0
29. Todos os métodos de contraceção oral combinada têm um impacto positivo na qualidade de vida pelos seus fins não contraceptivos.	Não Sim NS/NR	44 22 15	54,3 27,2 18,5	62 18 1	76,5 22,2 1,2
30. Os métodos naturais não são recomendados a adolescentes pela frequente irregularidade dos ciclos menstruais.	Não Sim NS/NR	11 63 7	13,6 77,8 8,6	15 66 0	18,5 81,5 0,0
31. O implante subcutâneo é um método de longa duração e muito eficaz.	Não Sim NS/NR	14 52 15	17,3 64,2 18,8	13 68 0	16,0 84,0 0,0
32. O uso de contraceptivos orais combinados associado ao consumo de tabaco, aumenta o risco de doenças cardiovasculares.	Não Sim NS/NR	14 54 13	17,3 66,7 16,0	10 71 0	12,3 87,7 0,0
33. A contraceção de emergência é a última oportunidade de prevenção de uma gravidez.	Não Sim NS/NR	60 15 6	74,1 18,5 7,4	71 10 0	87,7 12,3 0,0
34. Os vários métodos contraceptivos têm impacto na fertilidade.	Não Sim NS/NR	28 46 7	34,6 56,8 8,6	31 50 0	38,3 61,7 0,0
35. A promoção da saúde reprodutiva tem como objetivo uma vida sexual responsável, gratificante e segura.	Não Sim NS/NR	5 71 5	6,2 87,7 6,2	3 78 0	3,7 96,3 0,0

Legenda: Não – não tem conhecimento; Sim – Possui conhecimentos; NS/NR – Não sabe e/ou não responde

Análise às pontuações dos itens

No quadro 10 é apresentado o resumo dos valores da estatística descritiva univariada, obtidos a partir dos 35 itens que constituem a Escala, relativamente ao nível de resposta aos enunciados, o número e a percentagem correspondente, em cada um dos tempos de avaliação dos conhecimentos dos jovens acerca das ISTs e contraceção.

Avaliação dos resultados aos enunciados onde os jovens revelaram ter piores conhecimentos

Para a avaliação do nível mais baixo de conhecimentos dos jovens acerca das ISTs e contraceção, irão ser considerados os Piores Conhecimentos nos itens com mais de 50% de respostas erradas.

Pela análise do quadro 10, verifica-se que em 8 itens (22,86%) dos 35 da escala total, os jovens inquiridos revelaram ter poucos conhecimentos acerca das ISTs e contraceção no momento Antes de participar nas sessões de educação para a saúde. Os enunciados com maior número de respostas erradas (> 50%) foram os itens 33 “A contraceção de emergência é a última oportunidade de prevenção de uma gravidez” com 74,1%, item 11 “A toma da pílula é diária e contínua e o atraso na toma não deve ser superior a 12H” com 69,1%, o item 14 “A contraceção de emergência é segura” com 61,7%, o item 10 “Após a suspensão da contraceção oral combinada, o retorno à fertilidade não é imediato” com 60,5%, o item 4 “Não devemos tomar a pílula contracetiva assim que nos lembramos” com 59,3%, o item 8 “A eficácia do contracetivo oral combinado não é diretamente afetada por antibióticos de largo espectro” com 58,8%, o item 29 “Todos os métodos de contraceção oral combinada têm um impacto positivo na qualidade de vida pelos seus fins não contracetivos” com 54,3% e o item 7 “A contraceção oral combinada diminui o risco de cancro do ovário e do endométrio” com 50,6%.

Após a intervenção em apenas 3 itens (8,57%) os jovens mantiveram poucos conhecimentos acerca das ISTs e contraceção. Os enunciados com mais respostas incorretas depois das sessões de educação verificaram-se nos itens 33 “A contraceção de emergência é a última oportunidade de prevenção de uma gravidez” com 87,7%, o item 29 “Todos os métodos de contraceção oral combinada têm um impacto positivo na qualidade de vida pelos seus fins não contracetivos” com 76,5% e o item 11 “A toma da pílula é diária e contínua e o atraso na toma não deve ser superior a 12H” com 55,6%. Nos itens 29 e 33 o nível de conhecimentos foi ainda menor após as sessões de educação para a saúde, quando comparado com os conhecimentos prévios à intervenção.

Avaliação dos resultados aos enunciados onde os jovens revelaram ter melhores conhecimentos

Para a avaliação do nível de conhecimentos dos jovens acerca das ISTs e contraceção, irei considerar Bons Conhecimentos dos itens com mais de 75% de respostas corretas e Muito Bons aos itens com mais de 90% de respostas corretas.

Como se pode verificar no quadro 10, em apenas 10 itens (28,57%) dos 35 que compõem a escala, os jovens revelaram ter bons conhecimentos ou muito bons conhecimentos acerca da contraceção no momento Antes de participar nas sessões de educação para a saúde. Os enunciados com maior número de respostas corretas acima de 90% verificaram-se nos itens 17 “A eficácia dos métodos de barreira depende da sua correta utilização” com 96,3%, item 24 “Os jovens devem ter conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos” com 93,8%, item 26 “O aconselhamento contraceptivo deve estar à disposição dos jovens” com 92,6% e o item 28 “Em Portugal os métodos contraceptivos mais usados pelos jovens são o preservativo masculino e a pílula”. As pontuações entre os 75% e os 90% foram obtidas nos itens 21 “As técnicas cirúrgicas (laqueação e vasectomia) têm como objetivo impedir o contacto do espermatozoide com o óvulo” com 87,7%, o item 35 “A promoção da saúde reprodutiva tem como objetivo uma vida sexual responsável, gratificante e segura” com 87,7%, o item 25 “A responsabilidade contraceptiva deve ser partilhada”, o item 3 “Considera-se esquecimento da pílula contraceptiva se for superior a 24H” com 80,2%, o item 20 “Os métodos baseados na previsão do período fértil implicam que a mulher seja capaz de identificar o período fértil” com 80,2% e o item 30 “Os métodos naturais não são recomendados a adolescentes pela frequente irregularidade dos ciclos menstruais” com 77,8%.

Após a dinamização das sessões de educação para a saúde verificou-se uma significativa melhoria do nível de conhecimentos, pelo que só irei destacar as pontuações $\geq 90\%$, que correspondem a um nível de conhecimento dos jovens acerca das ISTs e contraceção de Muito Bom. Os enunciados melhores pontuados verificaram-se nos itens 28 “Em Portugal os métodos contraceptivos mais usados pelos jovens são o preservativo masculino e a pílula” com 97,5%, o item 2 “A via subcutânea, transdérmica e vaginal deve ser utilizada em mulheres com dificuldade na toma diária de contraceptivo” com 96,3%, o item 24 “Os jovens devem ter conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos” com 96,3%, o item 35 “A promoção da saúde reprodutiva tem como objetivo uma vida sexual responsável, gratificante e segura” com 96,3%, o item 17 “A eficácia dos métodos de barreira depende da sua correta utilização” com 95,1%, o item 26 “O aconselhamento contraceptivo deve estar à disposição dos jovens” com 95,1%, o item 1 “A contraceção hormonal combinada consiste na associação de hormonas” com 93,8%, o item 20 “Os métodos baseados na previsão do período fértil implicam que a mulher seja capaz de identificar o período fértil” com 92,6%, o item 25 “A responsabilidade contraceptiva deve ser partilhada” com 92,6%, o item 12 “A contraceção de emergência previne a gravidez após uma relação sexual desprotegida” com 91,4%, o item 21 “As técnicas cirúrgicas (laqueação e vasectomia) têm como objetivo impedir o contacto do espermatozoide

com o óvulo” com 91,4%, o item 5 “Os contraceptivos orais combinados têm efeitos secundários” com 90,1% e o item 14 “A contraceção de emergência é segura” com 90,1%.

Quadro 11 – Pontuações (N e %) por níveis de conhecimento sobre Contraceção

Níveis de Conhecimento	Pontuação %	Pré - Intervenção		Pós - Intervenção	
		N	%	N	%
Baixos	Até 49,99	17	21,0	-	0,0
Médios	50,00 – 74,99	62	76,5	28	34,6
Bons	75,00 – 89,99	2	2,5	46	65,4
Muito bons	90,00 – 100,00	-	0,0	7	8,6

Análise às pontuações obtidas por níveis de conhecimento

No quadro 11 são apresentadas as pontuações obtidas na Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção, de acordo com o seu nível de conhecimento. Em primeiro lugar procedeu-se à transformação das cotações da escala em valores percentuais, de forma a facilitar a análise dos resultados. Antes da intervenção, constata-se que 21,0% dos jovens inquiridos apresentavam um fraco nível de conhecimento acerca de ISTs e contraceção, com pontuações abaixo de 50%. A maioria destes jovens (76,5%) detinham conhecimentos médios sobre contraceção e apenas 2,5% tinham bons conhecimentos. Nenhum jovem tinha muito bons conhecimentos. Após a intervenção os níveis de conhecimento melhoraram, não se verificando nenhum jovem com baixos conhecimentos. A maioria (65,4%) passou a apresentar bons conhecimentos e 34,6% conhecimento médios. Verifica-se ainda, que 8,6% passou a deter conhecimentos de nível Muito Bom.

Quadro 12 - Variação da Classificação Após Intervenção

				N	%
Válido	Diminuíram a Classificação Pós-Intervenção			7	8,6
	Aumentaram a Classificação Pós-Intervenção			72	88,9
	Mantiveram a Classificação Pós-Intervenção			2	2,5
	Total			81	100,0

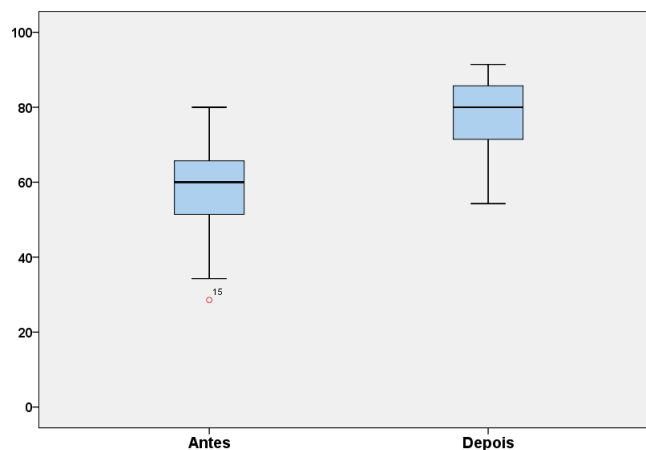
Pela análise do quadro 12, verifica-se que 88,9% dos alunos aumentaram conhecimentos no segundo momento da aplicação da escala.

Análise descritiva da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens - Adultos sobre Contraceção

Quadro 13 – Medidas Descritivas dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção nos 2 momentos de Avaliação

Momentos	N	\bar{X}	S	X _{min}	X _{máx}
Pré - Intervenção	81	58,73	10,73	28,57	80,00
Pós - Intervenção	81	78,24	9,74	54,29	91,43

Gráfico 1 - Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção nos 2 momentos de Avaliação



Na Tabela 13 e gráfico 1, apresenta-se os resultados descritivos obtidos, transformados em valores percentuais, na aplicação da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção, antes e depois da realização das sessões de educação para a saúde.

As pontuações totais médias da Escala Antes da frequência das sessões de educação para a saúde sobre ISTs e contraceção foram de 58,73% ($\pm 10,73$), com uma amplitude a variar entre um mínimo de 28,57% e um máximo de 80,00%. Após as sessões de educação para a saúde a média das pontuações totais subiu para 78,24% ($\pm 9,74\%$), a variar entre um mínimo de 54,29% e um máximo de 91,43%.

Análise inferencial

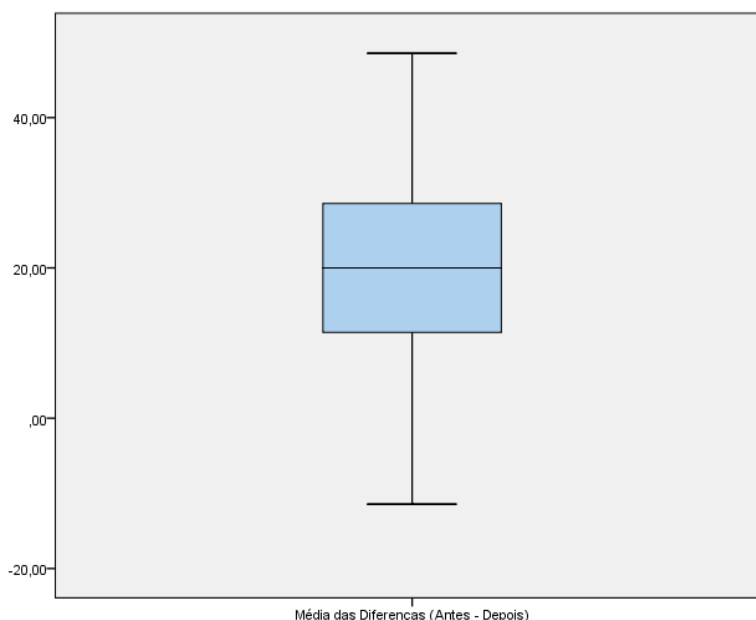
Irei passar a apresentar a estatística analítica dos resultados obtidos, de acordo com a natureza das variáveis para cada uma das hipóteses previamente formuladas.

Para avaliar a média das diferenças das pontuações obtidas pelo efeito das sessões de educação para a saúde pelos jovens da amostra, criou-se a variável Diferença, isto é, os scores totais da Escala no momento depois menos os scores totais da Escala Antes.

Quadro 14 – Medidas descritivas da Média das Diferenças dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção

Estatísticas Descritivas		Média das Diferenças (Depois – Antes)	
		Estatística	Erro Padrão
Média (\bar{x})		19,51	1,44
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	16,63	
	Limite superior	22,38	
Mediana (Me)		20,00	
Desvio Padrão (s)		12,99	
Mínimo (x_{\min})		-11,43	
Máximo (x_{\max})		48,57	
Intervalo de Variação (IV)		60,00	
Amplitude interquartil (AIQ)		17,14	
Assimetria		-0,154	0,267
Curtose		-0,071	0,529

Gráfico 2 - Extremos e Quartis da Média das Diferenças (Antes – Depois) dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção



Pela análise do quadro 14 e gráfico 2, verifica-se que a pontuação média da diferença dos totais da Escala (Depois – Antes), foi de 19,51% ($\pm 12,99\%$). Para um intervalo de confiança de 95%, a média da diferença situa-se entre 16,63% e 22,38%. O intervalo de variação teve uma amplitude de 60,00% ($x_{\min} = -11,43\%$ e $x_{\max} = 48,57\%$). Para analisar a forma de distribuição, calcula-se o coeficiente de assimetria e o coeficiente de achatamento. Verifica-se que as pontuações obtidas na nossa amostra têm uma distribuição aproximadamente simétrica (Quociente de Assimetria= - 0,58), a curva é mesocúrtica (Quociente de achatamento = -0,13) e não existem *outliers*. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*,

com a correção de *Lilliefors*, também indica que os dados têm uma distribuição normal (KS= 0,071, g.l. 81; p= 0,07).

Pretende-se comparar as pontuações médias que os jovens obtiveram na Escala de Avaliação de Conhecimentos de Jovens – Adultos sobre Contraceção, nos 2 momentos em que foi aplicada, pré e pós intervenção, e a magnitude do efeito da intervenção nas situações onde se verifiquem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 15 – Teste t para diferença de médias pré e pós-intervenção dos Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção

Par 1	Teste t de amostras emparelhadas							
	Diferenças emparelhadas					t	gl	Sig. (bilateral)
				95% Intervalo de Confiança da Diferença				
	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da Média	Inferior	Superior			
Conhecimentos Sobre Contraceção Pré e Pós-Intervenção (%)	-19,51	12,99	1,44	-22,38	-16,63	-13,52	80	0,000

Gráfico 3 - Tamanho de efeito da média das diferenças pré e pós-intervenção dos conhecimentos de jovens-adultos sobre contraceção: distribuições, protocolo e poder das análises

Sunday, February 02, 2025 - 12:19:41

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:

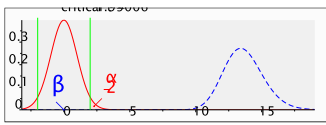
- Post hoc: Compute achieved power

Input:

- Tail(s)= Two
- Effect size dz= 1.5015678
- α err prob= 0.05
- Total sample size= 81

Output:

- Noncentrality parameter δ=13.5141102
- Critical t= 1.9900634
- Df= 80
- Power (1-β err prob)= 1.0000000



Verificados os pressupostos da sua aplicação, utiliza-se o teste t para duas amostras emparelhadas (quadro 15) para testar a Hipótese “H1 – Existem diferenças nos conhecimentos sobre ISTs e contraceção dos jovens nas medidas pré e pós-intervenção”. Para um nível de significância de 0,05, existem evidências para se afirmar que a média dos conhecimentos dos jovens sobre contraceção é significativamente diferente nos momentos pré e pós-intervenção ($t_{(80)} = -13,52$; $p < 0,001$). Verifica-se, com 95% de confiança, que a

média dos conhecimentos pré-intervenção é inferior à média dos conhecimentos pós-intervenção entre -22,38 e -16,63. De fato, o conhecimento médio dos jovens foi maior no momento pós- intervenção ($\bar{x} = 78,24 \pm 9,74$) do que no momento pré intervenção ($\bar{x} = 58,73 \pm 10,73$). Para se avaliar a magnitude da diferença entre as médias, calculou-se através do G*Power (gráfico 3) o tamanho do efeito à posteriori. Assim, obteve-se em tamanho de efeito grande e uma potência muito elevada ($d_z = 1,66$; $\alpha = 0,05$; $\pi (1 - \beta) = 1,00$). Este valor indica que a diferença entre médias das pontuações pré e pós-intervenção ($M_{dif} = -19,51$) é 1,66 unidades de desvio-padrão da diferença ($DP_{dif} = 12,99$), uma magnitude de efeito considerada grande.

Conclui-se, portanto, que a intervenção das sessões de educação para a saúde teve efeitos positivos no sentido do aumento dos conhecimentos dos jovens sobre ISTs e contraceção, apoiados estatisticamente por meio do teste t para amostras emparelhadas e do cálculo do tamanho do efeito (Cohen, 1988).

Quadro 16 – Teste U de Mann-Whitney entre os Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção, pré e pós-intervenção, e o Género

	Estatísticas de teste ^a	
	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
U de Mann-Whitney	671,000	565,000
Z	-1,098	-2,128
Sig. Assint. (Bilateral)	0,272	0,033

a. Variável de Agrupamento: Género

Gráfico 4 – Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos (Antes e Depois) de Jovens-Adultos sobre Contraceção por Género

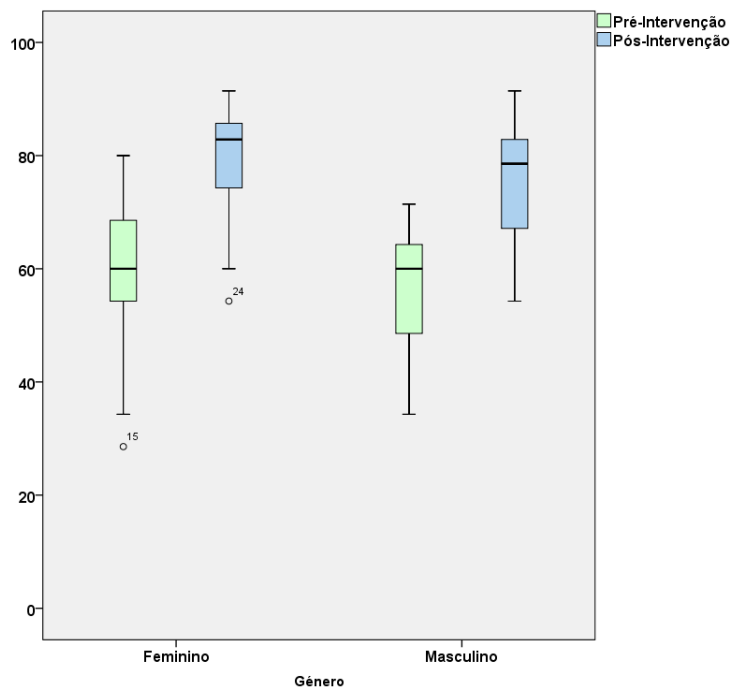
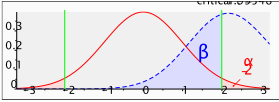


Gráfico 5 - Tamanho de Efeito do género nos Conhecimentos de Jovens-Adultos sobre Contraceção pós-intervenção: Distribuições, Protocolo e Poder das Análises

<p>[3] -- Friday, February 07, 2025 -- 09:34:07</p> <p>t tests - Means: Wilcoxon-Mann-Whitney test (two groups)</p> <p>Options: A.R.E. method</p> <p>Analysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Post hoc: Compute achieved power <p>Input:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tail(s)=Two Parent distribution= min ARE Effect size d=0.5335452 α err prob= 0.05 Sample size group 1=49 Sample size group 2=32 <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> Noncentrality parameter $\delta=2.1820194$ Critical t=1.9954774 Df=67.9840000 Power (1-β err prob)= 0.5758214 	
---	--

Quadro 17 - Cálculo do Tamanho da Amostra para uma Potência de 0,8 e $\alpha= 0,05$: Distribuições, Protocolo e Poder das Análises

<p>[4] -- Friday, February 07, 2025 -- 09:38:53</p> <p>t tests - Means: Wilcoxon-Mann-Whitney test (two groups)</p> <p>Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> A.R.E. method <p>Analysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> A priori: Compute required sample size <p>Input:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tail(s)=Two Parent distribution= min ARE Effect size d= 0.5335452 α err prob= 0.05 Power (1-β err prob)= 0.8 Allocation ratio N2/N1= 0.65306 <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> Noncentrality parameter $\delta= 2.8298436$ Critical t= 1.9807156 Df= 115.504 Sample size group 1= 82 Sample size group 2= 54 Total sample size= 136 Actual power= 0.8013017
--

Para testar a Hipótese “H2 – Os níveis de conhecimento dos jovens diferem de acordo com o género, nos momentos pré e pós-intervenção em sessões de educação para a saúde sobre ISTs e Contraceção”, verificou-se inicialmente os pressupostos para aplicação do teste a usar. Os resultados são apresentados no quadro 16. Trata-se de duas amostras independentes pelo que se testa a hipótese de os dados provirem, ou não, de populações normalmente distribuídas. Para isso analisou-se a forma de distribuição, através do cálculo do coeficiente de assimetria e do coeficiente de achatamento. No momento pré-intervenção, verificou-se que as pontuações obtidas na amostra têm uma distribuição assimétrica (Quociente de Assimetria= - 2,08), a curva é mesocúrtica (Quociente de achatamento = 0,99) e existe um *outlier* moderado inferior na amostra Feminina. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, com a correção de *Lilliefors*, também indica que os dados se afastam da distribuição normal (KS= 0,162, g.l. 49; p= 0,003). Na amostra Masculina também se verificou uma distribuição assimétrica e mesocúrtica (Quociente de Assimetria= 2,03; Quociente de achatamento = -0,17) e existe 1 *outlier* moderado inferior. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* também confirma a não normalidade da distribuição (KS= 0,203, g.l. 32; p= 0,002). No momento pós-intervenção a distribuição é assimétrica e mesocúrtica na amostra Feminina (Quociente de Assimetria= -2,84; Quociente de achatamento = 1,41), não existem *outliers* mas a distribuição viola o pressuposto da normalidade (KS= 0,174, g.l. 49; p= 0,001). A amostra masculina tem distribuição simétrica e mesocúrtica (Quociente de Assimetria= -0,82; Quociente de achatamento = -0,14), não tem *outliers* e o teste de *Kolmogorov-Smirnov* afasta-se da normalidade (KS= 0,170, g.l. 32; p= 0,020). Optou-se por utilizar o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney* para testar a hipótese nos dois momentos de avaliação dos conhecimentos.

No momento pré-intervenção embora as medianas sejam iguais entre raparigas (Mdn= 60,00; AIQ= 15,71) e rapazes (Mdn= 60,00; AIQ= 16,43), a amplitude é diferente, com as raparigas a apresentarem as melhores, mas também as piores pontuações nos conhecimentos sobre contraceção (ver Gráfico 3). Ainda assim, em termos médios as raparigas apresentam pontuações ligeiramente superiores (\bar{x} = 59,77 ± 10,96) aos rapazes (\bar{x} = 57,14 ± 10,34). O teste de *Mann-Whitney* não identificou diferenças significativas nos conhecimentos acerca da contraceção no momento pré-intervenção entre os géneros (U = 671,000, Z = -1,098, p = 0,272). Ainda assim, verifica-se que a ordenação média é superior nas raparigas (ver Gráfico 3).

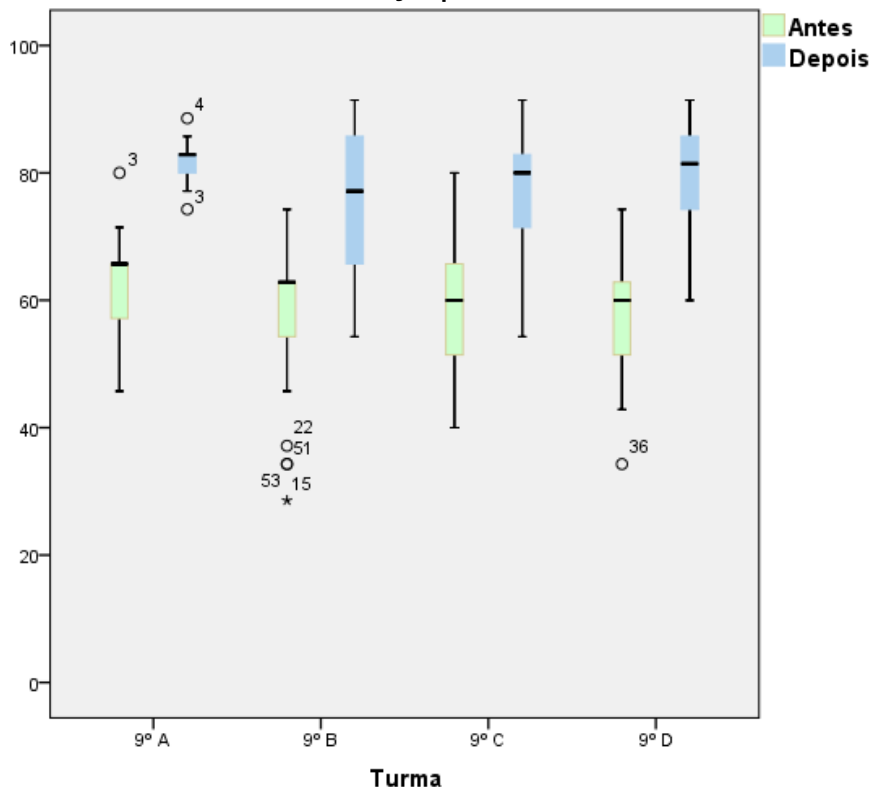
No momento pós-intervenção as raparigas (Mdn= 82,86; AIQ= 11,43) apresentaram valores medianos superiores aos rapazes (Mdn= 78,57; AIQ= 16,43), embora a amplitude seja igual entre os géneros (Ver Gráfico 4). As pontuações médias foram superiores nas raparigas (\bar{x} = 80,23 \pm 8,35) relativamente aos rapazes (\bar{x} = 75,18 \pm 10,99). Na comparação das ordenações médias entre o género e os conhecimentos sobre contraceção após-intervenção, verifica-se que existem evidências estatísticas suficientes para se afirmar que os conhecimentos sejam diferentes consoante o Género (U = 565,000, Z = -2,128, p = 0,033). De fato, as médias das ordenações são superiores nas raparigas (45,47) quando comparadas com as dos rapazes (34,16). O cálculo do tamanho de efeito foi realizado com uma abordagem combinada, para uma compreensão mais completa e precisa da interpretação da sua magnitude. Utilizou-se o *G*Power* para o cálculo do tamanho de efeito para a família d e medida de efeito baseada no score z para a família r. Verifica-se que a magnitude do efeito foi média ($d_z = 0,53$; $\alpha = 0,05$; $\pi (1 - \beta) = 0,58$) avaliada para a família d (Ver gráfico 5) e pequena para a família r (r = 0,24) de acordo com a classificação de Cohen (1988). A inferência destes resultados deve ser feita com muita atenção, pois com este tamanho de amostra a potência do teste é muito baixa e a curva da função potência muito larga. Para que o poder do teste fosse de pelo menos 80%, a estimativa de amostra adequada teria que incluir 136 elementos, em quadro 17, para confirmar o efeito da diferença estatística encontrada nos testes aplicados.

Conclui-se, assim, que o género não influencia significativamente os conhecimentos acerca das ISTs e contraceção dos jovens no momento pré-intervenção, mas exerce uma pequena influência no momento pós-intervenção. Isto é, a intervenção educacional sobre ISTs e contraceção teve um efeito ligeiramente superior nas raparigas do que os rapazes.

Quadro 18 – Medidas Descritivas e Teste *Kruskal-Wallis* dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos (Pré e Pós - Intervenção) de Jovens-Adultos sobre Contraceção por Turma

Turma	Pré-Intervenção				Pós-Intervenção			
	Descritivas		Kruskal-Wallis		Descritivas		Kruskal-Wallis	
	N	MR _k	X ²	Sig.	N	MR _k	X ²	Sig.
Turma A	9	49,89	1,817	0,611	9	48,22	2,267	0,519
Turma B	25	40,56			25	36,78		
Turma C	21	41,69			21	39,10		
Turma D	26	37,79			26	44,10		

Gráfico 6 - Extremos e Quartis dos Scores Totais (%) da Escala de Avaliação de Conhecimentos (Pré e Pós - Intervenção) de Jovens-Adultos sobre Contraceção por Turma



No teste à Hipótese “H3 – Os conhecimentos dos Jovens variam de acordo com a turma a que pertencem, antes e após participarem nas sessões de educação para a saúde sobre Contraceção e ISTs”, iniciou-se pelo estudo dos pré-requisitos para decidir qual o teste aplicar. Trata-se de quatro amostras independente, pelo que testamos a hipótese de os dados seguirem ou não uma distribuição aproximada à normal. No momento pré-intervenção, verificou-se que as amostras da Turmas A, C e D seguem uma distribuição normal, com distribuição simétrica, há apenas 2 *outliers* moderados e o teste de *Shapiro-Wilk* apresenta p-valores > 0,05. Já a amostra da turma B apresenta uma distribuição assimétrica (Quociente de Assimetria= - 2,45), a curva é mesocúrtica (Quociente de achatamento = -1,38) e tem 4 *outliers* inferiores um deles extremo. O teste de *Shapiro-Wilk* (SW= 0,849; p= 0,002), confirma a violação do pressuposto da normalidade. No momento pós-intervenção verifica-se que todas as amostras têm uma distribuição simétrica, as curvas são mesocúrticas e há apenas 2 *outliers* na amostra da turma A. O teste de *Shapiro-Wilk* confirma a normalidade da distribuição em todas as amostras, com exceção da Turma B (SW= 0,849; p= 0,047) que se afasta ligeiramente da distribuição normal dos dados. Com base nestas análises, optou-se por utilizar a estatística não paramétrica para o teste das hipóteses nos momentos pré e pós-intervenção.

O quadro 18 e o Gráfico 6 resumem a estatística descritiva dos momentos pré e pós-intervenção nas 4 Turmas, bem como os resultados do Teste de *Kruskal-Wallis* para comparar as diferenças nas suas médias.

Os resultados obtidos não evidenciam, do ponto de vista estatístico, diferenças suficientes para afirmar que quer no momento pré-intervenção ($X^2= 1,817$; $p= 0,611$), quer no momento pós-intervenção ($X^2= 2,267$; $p= 0,519$), os conhecimentos sejam significativamente influenciados pela Turma a que pertencem os jovens de onde foram retiradas estas amostras. Apesar da média das ordenações ser superior, nos dois momentos estudados, nos jovens da Turma A, essa diferença não foi significativamente estatística, quando comparada com as outras 3 Turmas. A Turma B foi onde se verificou um efeito mais baixo da intervenção sobre ISTs e contraceção.

Do ponto de vista da análise qualitativa das sessões, em todas as turmas o comportamento e a receptividade dos alunos e professores face a esta intervenção foram bastante positivos, refletindo um elevado nível de interesse e envolvimento. O *feedback* obtido destacou a pertinência e a clareza das informações transmitidas, bem como a abordagem interativa das sessões, que facilitou a participação ativa dos alunos. Durante as sessões, os alunos mostraram-se motivados e participativos, oferecendo-se voluntariamente para ler e intervir, comunicando de forma correta e, na maioria das vezes, mantendo-se atentos e em silêncio. A interação entre alunos e professores foi igualmente positiva, contribuindo para um ambiente de aprendizagem dinâmico e enriquecedor. A aplicação da Escala de Avaliação de Conhecimentos antes e após as sessões evidenciou um progresso significativo no conhecimento dos temas abordados, reforçando a eficácia da intervenção. Imagens das sessões em ANEXO VII.

4.4. DISCUSSÃO

Antes da intervenção, 21% dos jovens tinham fraco conhecimento sobre contraceção, a maioria (76,5%) possuía conhecimentos moderados, apenas 2,5% tinham bons conhecimentos e nenhum apresentava muito bons conhecimentos. Após a intervenção, nenhum jovem teve baixo conhecimento. 65,4% dos jovens atingiram bons conhecimentos e 34,6% apresentaram conhecimentos médios. 8,6% passaram a ter conhecimentos de nível muito bom. Verificou-se que 88,9% dos alunos aumentaram conhecimentos no segundo momento da aplicação da escala, superando um dos objetivos do projeto que era aumentar em pelo menos 50% dos alunos os seus conhecimentos no momento pós intervenção.

As pontuações médias aumentaram de 58,73% para 78,24%, com um aumento de conhecimento de 19,51%. A análise de normalidade indicou que os dados tinham distribuição normal. O teste t para amostras emparelhadas confirmou que houve uma diferença estatisticamente significativa nas pontuações médias ($p < 0,001$), com um tamanho de efeito grande ($d_z = 1,66$). No momento pré-intervenção, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($p = 0,272$). No pós-intervenção, as raparigas apresentaram uma ligeira superioridade nas pontuações médias ($p = 0,033$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos de acordo com a turma, antes e após a intervenção ($p > 0,05$).

Este projeto demonstrou uma melhoria significativa nos conhecimentos sobre contraceção, o que é consistente com os resultados de outras pesquisas que avaliaram programas educativos. Bastos et al. (2022) concluíram que o uso de plataformas digitais para educação sobre ISTs aumentou o conhecimento e incentivou a autonomia dos jovens, similar ao aumento de conhecimento demonstrado neste projeto. Mbongueh et al. (2023) também demonstraram uma melhoria significativa no conhecimento sobre saúde reprodutiva em adolescentes após intervenções educativas.

Goldfarb & Lieberman (2020) defendem o ensino da sexualidade desde o jardim de infância até ao 12º ano, com programas de educação sexual estruturados, com uma abordagem de justiça social, sendo mais eficazes para aumentar o conhecimento. A saúde física e emocional está relacionada com o desempenho escolar e as crianças pequenas podem desenvolver conhecimentos e habilidades de proteção em situações de abuso e em situações perigosas sem aumentar a sua ansiedade. Os resultados do projeto apresentados convergem para a importância da educação para a saúde sexual e reprodutiva na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e na promoção do uso de métodos contraceptivos. Ambos enfatizam a vulnerabilidade dos adolescentes a comportamentos de risco e destacam a necessidade de intervenções educativas eficazes para aumentar o conhecimento e a adoção de práticas seguras. O impacto da Intervenção Educativa no Conhecimento sobre ISTs e Contraceção, verificado através dos resultados, demonstrou um aumento significativo na pontuação da Escala de Avaliação de Conhecimentos sobre Contraceção após a intervenção, com um crescimento médio de 19,51%, refletindo uma elevação dos níveis de conhecimento. Este resultado é consistente com estudos internacionais que demonstram a eficácia de programas educativos interativos na melhoria do conhecimento e na redução de comportamentos de risco Couto et al. (2023).

A literatura reforça a importância de abordagens interativas, como jogos digitais, dramatização e metodologias dialógicas, para maximizar o impacto das intervenções educativas. O estudo de Widman (2021) sobre o programa "Heart for Teens" destaca a relevância de módulos que englobam motivação, normas sexuais e comunicação para a promoção do uso do preservativo. O estudo de Neelan et al. (2023) revelou que intervenções com demonstrações de preservativos tiveram um impacto positivo no conhecimento dos jovens sobre práticas seguras de sexo. Essa abordagem é refletida no projeto "Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra", que incorporou atividades interativas, como jogos *online* e simulação da colocação de preservativos, resultando num envolvimento positivo dos alunos e na melhoria dos conhecimentos.

Este projeto utilizou sessões de educação para a saúde sobre ISTs e contraceção como intervenção eficaz, como observado nos estudos de Scull et al. (2022), que demonstraram que programas digitais de educação sexual melhoram o conhecimento e a comunicação sexual dos jovens. Praxedes, Queiroz e Vieira (2020) também destacam a eficácia de métodos interativos, como jogos, para promover a educação sexual e aumentar o conhecimento sobre contraceção, o que pode ser paralelo às melhorias observadas nos resultados pós-intervenção.

Neste estudo, verificaram-se diferenças de género na aquisição de conhecimento, especialmente pós-intervenção, com as raparigas a apresentarem uma média de pontuação ligeiramente superior à dos rapazes no momento pós-intervenção (80,23% vs. 75,18%). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,033$), sugerindo que as raparigas podem ter maior interesse ou facilidade em adquirir informações sobre ISTs e contraceção. Essa tendência também é observada em estudos internacionais, que relatam maior interesse feminino nas atividades educativas sobre saúde sexual. Widman et al. (2021) também sugerem que as raparigas aumentam o seu conhecimento depois de sessões sobre educação sexual, especialmente em relação ao aumento do conhecimento e à prática de comportamentos protetores.

Alekhyia et al. (2023) e Hirvonen et al. (2021) observaram que diferentes características demográficas (idade, género, contexto escolar) podem influenciar os resultados das intervenções. Neste estudo, também existem diferenças, como idades e turmas, mas sem impacto significativo, o que sugere que o modelo de intervenção foi mais universal do que outros estudos que se focaram em características demográficas mais específicas.

A grande magnitude do efeito observada neste projeto é um ponto importante, pois indica que a intervenção teve um impacto substancial. Isso é corroborado por outros estudos que concluem que intervenções digitais e educativas podem ter um impacto significativo no conhecimento dos jovens sobre saúde sexual e reprodutiva.

A bibliografia consultada enfatiza os desafios das ISTs entre os adolescentes e a necessidade de medidas preventivas. Destaca também a elevada taxa de adolescentes que não usam preservativo na última relação sexual (34%, HBSC, 2018) e os dados alarmantes sobre a incidência de VIH e SIDA e outras ISTs em Portugal. Os resultados do presente projeto não fornecem dados sobre mudança de comportamento em termos de prevenção de ISTs, ao contrário de estudos de longa duração que mostram que intervenções educativas podem reduzir práticas de risco, como consumo de álcool ou drogas antes do sexo e violência no namoro (Rasberry et al., 2022).

Tanto a literatura consultada como o projeto realizado convergem na importância da educação para a saúde sexual na promoção de comportamentos mais seguros e no aumento do conhecimento sobre contraceção. Os resultados e dados deste projeto confirmam a eficácia de intervenções educativas em contexto escolar, indo ao encontro da bibliografia consultada que destaca a necessidade de programas educativos estruturados e interativos. Scull et al. (2022) destacam que métodos educativos interativos, como programas digitais ou sessões presenciais com abordagem participativa, têm sido eficazes para aumentar o conhecimento sobre saúde sexual. Neste projeto, a combinação de estratégias educativas baseadas em evidências e a avaliação do impacto das intervenções são essenciais para combater as altas taxas de ISTs e promover uma vida sexual mais segura entre os adolescentes. A intervenção levou a um aumento considerável no conhecimento sobre contraceção, portanto, tanto a pesquisa empírica como os dados do projeto sublinham a importância de programas educativos estruturados e interativos, que, ao melhorar o conhecimento sobre contraceção, ajudam a promover uma sexualidade mais segura entre os adolescentes.

4.5. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que a intervenção educativa teve um impacto significativo no aumento do conhecimento sobre infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contraceção entre os alunos do 9.º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra. A melhoria observada nas pontuações médias, de 58,73% para 78,24%, refletiu um crescimento de 19,51% no conhecimento, com 88,9% dos alunos a apresentarem aumento de conhecimento no momento pós-intervenção.

Nenhum aluno permaneceu com baixo conhecimento após a intervenção, e 65,4% atingiram bons conhecimentos, enquanto 8,6% alcançaram um nível muito bom. A análise estatística confirmou que a diferença nas pontuações médias foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com um tamanho de efeito elevado ($d_z = 1,66$).

A diferença entre géneros mostrou que as raparigas apresentaram uma ligeira superioridade nas pontuações médias após a intervenção (80,23% vs. 75,18%, $p = 0,033$). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre as turmas, sugerindo que a intervenção teve um efeito uniforme.

Os resultados estão alinhados com a literatura, que destaca a importância da educação para a saúde sexual na prevenção de ISTs e na promoção de comportamentos sexuais seguros. A implementação de métodos interativos e programas estruturados mostrou-se eficaz, corroborando com os estudos da revisão da literatura realizada, que apontam para a necessidade de intervenções educativas no contexto escolar.

O feedback da intervenção em educação para a saúde sobre ISTs e contraceção foi muito positivo, com alunos e professores a demonstrar elevado interesse e envolvimento. A abordagem interativa facilitou a participação ativa dos alunos, que se mostraram motivados, comunicativos e atentos. A interação entre alunos e professores contribuiu para um ambiente dinâmico e enriquecedor. Além disso, a aplicação da Escala de Avaliação de Conhecimentos antes e depois das sessões revelou um progresso significativo, evidenciando a eficácia da intervenção.

4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Os profissionais de saúde devem dinamizar sessões de educação para a saúde sobre ISTs e contraceção na adolescência, os resultados deste projeto reforçam a importância da educação sexual abrangente o mais precoce possível, destacando a necessidade de programas estruturados e de longa duração para que se possam obter dados não só de conhecimentos, mas também comportamentais. O uso de abordagens interativas, como demonstrações de preservativos e jogos educativos, pode melhorar a adesão e compreensão. Os resultados sugerem que as raparigas têm maior interesse ou facilidade na aquisição de conhecimento sobre ISTs e contraceção. Assim, estratégias específicas para os rapazes podem ser necessárias para melhorar a adesão. O aconselhamento em saúde sexual deve considerar diferenças de género e estilos de aprendizagem para aumentar a efetividade das intervenções. O sucesso do projeto sugere que métodos educativos digitais e jogos

educativos podem ser incorporados na prática clínica para reforçar o conhecimento dos adolescentes. Aplicações de educação sexual podem ser recomendadas para complementar informações adquiridas nas sessões de educação para a saúde. O aumento do conhecimento observado deve ser sustentado ao longo do tempo. Programas e reforço educacional devem ser considerados em contexto escolar. Parcerias entre unidades de saúde e escolas fortalecem a educação sexual de forma contínua, com resultado positivo na prevenção de ISTs. A melhoria no conhecimento pode contribuir para a redução de comportamentos de risco, como o não uso de preservativo. Campanhas de sensibilização sobre a importância da prevenção de ISTs devem ser reforçadas em contextos de saúde pública. A intervenção educativa mostrou ser uma ferramenta eficaz para aumentar o conhecimento sobre ISTs e contraceção entre adolescentes. A transposição dessas estratégias para a prática clínica pode reforçar a prevenção de ISTs e melhorar a qualidade da educação sexual em contexto escolar local, regional e nacional. A aceitação positiva dos professores e alunos sugere que a inclusão deste projeto no plano escolar dos alunos do 9º ano pode ampliar os benefícios da educação sexual nas escolas.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

A elaboração deste relatório permitiu o desenvolvimento de competências de análise crítica e reflexiva que conduziram ao meu enriquecimento profissional e pessoal. Através do cumprimento dos objetivos delineados inicialmente com a elaboração e implementação do projeto segundo a metodologia do planeamento em saúde e seguindo o modelo de Dahlgren & Whitehead (1991) intitulado “Conhecimento sobre ISTs dos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra”, que se traduziu na produção de conhecimento e eficácia e através da reflexão e análise crítica da prática clínica e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) desenvolvidas e adquiridas no estágio.

O estágio permitiu-me a aplicação de conhecimentos teóricos em situações reais, reforçando a importância do enfermeiro de EESCSP, como um elemento fundamental na rede de cuidados primários e na saúde comunitária. Proporcionou-me uma visão clara dos desafios atuais que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) enfrenta, nomeadamente no que diz respeito à gestão de recursos, à acessibilidade dos serviços e à resposta às necessidades em saúde da população.

O envolvimento em atividades de planeamento em saúde e a elaboração do projeto de intervenção comunitária, evidenciou a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar e da articulação com diferentes agentes de saúde. Através da análise das necessidades da comunidade e da implementação de estratégias focadas na prevenção, reforcei ainda mais a minha convicção de que a enfermagem de saúde pública desempenha um papel crucial na construção de comunidades mais saudáveis, com uma ênfase na educação e empoderamento da comunidade.

O presente relatório reflete o resultado significativo da intervenção educativa sobre infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contraceção entre os alunos do 9.º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra. A análise dos resultados confirmou um aumento substancial no conhecimento dos alunos, com uma melhoria média de 19,51% nas pontuações e 88,9% dos participantes apresentando progressos significativos no momento pós-intervenção. A inexistência de alunos com baixo conhecimento após a intervenção e o aumento do número de estudantes com bons e muito bons conhecimentos reforçam a eficácia da metodologia utilizada.

A intervenção demonstrou a importância da educação sexual estruturada e interativa, alinhando-se com estudos científicos que apontam para a necessidade de abordagens dinâmicas e participativas para maximizar o impacto do ensino sobre saúde sexual. Além disso, a diferença estatisticamente significativa entre géneros sugere a necessidade de estratégias específicas para aumentar a adesão e o envolvimento de todos os alunos.

Apesar dos desafios enfrentados ao longo do estágio, como a inexperiência inicial, as dificuldades na estruturação do trabalho, a sobrecarga de tarefas, a morosidade no processo de autorização da DGE, o elevado nível burocrático e, ainda a dificuldade em encontrar uma escala adequada ao meu projeto de intervenção comunitária, pelo que se sugere a execução/validação de mais escalas para a população portuguesa dentro desta temática. Todos estes obstáculos foram ultrapassados com a ajuda das enfermeiras tutoras e da professora orientadora.

Como aspetos positivos deste estágio destaco a disponibilidade e apoio das enfermeiras Tutoras Fátima Gomes e Marisol Simões e da Professora Orientadora Eva Menino que sempre se mostraram elementos facilitadores neste processo de aprendizagem. Não descorando, destaco também, toda a equipa de profissionais da USP “A” e da UCC “B” que sempre demonstraram total disponibilidade e foram fundamentais para a superação de obstáculos.

Por fim, conclui-se que o mestrado contribuiu não só para o desenvolvimento das competências técnicas e científicas, mas também para o fortalecimento e reflexão profunda sobre o papel do enfermeiro no contexto atual, promovendo um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a defesa da equidade em saúde. A experiência prática deste estágio reforça a necessidade de consolidar o ensino da saúde sexual e reprodutiva desde a adolescência, destacando a importância da continuidade de projetos educativos em contexto escolar. A implementação de estratégias interativas, o uso de ferramentas digitais e a colaboração entre unidades de saúde e instituições de ensino podem contribuir para a manutenção e ampliação dos benefícios observados. Este projeto não só proporcionou ganhos significativos no conhecimento dos alunos sobre ISTs e contraceção, como também evidenciou a relevância da educação sexual para a promoção de comportamentos seguros e saudáveis. Desta forma, recomenda-se a integração de programas semelhantes no plano de saúde escolar, garantindo um impacto duradouro na saúde pública e na qualidade de vida dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alekhyia, G., Parida, S. P., Giri, P. P., Begum, J., Patra, S., & Sahu, D. P. (2023). Effectiveness of school-based sexual and reproductive health education among adolescent girls in urban areas of Odisha, India: A cluster randomized trial. *Reproductive Health*, 20(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01643-7>
- Andres, E. B., Choi, E. P. H., Fung, A. W. C., Lau, K. W. C., Ng, N. H. T., Yeung, M., & Johnston, J. M. (2021). Comprehensive sexuality education in Hong Kong: Study protocol for process and outcome evaluation. *BMC Public Health*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10856-8>
- APF. (2020). Infecções Sexualmente Transmissíveis. Obtido em 19 de março de 2024, de Associação para o Planeamento da Família: <https://apf.pt/informacao-tematica/infecoes-sexualmente-transmissiveis/>
- Bastos, I. B., Silva, I. A. B., Araújo, T. M. S., Cavalcante, A. S. P., Carvalho, R. E. F. L. de, & Vasconcelos, M. I. O. (2022). Ambiente virtual de aprendizagem para ensino de adolescentes escolares sobre infecções sexualmente transmissíveis. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 16, e252529. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252529>
- Benton, A. D., Nason, E., Lewis, C., Vinklerek, A., & Santana, A. (2022). Dose matters in evaluation of a school-based adolescent sexual health education program. *Journal of School Health*, 92(8), 815–821. <https://doi.org/10.1111/josh.13158>
- Beresniak, A., & Duro, G. (1999). *Economia da saúde*. Climepsi Editores.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Unidade Local de Saúde de Coimbra. Obtido em 10 de junho de 2024 de: <https://www.chuc.min-saude.pt/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Chorny, A., Kuschnir, R., & Taveira, M. (2008). *Planejamento e programação em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentospeessoais/documento-pessoal_12465.pdf
- Couto, G. R., Oliveira, I. de J., Fernandes, C. S., & Mark, K. (2023). Methodologies of sexual health education intervention for high school students' knowledge and attitudes: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 10(2), 86-98. <https://doi.org/10.18502/npt.v10i2.12830>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- Dahlgren, D. & Whitehead, M. (2008). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em: <https://www.eurowho.int/>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, n.º 38/2008, Série I, de 2008-02-22. Acedido a 8 de novembro de 2024. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/229499/decreto-lei-28-2008-de-22-de-fevereiro>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. *Diário da República*, n.º 150/2022, Série I, pp. 5-52. Acedido a 10 junho 2010. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril. *Diário da República*, n.º 65/2009, Série I. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009>
- Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. *Diário da República*, n.º 65/2009, Série I. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/82-2009-603229>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*, Série I-A (109), 3856-3865. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 102-B/2020 de 9 de dezembro. (2020). *Diário da República*. Acedido a 30 de outubro de 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2020/12/23802/0000200220.pdf>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, n.º 215/2023, Série I, pp. 4-20. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

- Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro do Ministério da Saúde. (2013). Artigo 12º - Unidade de saúde pública, Diário da República: 1ª série, nº193. Acedido a 17 de maio de 2024. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Diário da República, 1ª série, n.º 193, Artigo 12º - Unidade de saúde pública. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Decreto-Lei n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: 2ª série, nº26. Acedido a 14 de maio de 2024. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Decreto-Lei n.º 140/2019, de 18 de setembro. Diário da República, n.º 179/2019, Série I. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/140-2019-124793102>
- Decreto-Lei n.º 184/2019 de 25 de setembro. Diário da República. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/legislacao/184-2019-124972060>
- Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro. (2012). Aprovação da orgânica da Direcção-Geral da Saúde. Diário da República, Série I(19), 480–482. Acedido a 21 de maio de 2024. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/decregul/14/2012/01/26/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 10143/2009, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 135. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Despacho n.º 1696/2018, de 19 de fevereiro. Diário da República, n.º 35/2018, Série II, pp. 5433-5434. Acedido a 10 junho 2024. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1696-2018-114706563>
- DGE. (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Direcção Geral da Educação, Ministério da Educação e Ciência, Lisboa. Acedido a 14 de junho de 2024. Disponível em <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- DGE. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Ministério da Educação, Direcção Geral da Educação, Lisboa. Obtido em 14 de junho de 2024, de <https://dge.mec.pt/noticias/educacao-saude/referencial-de-educacao-para-saude>
- DGS. (2015). Programa Nacional Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 13 de junho de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.26/46036>
- DGS. (2017). Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s. Direcção Geral da Saúde. Obtido em 10 de junho de 2024, de https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- DGS. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030. Direcção Geral da Saúde. Obtido em 6 de abril de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-literaciaem-saude-e-ciencias-do-comportamento-2023-2030-apresentado-em-mafra.aspx>
- DGS & INSA. (2023). Infecção por VIH em Portugal - 2023. (Direcção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Edits.) Obtido em 14 de junho de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.18/8786>
- Direcção Geral de Saúde. (2016). Norma 006/2016 – Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Atualizada a 24/03/2023. Obtida em 21 de maio de 2024, de https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-006-2016-atualizada-em24_03_2023.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2018). Norma 015/2018: Rastreio visual infantil. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde. (2020). Norma 018/2020 - Programa Nacional de Vacinação 2020. Obtida em 21 de maio de 2024, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2022). Norma 004/2022 de 31/05/2022 atualizada a 15/09/2022 - Abordagem de casos de infecção humana por vírus Monkeypox (VMPX). Obtido em 21 de maio de 2024, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma 006/2022 de 12/07/2022 atualizada a 07/11/2022 - Vacinação contra infeção humana por vírus Monkeypox. Obtido em 21 de maio de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-n-0062022-de-07122022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Obtido de https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Estratégia Municipal de Saúde. *Perfil Municipal de Saúde Coimbra 2020*. Obtido em 10 de junho de 2024 de: <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/saude/estrategia-municipal-de-saude/perfil-municipal-de-saude-de-coimbra-2020>
- Fonseca, J., & Colares, G. (2021). Infecções sexualmente transmissíveis nos adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(4), 97. <https://doi.org/10.51161/remss/2854>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata. (2021). *Censos de 2021*. Obtido de: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-lisboa-1288>
- Goldfarb, E. S., & Lieberman, L. D. (2020). Three decades of research: The case for comprehensive sex education. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 13–27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>
- Haruna, H., Hu, X., Chu, S. K. W., & Mellecker, R. R. (2019). Initial validation of the MAKE framework: A comprehensive instrument for evaluating the efficacy of game-based learning and gamification in adolescent sexual health literacy. *Annals of Global Health*, 85(1), 19. <https://doi.org/10.5334/aogh.1110>
- HBSC/OMS. (2018). *Health Behaviour in School-aged Children*. Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana. Obtido em 14 de junho de 2024, de <http://www.hbsc.org/membership/countries/portugal.html>
- Hirvonen, M., Purcell, C., Elliott, L., Bailey, J. V., Simpson, S. A., McDaid, L., Moore, L., Mitchell, K. R., & The STASH Study Team. (2021). Peer-to-peer sharing of social media messages on sexual health in a school-based intervention: Opportunities and challenges identified in the STASH feasibility trial. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10856-8>
- INSA. (2017). *Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Obtido em 19 de março de 2024, de https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2021-12/Inqu%C3%A9rito%20Serol%C3%B3gico%202015_2016_IST.pdf
- Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. (2011-2016). *Políticas Públicas Saudáveis: Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Coordenador: Paulo Ferrinho. Investigadora de projeto: Inês Rego. Obtido de: <https://pns.dgs.pt/files/2010/09/PPS1.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Estatísticas do ambiente 2020* [Relatório]. Obtido de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280813687&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Politécnico de Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Leiria: Conselho técnico-científico - ESSLei. Obtido em 18 de outubro de 2023, de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Kotler, P. (2003). *Marketing de A a Z*. Editora Campus.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2012). *Administração de Marketing* (14ª ed.). Prentice Hall.
- Lei n.º 95/2019, Sistema Nacional de Saúde (SNS). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2061051/Pages/default.aspx>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, Série I (181). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Leite, P. L., Torres, F. A. F., Pereira, L. M., Bezerra, A. M., Machado, L. D. S., & Silva, M. R. F. da. (2022). Construção e validação de podcast para educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30(spe), e3706. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6263.3706>
- Lima, L. V. de, Pavinati, G., Santi, D. B., Labegalini, C. M. G., Baldissera, V. D. A., & Gil, N. L. de M. (2022). Práticas educativas para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis na adolescência: uma revisão realista. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 14, e11755. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11755>

- Ma, X., Yang, Y., Chow, K. M., & Zang, Y. (2021). Chinese adolescents' sexual and reproductive health education: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103887. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103887>
- Macounová, P., Tomášková, H., Šnajdrová, A., Stanovská, M., Polochová, M., Tomášek, I., & Maďar, R. (2021). Education of adolescents in the prevention of HIV/AIDS in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6148. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116148>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Mbongueh, M. C., Gisèle, E. L., & Clément, A. N. J. (2024). The effects of education intervention on the knowledge of some reproductive health issues amongst secondary school students in Douala IV Municipality, Cameroon. *African Journal of Reproductive Health*, 28(3), 92. <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i3.10>
- Ministério da Saúde. (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2061051/Pages/default.aspx>
- Neelan, T., Knab, J., Forrester, E. J., Chesnut, K., Kelly, K., & Zief, S. (2023). The impact of brief interventions with condom demonstrations on youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 73(5), 801–812. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.06.020>
- Nelas, A., Nascimento, F. B., Lopes Saraiva, I., Pacheco, I. L., Gama, M. J. C., Fernandes, M. A., & Ferreira, T. S. (2023). *Conhecimentos dos jovens-adultos sobre contraceção* [Monografia de 4º ano, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal].
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE* (Versão 2.0). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 13 de junho de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária. Obtido em 27 de outubro de 2023, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadececomun_sfamiliaresp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, setembro 25). *Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 743/2019*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OPAS & OMS. (2019). *A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infeções sexualmente transmissíveis curáveis*. Obtido em 14 de junho de 2024, de <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis>
- Orlando, G., Campaniello, M., Iatosti, S., & Grisdale, P. J. (2019). Impact of training conferences on high-school students' knowledge of sexually transmitted infections (STIs). *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(2), E76–E83. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.2.1072>
- OPAS & OMS. (2019). *A cada passo conta - Estratégias da OMS de promoção da saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde. Obtido em 13 de junho de 2024, de <https://www.paho.org/pt/documentos/estrategias-da-oms-promoção-saúde-pdf>
- Pais Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde* (2ª ed.). Legis Editora.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson Education, Inc.
- Pereira, A. (2006). *SPSS: Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Edições Sílabo.
- Perfil de Saúde da Unidade Local de Saúde de Coimbra. (2024). *Perfil Saúde da ULS Coimbra | 2024*. Obtido em 18 de maio de 2024, de https://intranet.chuc.min-saude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4nw94y6wa452n7yrdd5d614hw4/2028-2024-perfil_uls-coimbra.pdf
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Edições Sílabo.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute reviewer's manual (Capítulo 11). <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portugal, R., Nunes, A. B., & Andrade, C. (2016). *Manual Orientador dos planos locais de saúde*. Direção Geral da Saúde. Obtido em www.dgs.pt

- Praxedes, M. L. S., Queiroz, M. V. O., & Vieira, R. P. (2020). Effectiveness of an educational game on contraception with school adolescents: A quasi-experimental study. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(3), 1-9.
- Purcell, C., McDaid, L., Forsyth, R., Simpson, S. A., Elliott, L., Bailey, J. V., Moore, L., & Mitchell, K. R. (2023). A peer-led, school-based social network intervention for young people in the UK, promoting sexual health via social media and conversations with friends: Intervention development and optimisation of STASH. *BMC Public Health*, 23(1), 675. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15541-x>
- Raspberry, C. N., Young, E., Szucs, L. E., Murray, C., Sheremenko, G., Parker, J. T., Roberts, G., & Lesesne, C. A. (2022). Increases in student knowledge and protective behaviors following enhanced supports for sexual health education in a large, urban school district. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 588–597. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.015>
- Regulamento nº428/2018 de 16 de julho. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: 2ª série, nº135. Obtido em 14 de maio de 2024, de <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon Press.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (2ª ed.). Sage.
- Santos, O. G. (2011). *Noções introdutórias sobre o processo de planeamento*. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, Universidade de Évora. https://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoosIntrodutorias_28Jul11.pdf
- Scull, T. M., Dodson, C. V., Geller, J. G., Reeder, L. C., & Stump, K. N. (2022). A media literacy education approach to high school sexual health education: Immediate effects of Media Aware on adolescents' media, sexual health, and communication outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(4), 708–723. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01567-0>
- Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (2023). *Literacia em saúde*. <https://splsportugal.com/>
- Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.). Página principal. Consultado em 14 de maio de 2024, de <https://www.ulscoimbra.pt/https://www.chuc.min-saude.pt/>
- Washtenaw Community College. (2020). Windshield Survey Document. Obtido em 14 de março de 2024, de https://libguides.wccnet.edu/nur130/windshield_survey
- Widman, L., Kamke, K., Evans, R., Stewart, J. L., Choukas-Bradley, S., & Golin, C. E. (2019). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a brief online sexual health program for adolescents. *The Journal of Sex Research*, 57(2), 145–154. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1630800>

APÊNDICES

APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO DAS COORDENADORAS DA USP “A” E DA UCC “B”

Identificação do estudo clínico
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO: Conhecimento sobre IST's na comunidade escolar do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra.</p> <p>Promotor: Fátima Maria de Oliveira Gomes e Marisol dos Santos Castelo-Branco Nunes Simões</p> <p>Investigador(a) Principal: Cátia Solange Ferreira Simões</p> <p>Serviço/Unidade de Saúde Familiar: UCC Norton de Matos / Saúde Pública - CS Santa Clara - ULS de Coimbra</p>

<p>PARECER CIENTÍFICO (máximo de 1200 caracteres – Century Gothic 11): O projeto acima identificado é cientificamente relevante, contribuindo para avaliar a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre IST's na comunidade escolar do 9º ano de Coimbra.</p> <p>AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES DO CENTRO Confirmando o apoio institucional do centro de estudo à execução do projeto, informando que possui as condições de espaço físico, materiais e de recursos humanos necessários para a execução do projeto. Apresenta-se de seguida tabela dos recursos humanos do serviço/unidade afetos ao projeto, explicitando a quantidade de horas por mês dedicadas e o total de meses.</p>
--

Investigador	N.º mecanográfico	Horas mensais de dedicação ao projeto	Total de horas/meses dedicadas ao projecto
Cátia Solange Ferreira Simões (em estágio do 2º ano de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública no Instituto Politécnico de Leiria)		30H	300H; 10 meses

<p>AUTORIZAÇÃO Nome do(a) Diretor(a) do Serviço Hospitalar/Coordenador(a) de Unidade (Cuidados de Saúde Primários): Data: 6/11/2024 Assinatura: <i>Fernando Pinto da Silva</i></p>

APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA

22/03/25, 22:41

Gmail - Pedido de autorização para utilização da Escala de Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva



Cátia Simões <catia.sol21@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da Escala de Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva

paula nelas <pnelas@gmail.com>

3 de outubro de 2024 às 15:31

Para: Cátia Simões <catia.sol21@gmail.com>

Enfermeira Cátia,

Envio, em anexo, uma escala construída no âmbito da monografia de conclusão de curso.


Se quiser utilizar pode, fazendo referência a todas as autoras.

Qualquer dúvida, disponha

PN

[Citação oculta]

[Citação oculta]

 Escala de conhecimentos sobre contraceção em jovens adultos.docx
387K

APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO DA DGE

26/03/25, 14:25

Gmail - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 1484800001



Cátia Simões <catia.sol21@gmail.com>

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 1484800001

3 mensagens

mime.noreply@min-educ.pt <mime.noreply@min-educ.pt>
Para: **catia.sol21@gmail.com**

25 de novembro de 2024 às 09:09

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 1484800001, com a designação *Conhecimento sobre ISTs na comunidade escolar do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra*, registado em 15-11-2024, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Cátia Solange Ferreira Simões

Cumpra-nos informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é aprovado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Carlos Sousa

Diretor de Serviços

DGE

Observações:

a) A aplicação dos questionários fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamento de Escolas, com os encarregados de educação/representantes legais e com os estudantes a inquirir.

b) A Direção-Geral da Educação no âmbito do Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho de 2007 e conjugado com a atual legislação consolidada em matéria de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas / desenvolvimento de projetos e atividades / programas de intervenção / formação / sensibilização / capacitação / workshops, ateliers, em meio escolar, dadas a autonomia e competências da Escola não Agrupada/Agrupamentos de Escolas, nos domínios da orientação e organização pedagógica e planificação curricular, da gestão e planificação estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico, o Conselho Geral) melhor decidirão sobre estes casos de figura e subsequentes ações, porque competentes, autorizando-as de forma integrada, estas e também as de inquirição/avaliação/registo referentes ao projeto e intervenções subsequentes.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.dgeec.mec.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

APÊNDICE IV - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA ESCOLA



Lúcio Pratas <lucio.pratas@ebsqf.pt>

para mim, Beatriz, Marisol ▾

segunda, 13/01, 17:15



Cara Cátia Simões

Autorizo a intervenção para a realização do projeto de investigação intitulado “*Conhecimento sobre ISTs na comunidade escolar do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra*” nas turmas do 9º ano da EBSQF e que se rojeto integra no PES da UCC Norton de Matos.

Com estima

Lúcio Manuel F O Pratas

Diretor

(Escola Básica e Secundária Quinta das Flores)



APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Consentimento Informado

Exmo. Sr. Encarregado de Educação,

O meu nome é **Cátia Solange Ferreira Simões**, sou enfermeira no IPO de Coimbra, aluna do **Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Leiria**. Peço a colaboração no preenchimento de um **questionário** com Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção, **destinado aos estudantes do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra, no âmbito da minha tese de mestrado com intervenção comunitária, garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas, que se destina, exclusivamente, a fins de investigação científica.**

Este estudo tem como objetivos: realização de 3 sessões de educação para a saúde lideradas por 2 enfermeiros, de 45 minutos cada sessão. Aplicação de Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção. Adesão no mínimo de 70% dos alunos do 9ºano da Quinta das Flores. Aumentar o conhecimento sobre ISTs após realização das sessões em 50%.

Trata-se de um estudo com a finalidade de avaliar a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento sobre ISTs nos alunos do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra.

O estudante irá responder à Escala de Avaliação de Conhecimentos dos Jovens-Adultos sobre Contraceção antes da primeira sessão de educação para a saúde e imediatamente após a última intervenção.

Cada participante é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter que justificar a sua decisão e sem sofrer qualquer penalização. Cada participante ficará com uma cópia do consentimento informado que deve guardar. Se surgir alguma dúvida podem entrar em contacto comigo através do meu email: catia.sol21@gmail.com.

Isto não é um teste. As respostas vão ajudar a identificar a eficácia das sessões de educação para a saúde no conhecimento dos adolescentes sobre ISTs. As respostas são pessoais e anónimas. Obrigada pela Participação.

Cátia Solange Ferreira Simões aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto Politécnico de Leiria a realizar estágio na ULS de Coimbra.

.....
Eu, Encarregado de Educação do aluno _____,
nº _____ da Turma _____ **Concordo com a afirmação: “Concordo que compreendi as intenções deste estudo, e Autorizo o meu educando a participar voluntariamente e permito o uso das suas respostas para os fins referidos”.**

Data e local:

Assinatura do Encarregado de Educação _____:

APÊNDICE VI – CRONOGRAMAS USP

ATIVIDADES	LIMITE TEMPORAL												
	10 maio	14 maio	15 maio	17 maio	22 maio	23 maio	7 de junho	28 de maio a 7 de junho	5 e 14 junho	12 de junho a 20 de junho	17 junho	21 junho	setembro
Integração na USP da ULS de Coimbra. Criação de Fluxograma – articulação em meio hospitalar e cuidados de saúde primários em casos de suspeita de sarampo	X												
Elaboração do projeto de estágio	X	X	X	X									
Convocatória Rastreio Visual de crianças dos 2 e 4 anos		X											
Participação em reunião com enfermeiros da USP para elaboração de eixo estratégico para integração de plano estratégico da ULS de Coimbra. Participação na elaboração da ata e projeto sobre deteção de crianças elegíveis à vacinação da BCG.			X										
Participação em consulta do Viajante e vacinação.				X		X							
Entrega do projeto de estágio					X								
Avaliação intercalar – reunião online.						X							
Formação SINAVE							X						
Participação na criação dos eixos estratégicos da ULS Coimbra e Carteira de Serviços da ULS Coimbra								X					

Vacinação Monkeypox									X				
Vacinação BCG de acordo com deteção de criança elegível a vacinação (ainda sem casos detetados/agendados)									X				
Rastreio Visual crianças 2 e 4 anos										X			
Elaboração de diagnóstico de saúde							X	X	X				
Apresentação do diagnóstico à UCC do Centro de Saúde Norton de Matos													X
Elaboração do relatório de estágio							X	X	X				
Entrega do relatório de estágio											X		
Apresentação do relatório de estágio												X	
Participação no projeto "SOBE +"													X

ATIVIDADES	LIMITE TEMPORAL												
	2,3,9, 16,24 set.	12 Set.	13 Set.	16 Set.	23 Set.	1 Out.	2 Out.	3 Out.	7 Out.	9 Out.	14 Out.	15, 16 Out	18 Out.
Elaboração do projeto de intervenção comunitária	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Participação em consulta do Viajante e vacinação.	x		x					x				x	
Plano de Vacinação Sazonal/ Covid elaboração de ata de reunião + Informação ULS Coimbra		x											

Contabilização de Vacinas + Pedidos extraordinários de stocks			x										
Vacinação BCG de acordo com deteção de criança elegível a vacinação (ainda sem casos detetados/agendados)				x					x				
Reunião Vacinação Sazonal/Covid com direção executiva do SNS e reunião com direção de enfermagem da ULS Coimbra						x							
Vacinação Monkeypox							x						
Reunião com equipa da UCC Norton de Matos e apresentação do projeto									x				
Consulta de BI vacinas visão de Portugal Continental e elaboração de documento com dados estatísticos de vacinação sazonal/covid por concelho da ULS Coimbra até ao momento										x			
Reunião Escola Quinta das Flores e apresentação do projeto										x			
Rastreio Visual crianças 2 e 4 anos										x			
Entrega do relatório de estágio											x		
Apresentação do relatório de estágio											x		
Participação em Encontro Envelhecimento Protegido													x

APÊNDICE VII - ATA DA REUNIÃO SOBRE EIXOS ESTRATÉGICOS DA ULS DE COIMBRA

□

Título Registo da Reunião da Equipa de Enfermagem de Saúde Pública	N.º Reunião 3/2024
Responsável pelo Registo: Fátima Gomes.	

Data da reunião: 15/05/2024 local: Sede da USP do ACES BM – Sala de Reuniões da USP – Centro de Saúde de Santa Clara / presencial.
Início às 10:00 horas – Término às 13:00 Horas

Presenças

Presentes na Reunião: Fátima Gomes, Mário Silva, Margarida Simões, Graça Sousa, Cláudia Pinheiro, Rosa Afonso, Maria Rosário Agostinho, Sandra Henriques, Cátia Simões.

Ausentes com justificação: Paula Castelharo, Paula Rodrigues, Ana Luísa Brito, João Gentil.

Ordem de Trabalhos:

- Aprovação da ata de reunião de serviço de dia três de abril de dois mil e vinte e quatro;
- Apresentação de aluna de enfermagem de mestrado do **IPUSC**;
- Regresso da colega em mobilidade;
- Plano estratégico da ULS de Coimbra: Identificação de um objetivo estratégico e preenchimento do **mapa** enviado pelo Conselho de Administração.

Grupo Profissional Enfermagem	Assuntos tratados/Deliberações	Decisão tomada
1.	Leitura e aprovação da ata da Reunião de Enfermagem de 3/04/2024	Aprovada pelos presentes com exceção da enfermeira Sandra Henriques que não esteve presente no dia 03/04/2024.
2.	Apresentação de aluna de enfermagem de mestrado do IPUSC	A mestranda referiu as motivações que a levaram à escolha desta área de saber e manifestou disponibilidade em trabalhar com toda a equipa, contextualizou o seu percurso de trabalho até à data.
3.	Regresso da colega em mobilidade	Informação de regresso da enfermeira Paula Rodrigues que se encontrava em mobilidade.
4.	Plano estratégico da ULS de Coimbra: identificação de um objetivo estratégico	Vacinação BCG Elaboração e preenchimento manual do mapa enviado pelo Conselho de Administração pelos enfermeiros presentes em reunião; Ficou decidido que a Enfermeira Fátima e Enfermeira Cátia após preenchimento informático, o mesmo seria divulgado por todos os enfermeiros, para verificação de possíveis incoerências até dia 17/05/2024.
5.	Agendada próxima reunião de enfermagem para dia 26/06/2024	
	Terminada a reunião às 13:00 horas.	

Equipa de Enfermagem da USP – ULS Coimbra

Elaborado por: Fátima Gomes
Data: 15/05/2024


Aprovado por: _____
Data: ____/____/____


1/1

Título Registo da Reunião da Equipa de Enfermagem de Saúde Pública	N.º Reunião 3/2024
Responsável pelo Registo: Fátima Gomes.	

Data da reunião: 15/05/2024 local: Sede da USP do ACES BM – Sala de Reuniões da USP – Centro de Saúde de Santa Clara / presencial.
Início às 10:00 horas – Término às 13:00 Horas

Próxima reunião: 26/06/2024

Equipa de Enfermagem da USP – ULS Coimbra

Elaborado por: Fátima Gomes
Data: 15/05/2024


Aprovado por: _____
Data: ____/____/____


2/1

APÊNDICE VIII – EIXO EXCELÊNCIA ASSISTENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo Excelência Assistencial

Objetivo: Realizar ações de sensibilização às USF/UCSP/maternidades da ULS de Coimbra /Cumprimento da norma n.º n.º 018/2020 de 27/09/2020 (vacinação atempada à nascença das crianças elegíveis para vacinação, com BCG)

Meta Que > 65% das USF/UCSP/maternidades tenham conhecimentos da estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito

A vacinação mudou o panorama das doenças infecciosas nos países desenvolvidos, permitindo a redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde. Segundo o diário da República 16 de agosto de 2023 n.º 158 as doenças infecciosas são problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento em Portugal, onde se inclui a tuberculose.

No âmbito do PNS 2030 um dos objetivos de saúde é reduzir a taxa de incidência em todas as idades (valor a alcançar por 100000 habitantes por tuberculose HM:12,1). Segundo a norma da vacinação da BCG n.º 006/2016 na versão atualizada em 24/03/2023 " a estratégia de vacinação contra a tuberculose de crianças de grupos de risco com a vacina BCG, foi determinada por Despacho1 no ano de 2016, e implementada através da Norma n.º 006/2016 da DGS, de 29/06/2016, tendo sido reforçada a identificação de crianças elegíveis para vacinação em 2018 (Norma n.º 010/2018 da DGS, de 17/04/2018) e recomendada a vacinação o mais precocemente possível, de preferência na maternidade, através da Norma n.º 018/2020 de 27/09/2020."

Resultados esperados

Cumprimento da Norma - Vacinação BCG.

Plano de trabalho

Preparação de referencial teórico para apresentação à população alvo no mês de setembro/outubro de 2024; Realizar cronograma e fluxograma das atividade no mês de setembro e outubro de 2024; contactar as unidades e calendarizar as ações em novembro e dezembro de 2024; Realizar intervenção programada nos meses de janeiro a maio de 2025; avaliar a execução da ação através da quantificação das intervenções realizadas/programadas.

Referências Bibliográficas:

Resolução de Conselho de Ministros nº 93/2023. Diário da República, 1ª série. nº 158 pagina 72- 126. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/Resolucao-do-Conselho-de-Ministros-no-93-2023.pdf> [acedido em 17/05/2024] .

Direção Geral da Saúde – Norma n.º 006/2016 de 29/06/2016, atualizada a 24/03/2023 - Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG.

Direção Geral da Saúde. NORMA n.º 018/2020 – Programa Nacional de Vacinação 2020, atualizada a 27/09/2020.

Direção Geral de Saúde. (s.d.). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf. [acedido em 17/05/2024].

Indicador

Ações realizadas/ações programadas

Participantes Profissionais de saúde da USP/UCSP/maternidades da ULS Coimbra.

Fórmula de cálculo

Numerador: Ações realizadas

Denominador: Ações programadas /46 UF e duas maternidades

Meta do indicador

Realizar > 65% das ações programadas.

Situação atual

Referenciação tardia; solicitação frequente de esclarecimento por parte das USF/UCSP sobre critérios de elegibilidade; referenciação frequente de crianças não elegíveis.

Responsável

Equipa de Enfermagem da USP de Coimbra/ equipa responsável pelo BCG da USP.

Recursos

Recursos Físicos: Instalações dos Centros de Saúde e maternidades, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais da USP/USF/ UCSP/ Maternidades. Recursos financeiros: Encargos com deslocações.

Data de início set.-24

Data de finalização set.-25

APÊNDICE IX - EIXO CAPITAL HUMANO

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo Capital Humano

Objetivo: Capacitar os colaboradores

Meta: Elaborar sessões de *coaching* a pelo menos 75% profissionais do Departamento de Saúde Pública da ULS Coimbra (Distribuição por grupos profissionais).

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito

Potencialização do capital humano da USP da ULS de Coimbra. *Coaching* profissional coletivo com vista a moldar as atitudes e as mentalidades na mesma direção. Maximizar o potencial da equipa de USP através de um processo estimulante e criativo.

Resultados esperados

Desenvolver competências pessoais necessárias dos profissionais da USP para executar as suas tarefas nos níveis mais elevados e motivá-los para assumir mais iniciativa e responsabilidade para si próprios. Alinhamento com visão da ULS Coimbra. Aumentar produtividade. Trabalhar de modo mais eficiente.

Plano de trabalho

Organizar grupos para sessões de *coaching*.

Contratar equipa de *coaching*.

Calendarizar e Realizar sessões de *coaching*.

Avaliar sessões de *coaching*.

Indicador

Percentagem de profissionais abrangidos pelas sessões de *coaching*

Participantes

Todos os profissionais do Departamento de Saúde Pública da ULS Coimbra .

Fórmula de cálculo

Numerador: Nº de profissionais que participaram em sessões de *coaching*

Denominador: N.º total de profissionais da USP da ULS Coimbra

Meta do indicador

Elaborar sessões de *coaching* a pelo menos 75% profissionais da USP da ULS Coimbra

Situação atual

Necessidade sentida pelos profissionais face à mudança de paradigma para organização em ULS Coimbra e necessidade de maior coesão, cooperação e motivação dentro da equipa da USP.

Responsável

Gabinete de formação da ULS Coimbra, em articulação com a USP.

Recursos

Recursos Físicos: Instalações dos Centros de Saúde, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais da USP e do Serviço de Formação da ULS de Coimbra. Recursos financeiros: Encargos com deslocações e com formadores.

Data de início mar.-25

Data de finalização jun.-25

APÊNDICE X - EIXO PREVENÇÃO E PROXIMIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo Prevenção e Proximidade

Objetivo: Realizar rastreio de TB às "pessoas sem abrigo" da Cidade de Coimbra

Meta: Que pelo menos 75% das "pessoas sem abrigo" realizem rastreio de TB

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito

A ação desenvolve-se no âmbito do Programa de TB, que prevê atividades de prevenção, controlo e cuidados em pessoas de grupos de risco- "Reorganização dos Centros de Diagnóstico Pneumológico", Março de 2024

Resultados esperados

Realizar rastreio à população identificada. Contribuir para alcançar as metas da OMS. Aumentar a literacia sobre TB.

Plano de trabalho

Recolha documental sobre a população alvo "pessoas sem abrigo" e dos cuidadores (maio a setembro de 2024).
Articulação com Instituições que atualmente acolhem e cuidam desta população (outubro de 2024). Realizar ações de sensibilização / formação aos grupos identificados - "pessoas sem abrigo" - instituições (novembro 2024 a janeiro de 2025). Realizar rastreio às pessoas identificadas (fevereiro a março de 2025)
Avaliação da ação (maio de 2025)

Indicador

nº ações realizadas/nº ações programadas

Participantes

Profissionais de saúde do Centro Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.
Instituições de Solidariedade Social (IPSS).
Câmara Municipal de Coimbra.

Fórmula de cálculo

Numerador: Rastreio realizados

Denominador: Rastreio programados

Meta do indicador

Realizar 75% dos rastreios programados.

Situação atual

Intervenção dirigida a esta população, nesta área (TB), de forma concertada com as várias Instituições (Saúde /Autarquia e IPSS) - Já identificadas 257 pessoas sem abrigo.

Responsável

Profissionais de Saúde da USP de Coimbra

Recursos

Recursos Físicos: Instalações do Centro Diagnóstico Pneumológico - RX - Laboratório e IPSS, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais do CRC/CMC/IPSS. Recursos financeiros: Encargos com deslocações / exames complementares de diagnóstico.

Data de início mai.-24

Data de finalização mai.-25

APÊNDICE XI - PREVENÇÃO E PROXIMIDADE 2

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo: Prevenção e proximidade

Objetivo: Prevenção da doença e promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Meta: Garantir o cumprimento da legislação das Máquinas de Venda Automática nas Unidades de Saúde da ULS Coimbra

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito Despacho 7516 - A de 2016

Resultados esperados

Garantir a oferta de alimentos saudáveis nas máquinas de venda automática e garantir o cumprimento da legislação.

Plano de trabalho

Reunião com os Responsáveis das máquinas de venda automática.

Calendarizar visitas.

Aplicar *Cheklis*t a todas as máquinas de venda automática, elaborar um relatório, propor correção de não conformidades.

Monitorizar a correção das não conformidades.

Indicador

Percentagem de não conformidades corrigidas

Participantes

Médicos e Enfermeiros de Saúde Pública e Técnicos de Saúde Ambiental da ULS Coimbra

Fórmula de cálculo

Numerador: N.º de não conformidades corrigidas

Denominador: N.º total de não conformidades detetadas

Meta do indicador

Corrigir 75% das não conformidades

Situação atual

Ausência de diagnóstico e acompanhamento das máquinas de venda automática, dentro das instalações da ULS Coimbra

Responsável

USP da ULS Coimbra

Recursos

Recursos Físicos: Instalações da ULS Coimbra, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais da USP. Recursos financeiros: Encargos com deslocações.

Data de início jun.-24

Data de finalização: Trimestre/ano

APÊNDICE XII – EIXO RESPOSTAS INTEGRADAS E CENTRADAS NO CIDADÃO

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo: Respostas Integradas e Centradas no Cidadão

Objetivo: Realizar reuniões formativas sobre o cheque dentista (nas coortes dos 7, 10 e 13 anos) aos diretores de turma/Professores responsáveis

Meta: Que pelo menos 75% dos diretores de turma/Professores responsáveis das turmas com crianças de 7,10 e 13 anos, estejam presentes nas reuniões formativas dos cheques dentista.

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

~

Âmbito

O Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) integra o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), desde 2008, tendo como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) tem como objetivos a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento precoce das doenças orais.

Através dos cheques-dentista, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) procura avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais.

O PNPSO proporciona acesso aos cuidados de saúde oral a quatro segmentos populacionais: crianças e jovens, mulheres grávidas, idosos, doentes com a infeção VIH e SIDA. Destes segmentos destacamos o seguinte subgrupo: Crianças e jovens - coorte dos 7, 10 e 13 anos, PNPSO – população elegível / contexto escolar. Os cheques-dentista são guias que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Através dos cheques-dentista, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) procura avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais.

Resultados esperados

Contribuir para o aumento da utilização do cheque dentista.

Contribuir para alcançar as metas do PNPSO.

Plano de trabalho

Identificar os estabelecimentos escolares/parque escolar com crianças nas coortes dos 7,10 e 13 anos;

Contactar Direção dos Agrupamentos das Escolas e solicitar reunião com diretores de turma/Professores responsáveis das turmas, e solicitar o contacto dos mesmos;

Em reunião: Sensibilizar/Informar sobre cheque dentista

Indicador

Nº de reuniões realizadas/ Nº de reuniões programadas

Participantes

Enfermeiros da USP da ULS Coimbra e diretores AE e Diretores de turma/Responsáveis pelas turmas com crianças das coortes dos 7,10 e 13 anos.

Fórmula de cálculo

Numerador: Nº de reuniões realizadas

Denominador: Nº de reuniões programadas

Meta do indicador

Realizar pelo menos 75% das reuniões programadas, (uma reunião por ciclo - 1º, 2º e 3º ciclo) por agrupamento de escolas.

Situação atual

Falhas /perdas na entrega dos cheques dentista; Existência de cheques emitidos não utilizados. Num universo de 28 Agrupamentos e 6 Escolas não agrupadas.

Responsável

Enfermeiros da USP da ULS Coimbra.

Recursos

Recursos Físicos: Sala de reuniões dos agrupamentos das escolas, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Enfermeiros da USP. Recursos financeiros: Encargos com deslocações.

Data de início mai.-24

Data de finalização mai.-25

APÊNDICE XIII – EIXO REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO E CONTROLO DE GESTÃO

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo: Redução de Desperdício e Controlo de Gestão

Objetivo: Desmaterialização de Documentos

Meta: Que pelos menos 75% dos atos relacionados com a assiduidade dos profissionais da USP sejam realizadas na plataforma RHV/ SISQUAL

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito

Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis - OMS / Políticas de Baixo Carbono

Resultados esperados

Diminuição do consumo de papel e tinteiros

Plano de trabalho

Formação aos profissionais sobre a utilização efetiva da plataforma RHV / SISQUAL.

Indicador

Percentagem de atos realizados na plataforma RHV/ SISQUAL

Participantes

Todos os profissionais da USP da ULS Coimbra

Fórmula de cálculo

Numerador: N.º atos realizados na plataforma RHV/ SISQUAL

Denominador: Total de atos realizados no âmbito do RHV/SISQUAL

Meta do indicador

Que pelos menos 75% dos atos relacionados com a assiduidade dos profissionais do DSP sejam realizadas na plataforma RHV/ SISQUAL

Situação atual

Redundância na utilização de modelos em papel, de funcionalidades existentes na plataforma RHV/ SISQUAL

Responsável

Todos os profissionais do DSP da ULS Coimbra e gestores da plataforma RHV/ SISQUAL

Recursos

Recursos Físicos: Instalações da ULS Coimbra, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais do DSP e Gestores da Plataforma RHV/SISQUAL. Recursos financeiros: Encargos com deslocações.

Data de início set.-24

Data de finalização set.-25

APÊNDICE XIV – EIXO SUSTENTABILIDADE E MOBILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO EIXO ESTRATÉGICO, DO OBJETIVO ESTRATÉGICO E DA META ESTRATÉGICA

Eixo: Sustentabilidade e Mobilidade

Objetivo: Reduzir os encargos associados a deslocação dos profissionais da USP da ULS de Coimbra

Meta: Que pelo menos 50% das reuniões de serviço seja realizadas em plataforma Teams

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Âmbito

Objetivos de desenvolvimento Sustentável - ODS

Resultados esperados

Reduzir os custos de deslocação dos Profissionais do DSP. Melhor gestão e rentabilização de tempo.

Plano de trabalho

Realizar cronograma das reuniões em serviço, definir 50% das mesmas em plataforma *Teams*

Indicador

Reuniões realizadas

Participantes

Profissionais da USP

Fórmula de cálculo

Numerador: Nº de reuniões realizadas por Teams

Denominador: Nº Total de Reuniões

Meta do indicador

Que pelo menos 50% das reuniões de serviço sejam realizadas em plataforma *Teams*

Situação atual

Reuniões maioritariamente presenciais com dificuldades de deslocação dos profissionais de centros de saúde mais distantes com maior dificuldade de gerir o tempo de trabalho.

Responsável

Responsáveis pelos serviços do DSP, responsáveis pelas diferentes categorias profissionais e conselho técnico.

Recursos

Recursos Físicos: Instalações da ULS Coimbra, equipamentos informáticos. Recursos humanos: Profissionais do DSP.

Data de início set.-24

Data de finalização set.-25

APÊNDICE XV – CRONOGRAMA UCC “B”

ATIVIDADES	LIMITE TEMPORAL												
	28/10 a 1/11	4/11 a 8/11	15/11	10/11	12/11	11/11 a 15/11	18/11 a 22/11	25/11 a 29/11	2/12 a 6/12	9/12 a 13/12	16/12 a 20/12	janeiro	fevereiro
Integração na UCC da ULS de Coimbra.	X												
Realização de visita domiciliária (ECCI)	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participação em Programa Anos de Vida Q(ualidade)	X	X							X		X	X	X
Participação em Formação/Ação Cuidadores Informais com participação da equipa multidisciplinar e docentes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e com relatos na primeira pessoa de cuidadores.		X											
Elaboração do projeto de estágio	X	X											
Submissão dos documentos à DGE			X										

Entrega do projeto de estágio				X									
Avaliação intercalar – reunião online.					X								
Visita à comunidade Cristã Casa de Acolhimento de Crianças e Jovens em Risco – Sessão de Educação para a Saúde sobre alimentação saudável em parceria com nutricionista						X							
Participação em sessão de educação para a saúde em suporte básico de vida nas escolas de agrupamento de Coimbra Sul						X							
Participação em ação com palestra no dia internacional da diabetes no Pavilhão de Portugal aberto à comunidade em geral						X							
Realização de sessão de educação para a saúde em parceria com associação de prevenção e segurança							X						

infantil (APSI) na Escola de Hotelaria													
Participação em Programa SNIPI- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Grupo de apoio a crianças que apresentem atraso no desenvolvimento ou em risco.										X			
Realização de sessões de educação para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva 12º ano e 9º ano									X	X			
Participação em Programa FLASH – Consulta de atendimento jovem com a finalidade de sensibilizar os jovens para adoção ou manutenção de estilos de vida saudáveis.											X		
Avaliação Formativa (data a definir)													
Realização de Sessões de Educação para a Saúde no âmbito do projeto de estágio de intervenção												X	

comunitária aos estudantes do 9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores e Conservatório de Música de Coimbra.														
Entrega de Relatório (data a definir)													X	X
Avaliação Sumativa (data a definir)													X	X

APÊNDICE XVI – CALENDARIZAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

◀ Dezembro		Janeiro 2025					Fevereiro ▶
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	
			1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11	
12	13 9°C 9H15 às 10H sala C11 9° D 10H15 às 11H sala C10	14 9° A 9H15 às 10H sala C4q 9° B 10H15 às 11H sala B6+	15 9° A 12H às 12H45	16 9° B 9H15 às 10H	17 9°D 9H às 9H45 sala LB4	18	
19	20 9°C 9H15 às 10H sala C11 9° D 10H15 às 11H sala C10	21 9° A 9H15 às 10H sala C4q 9° B 10H15 às 11H sala B6+	22 9°C 12H às 12H45 sala LB4	23	24	25	
26	27	28	29	30	31		

APÊNDICE XVII – *POWERPOINTS* DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE


 **9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores
e Conservatório de Música de Coimbra**



ISTs



Enfermeira em Estágio na UCCNM: Cátia Simões N° 5230145
Enfermeira UCCNM: Marisol Simões
Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária | Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



O que é a sexualidade?

É uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

(OMS, 2001).

2

 **IPL**
instituto politécnico de leiria

Infeções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)


São doenças infecciosas provocadas por bactérias, vírus, fungos e parasitas, cujo contágio é feito principalmente através de relações sexuais.

Algumas podem também ser transmitidas por contacto com fluidos corporais, a partir de sangue e tecidos infetados se forem usados em transfusões e transplantes, e de mãe para filho durante a gravidez e o parto.



- Transmissão por contacto sexual oral
- Transmissão por contacto sexual anal
- Transmissão por contacto sexual vaginal

3

 **IPL**
instituto politécnico de leiria

Implicações graves na saúde e qualidade de vida a longo prazo:

- Cancro ginecológico;
- Infertilidade;
- Aborto, parto prematuro e problemas nos recém-nascidos;
- Cirrose e cancro do fígado;
- Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH);
- Morte prematura.

4



Fatores que contribuem para o aumento das ISTs:

COMPORTAMENTAIS

O início mais precoce da vida sexual

O menor receio de uma gravidez indesejada

A troca frequente de parceiros sexuais

5



As principais infeções sexualmente transmissíveis são:

- Micoplasmose genital, causada pela bactéria *Mycoplasma genitalium*,
- Tricomoniase, causada pelo parasita *Trichomonas vaginalis*,
 - Sífilis, provocada pela bactéria *Treponema pallidum*,
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH),
- Clamidiose genital, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*,
- Condilomas anogenitais, causados pelo vírus do papiloma humano (HPV),
- Gonorreia, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*,
- Hepatite B, causada pelo vírus da hepatite B;
- Herpes genital, causada pelo vírus *Herpes simplex* tipo 2.

6

1 Clamidiose genital, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*

Transmite-se nas relações sexuais – vaginais, retais ou orais – por contacto com os fluidos genitais, não sendo obrigatório que esteja esperma presente para haver contágio. A *Chlamydia trachomatis* pode alojar-se na uretra, no reto, na garganta ou, nas mulheres, no colo do útero.

Mulheres

- Dor ou ardor ao urinar;
- Dor abdominal e pélvica;
- Corrimento vaginal espesso e amarelado;
- Dor nas relações sexuais;
- Hemorragia vaginal;

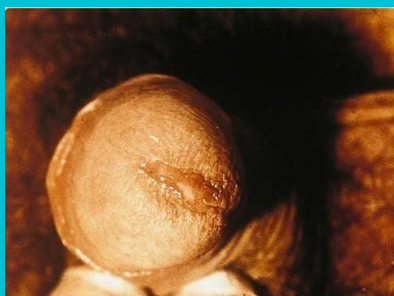
Principais Sintomas

Homens

- Dor ou ardor ao urinar;
- Corrimento pela uretra;
- Prurido (comichão) na uretra;
- Orquite (inflamação e infeção testicular) com inchaço do escroto e dor ou desconforto dos testículos.

7

Clamidiose não tratada pode ter complicações graves!



Homem



Mulher

8



- ❑ Doença inflamatória pélvica em 10%-15% das mulheres não tratadas, pode causar infertilidade, aborto, gravidez ectópica, parto prematuro e nascimento de bebés com baixo peso.
- ❑ Nos homens, inflamação e infeção do epidídimo (epididimite) e da próstata (prostatite), que também podem dar origem a infertilidade.
- ❑ O tratamento da clamidiose é feito com antibióticos específicos.

2 Condilomas anogenitais, causados pelo vírus do papiloma humano (HPV);

O HPV é causa de condilomas anogenitais e de várias formas de cancro. No entanto, é possível ser portador de HPV e nunca desenvolver qualquer sintoma ou doença.

O programa nacional de vacinação português inclui a vacinação das raparigas (desde 2008) e rapazes (desde 2020) aos 10 anos de idade contra 9 genótipos ou tipos de HPV.

A vigilância regular das mulheres em consulta de ginecologia, com realização de citologia cervical é a principal forma de rastreio do cancro do colo do útero. O uso de preservativo contribui para prevenir a transmissão de HPV.

Naturalmente, quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a probabilidade de contágio. Por isso, evitar a troca frequente de parceiros sexuais ajuda a prevenir a infeção por HPV.

Não existe um tratamento antivírico que permita eliminar o vírus do papiloma humano. Assim, o tratamento das infeções por HPV é direcionado para os sintomas das doenças que o vírus provoca.

Problemas de Saúde Provocados:

Condilomas ou verrugas anogenitais, com ou sem quaisquer outros sintomas ou sinais além da sua presença, problema que não é habitualmente grave;

Várias formas de cancro, principalmente cancro da vagina, cancro do colo do útero, cancro do pénis, cancro anal, cancro da boca e garganta. Frequentemente o diagnóstico destes cancros é tardio, quando a doença já está numa fase avançada.

11



12

3 Gonorreia, causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*

Principais
causas de
uretrite

Período de
incubação
depois do
contágio é de
cerca de uma
semana

Trata-se com
antibióticos

Usar sempre preservativo nas relações sexuais!

13



14

4

Herpes genital causada pelo vírus *Herpes simplex* tipo 2

Nas pessoas infetadas, o vírus encontra-se nas lesões, saliva, esperma e fluidos vaginais. As pessoas infetadas podem transmitir o vírus mesmo quando não têm lesões.

Sinais e Sintomas:

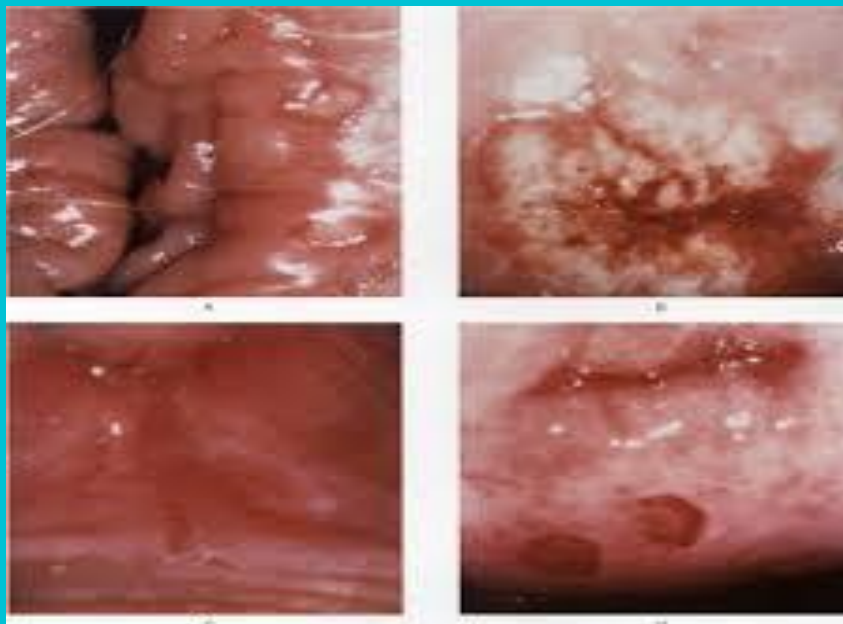
Pequenas bolhas (vesículas) preenchidas de líquido, que acabam por rebentar deixando feridas (úlceras) avermelhadas e dolorosas.

Tratamento é dirigido aos sintomas porque a doença não tem cura

Dois tipos, o HSV-1 e o HSV-2

O herpes genital é provocado principalmente pelo HSV-2, transmitido nas relações sexuais vaginais ou anais

15



16

5 Micoplasmose genital, causada pela bactéria *Mycoplasma genitalium*

Nos homens, a micoplasmose genital traduz-se principalmente por uretrite, ou seja, inflamação e infeção da uretra

Nas mulheres, o *Mycoplasma genitalium* provoca principalmente infeção do colo do útero (cervicite)

O tratamento é feito com antibióticos. No entanto, não há muitos antibióticos eficazes.

17



18

6

Tricomoníase, causada pelo parasita trichomonas vaginalis

Deve-se a um parasita e o tratamento é simples e eficaz.

Infeção sexualmente transmissível não viral .

Nas mulheres:

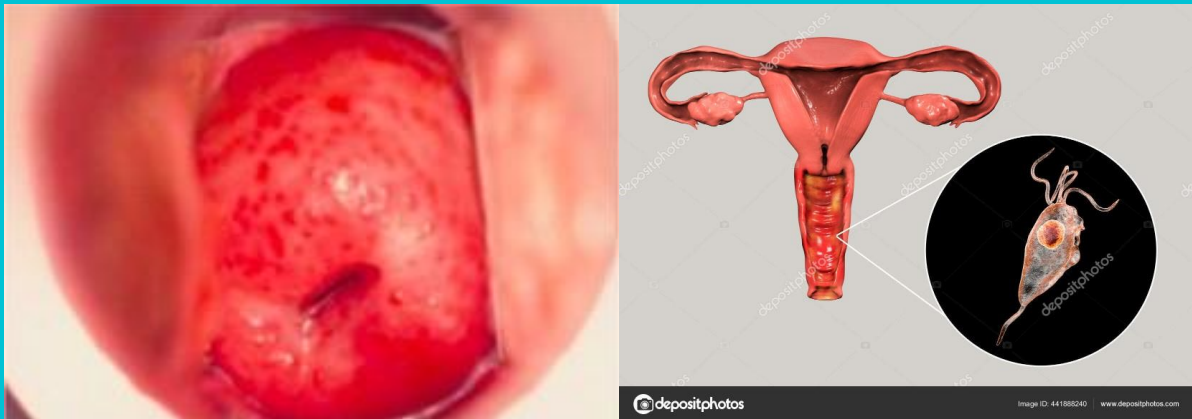
Dor, ardor ou desconforto ao urinar e durante relações sexuais.

Prurido, corrimento vaginal mais abundante e espesso do que o habitual, de cor amarelada ou esverdeada e odor desagradável.

Ausência de sintomas é mais comum nos homens – uretrite mais comum.

Tratamento com medicamentos antiparasitários.

19



20

7

Sífilis provocada pela bactéria *Treponema pallidum*

A principal forma de contágio são as relações sexuais, vaginais, orais ou anais, através do contacto com lesões cutâneas ou mucosas de sífilis (cancro duro), que podem ou não ser visíveis.

Sífilis Primária, Secundária ou Terciária ou Latente.

Usar preservativo nas relações sexuais é a melhor forma de impedir o contágio.

21



22

8 Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)

O VIH é a causa da síndrome de imunodeficiência adquirida ou SIDA (acquired immunodeficiency syndrome ou AIDS em inglês). Por isso, é chamado correntemente vírus da SIDA ou o assunto é referido como VIH / SIDA .

A SIDA é a fase final da infeção por VIH, resultante da destruição do sistema imunitário.

O VIH é um retrovírus que infeta e destrói as células T CD4+ do sistema imunitário;

O sistema imunitário fica enfraquecido (imunodeficiência), deixando as pessoas infetadas mais vulneráveis a doenças provocadas por bactérias, vírus e outros agentes infecciosos.

23



24

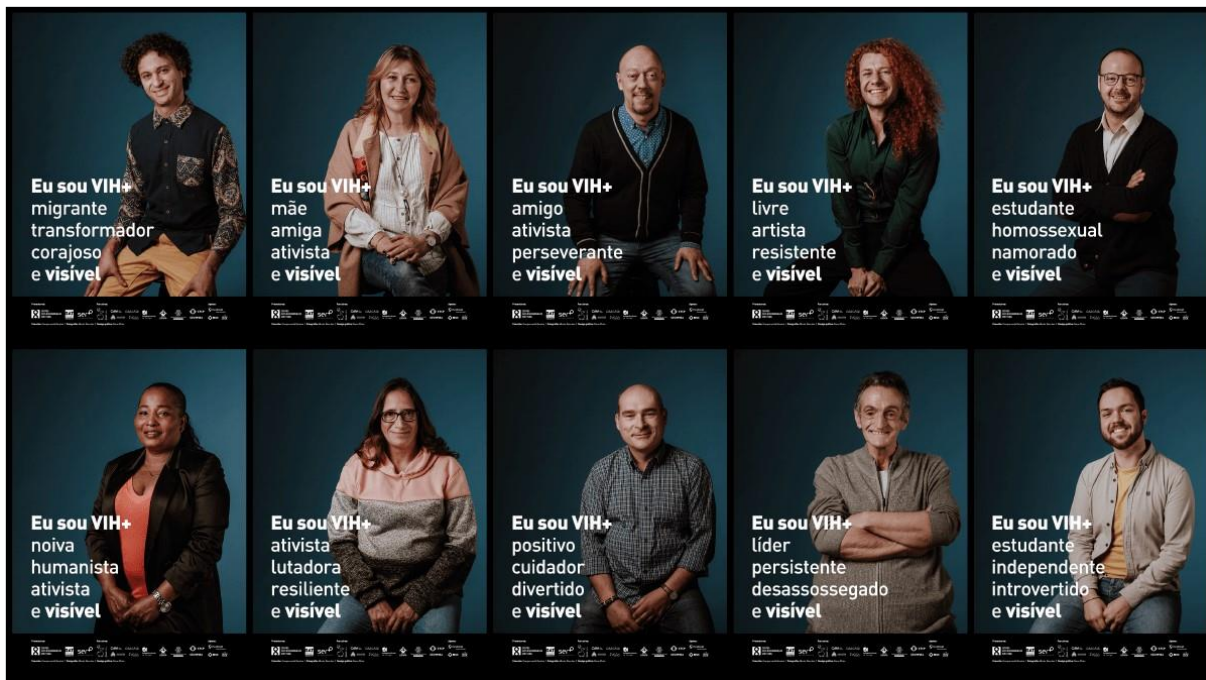
IPL
 instituto politécnico de leiria

O VIH não se transmite através da saliva, lágrimas, suor, fezes ou urina das pessoas infetadas.

VIH não tem cura. Os tratamentos disponíveis atualmente contrariam os efeitos do vírus sobre o sistema imunitário (terapêutica antirretroviral) e assim ajudam a evitar as doenças oportunistas.

Com estes tratamentos, o período de tempo entre a infeção por VIH e o diagnóstico de SIDA pode ser de vários anos ou pode mesmo nunca se chegar a este diagnóstico.

25



Hepatite B, causada pelo vírus da hepatite B

- Via sexual: vaginal, anal e oral (forma de transmissão mais comum)
- Ataca o fígado, podendo causar doença aguda ou crónica.
 - A hepatite B aguda, recomendando-se cuidados de hidratação e repouso. Podem usar-se medicamentos (antivirais) em casos especiais.
- Sintomas:
 - febre
 - dor abdominal
 - fadiga
 - diminuição do apetite
 - náuseas
 - vómitos
 - icterícia (coloração amarelada da pele e dos olhos)
 - urina escura
 - fezes claras
- Fatores de Risco:
 - Ter múltiplos parceiros sexuais
 - Relação sexual desprotegida
 - Não estar vacinado contra a hepatite B

27



28



Há outras infeções que também se podem transmitir por via sexual, não sendo esta via muito importante na disseminação da doença.

Por isso, não são consideradas infeções sexualmente transmissíveis. É o caso, por exemplo, das hepatites A e C e do vírus zika.

29



A que sinais e sintomas é preciso estar atento?

- ❑ Muitas infeções sexualmente transmissíveis não têm sintomas, ou estes são apenas ligeiros.

Algumas alterações genitais podem ser sinal de que pode haver uma infeção sexualmente transmissível:

- ❑ Comichão (prurido), presença de úlceras ou outras lesões genitais, sensação de queimadura genital, corrimento vaginal anormal ou corrimento pela uretra, são sempre indicativos de que devem ser procurados cuidados médicos.

30



Como se tratam as ISTs?

A clamidiose, candidíase vaginal, gonorreia, micoplasmose, sífilis e tricomoníase, que são causadas por bactérias, fungos e parasitas, **SÃO CURÁVEIS!**

As infeções pelos vírus da hepatite B, vírus *Herpes simplex*, vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus do papiloma humano (HPV) não têm um tratamento curativo!

O objetivo do tratamento é controlar a infeção e os seus efeitos a longo prazo.

31



Previna as ISTs

- ❑ Usar sempre preservativos
- ❑ Evitar relação sexual quando há suspeita de existência de ISTs
- ❑ Vacinação
- ❑ Algumas infeções sexualmente transmissíveis são prevenidas por vacinação, como as infeções pelos vírus do papiloma humano (HPV) e vírus da hepatite B.
- ❑ O programa nacional de vacinação português inclui atualmente a vacinação contra o HPV, tanto para as raparigas (desde 2008) como para os rapazes (desde 2020).

32



Rastreio de infeções sexualmente transmissíveis

- ❑ O rastreio é fundamental para diagnosticar e tratar precocemente as ISTs e evitar o contágio. A maioria dos rastreios de ISTs é feito através de uma análise de sangue ou de urina.

Jogo Interativo



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APF. (2020). Infecções Sexualmente Transmissíveis. Obtido em 19 de março de 2024, de Associação para o Planeamento da Família: <https://apf.pt/informacao-tematica/infecoes-sexualmente-transmissiveis/>

Hospital da Luz. (n.d.). *Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)*. Acedido a 15 de dezembro de 2024, em <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ists>

36

OBRIGADA!

Questões?

Enfermeira Cátia Simões, N.º 5230145

Enfermeira Marisol Simões

Professora Doutora

Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

37

IPL
instituto politécnico
de leiria

**9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta
das Flores e Conservatório de Música de
Coimbra**

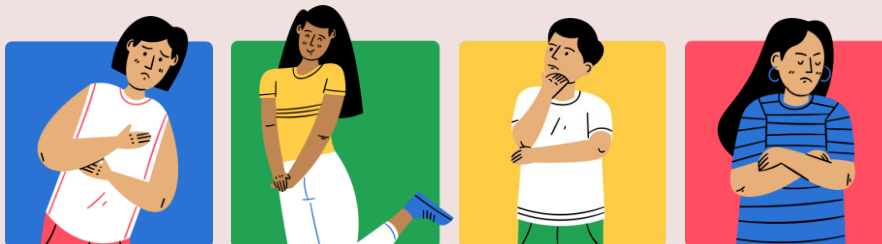
UCCNM

Sexualidade Segura: Métodos Contracetivos

Enfermeira em Estágio na UCCNM: Cátia Simões
Enfermeira Marisol Castelo -Branco (UCC Norton de Matos)

janeiro , 2025

O que é a sexualidade?



O que é a sexualidade?

É uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

É uma parte integrante da vida de cada indivíduo que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico.

É experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

(OMS, 2001)

Análise de histórias



Métodos absorventes

1
 Penso Higiénico descartável



2
 Penso Higiénico reutilizável



3
 Copo Menstrual



4
 Tampão



5
 Cueca Menstrual




Tamanho do penso
 Tamanho do tampão
 Nº de vezes que os trocam

→

Depende de:
 Quantidade do fluxo menstrual
 Preferência de cada uma

Métodos Contraceptivos



Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência pode ser utilizada nas 72/120 horas seguintes à relação sexual de risco, de preferência o mais breve possível.

Pode ser utilizada nos seguintes casos:

- ✓ Falha ou erro na utilização de um método contraceutivo;
- ✓ Rompimento /saída do preservativo;
- ✓ Erro no cálculo do período fértil;
- ✓ Falha do coito interrompido;
- ✓ Deslocamento do dispositivo intrauterino;
- ✓ Erro na toma da pílula e no caso de ter havido relações sexuais;
- ✓ Violação.



Jogo Interativo



Referências bibliográficas

Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC), Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR). (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. Revisão científica da responsabilidade da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC). Acedido a 15 de dezembro de 2024, em

https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf

WHO (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1

WHO (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886_eng.pdf;jsessionid=BB46A42A32AA81D78C0EF2606016BA47?sequence=1



9º ano da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores
e Conservatório de Música de Coimbra

O que é onamoro?

Relação entre duas pessoas, com o desejo de ficarem juntas, porém com regras estabelecidas de compromisso e fidelidade.

Enfermeira em Estágio na UCCNM: Cátia Simões

Enfermeira UCCNM: Marisol Simões

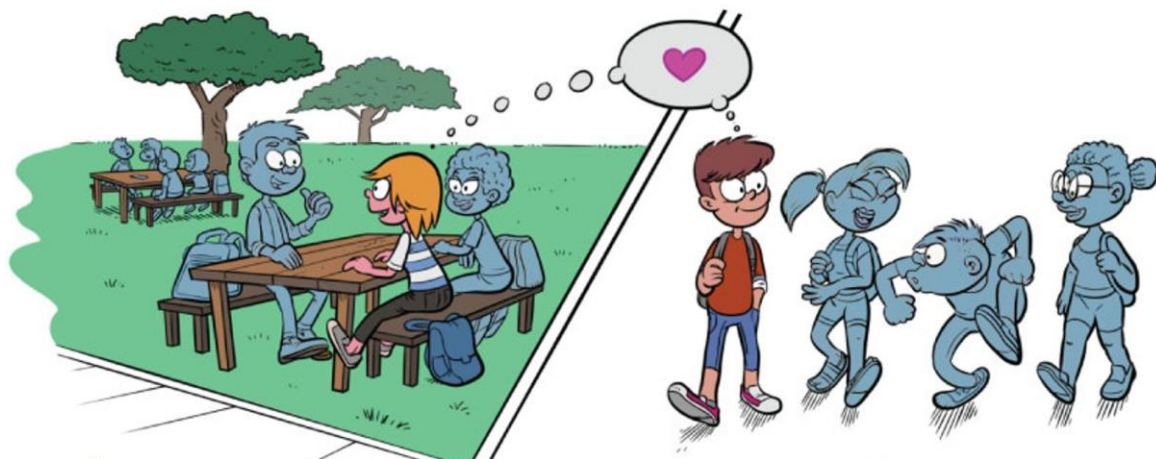
Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária | Área
de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública







NAMORAR É RESPEITAR E CONFIAR!





NAMORAR É PARTILHAR AFETO!





Receita para o bolo do namoro

Ingredientes





**Ingredientes
que estragam
o bolo**



Ingredientes que estragam o bolo:

A g r e s s ã o
D e s o n e s t i d a d e
T r a i ç ã o o u i n f i d e l i d a d e
I n s u l t o s
D e s c o n f i a n ç a
D e s e n t e n d i m e n t o o u c o n f l i t o
R e v o l t a
F a l t a d e c o m u n i c a ç ã o
Ó d i o
F a l t a d e a p o i o
C i ú m e d e f o r m a a g r e s s i v a o u a b u s i v a
A b u s o (b a t e r , f o r ç a r , c o n f i a n ç a)
F a l t a d e i n t e r e s s e
F a l s i d a d e



Ingredientes que estragam o bolo:

- Insultar
- Magoar/aleijar
- Ferir
- Rebaixar/humilhar
- Controlar (telemóvel, roupas, comida)
- Perseguir
- Tocar sem o teu consentimento



Para uma relação
saudável:

Dizer "**não**" pode ser difícil, mas é a forma certa de nos continuarmos a sentir bem connosco próprios

Nas relações saudáveis existe uma boa **comunicação**;

Devemos sentir -nos confortáveis para falar sobre qualquer tema

**Educar para
os Afetos,**

**Prevenir
a Violência
no Namoro!**



O que fazer?

- Conversa com alguém da tua confiança que te possa ajudar a encontrar soluções (familiar, amigo/a, monitor/a, professor/a, psicólogo/a da escola)

Este é um segredo mau!!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neves, S., Ferreira, M., Borges, J., Correia, M., Abreu, A. L., Correia, A., Topa, J., & Silva, E. (2020). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro em Contexto Universitário: Crenças e Práticas – 2017/2020*. Associação Plano i. Acedido a 15 de dezembro de 2024, em <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/29223/1/Estudo%20Nacional%20sobre%20a%20Violen%C3%A7a%20no%20Namoro%20em%20Contexto%20Universita%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR). (2024). *Violência no namoro em Portugal: Vitimização e conceções juvenis*. Programa ART'THEMIS+UMAR. Acedido a 15 de dezembro de 2024, em https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf

ANEXOS

ANEXO I - PROCEDIMENTO REAÇÃO ANAFILÁTICA

Quadro 4 – Procedimentos e tratamento imediato da reação anafilática

1. Remover/parar a exposição ao alérgeno precipitante, se aplicável
2. Pedir ajuda e telefonar para o 112 para transporte do doente para o Serviço de Urgência mais próximo
3. Enquanto se inicia a avaliação "ABCDE", administrar imediatamente adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL), 0,01 mL/Kg, máx. 0,5 mL, por via IM, na face antero-lateral do terço médio da coxa, a todos os doentes com sinais e sintomas respiratórios ou circulatórios (Quadro XXVII)
Se os sintomas não melhorarem pode repetir-se a adrenalina IM, cada 5-10 minutos até máximo de 3 administrações.
Globalmente, a administração precoce da adrenalina IM é a etapa mais importante e prioritária na abordagem da anafilaxia mesmo se as outras medidas não puderem ser completamente executadas
A dose de adrenalina deve ser calculada em função do peso, para evitar dosagens excessivas que podem provocar efeitos secundários, nomeadamente palpitações, cefaleias e congestão facial, entre outros
Se o peso for desconhecido, calcular a dose de acordo com a idade (Quadro XXVII). O peso de uma criança >12 meses pode ser estimado: "Peso (em kg) = [Idade (anos)+4]x2". Exemplo, uma criança de 2 anos terá um peso estimado de 12 Kg
4. Manter as vias aéreas permeáveis, usando um tubo de Guedel, sempre que indicado.
Se indicado administrar oxigénio a 100% por máscara com reservatório ou, na sua falta, por cânula nasal até 6 L/min
5. Posicionar o doente de acordo com os sintomas/sinais. Decúbito lateral: perda de consciência (a respirar) ou vômitos; decúbito dorsal com membros inferiores elevados (Trendelenburg); hipotensão ou hipotonia; semi-sentado, em posição confortável; dificuldade respiratória; decúbito lateral esquerdo: gravidez. As crianças conscientes e a respirar podem ficar numa posição preferencial, sob vigilância clínica (ex. sentadas ao colo)
6. Avaliar o Tempo de Preenchimento Capilar (TPC), a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e a saturação de O₂. Registrar as medições efetuadas, devendo essa informação acompanhar o doente na sua transferência para o Serviço de Urgência
7. Assim que possível, deve ser obtido acesso endovenoso¹
8. Considerar colheita de sangue para avaliação da triptase sérica: 1ª amostra logo que possível (sem atrasar início do tratamento), a 2ª a 1 a 2 horas após início dos sintomas e a 3ª ≥12 horas após início dos sintomas aquando da alta ou em consulta posterior
9. Iniciar perfusão endovenosa de soro fisiológico
Dose: bolus de 20 mL/Kg na criança, para reposição da volémia em 5-10 minutos, seguida de monitorização clínica.
Repetir 1 a 2 vezes se necessário
10. Raramente, se a pressão arterial continuar a baixar e não responder à administração de adrenalina IM ponderar o início de perfusão EV de adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL)
Dose: 0,1 µg/kg/min. Diluir 0,3 mg de adrenalina por kg de peso corporal em 50 mL de soro fisiológico e administrar, em perfusão EV, a 1 mL/hora (o que corresponde a 0,1 µg/kg/min)
11. Se se mantiverem os sinais de obstrução das vias aéreas, que não responderam à administração parentérica de adrenalina:
Salbutamol por Câmara Expansora (CE) ou por nebulização (salbutamol em solução para inalação/nebulização respiratória a 5 mg/mL na dose de 0,03 mL/Kg até à dose máxima de 1 mL) se o doente estiver incapaz de ventilar eficazmente ou aerossol com adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL) (diluir 1 mL em 4 mL de soro fisiológico)
12. Nas reações graves ou recorrentes e nos doentes com asma, administrar:
 - Hidrocortisona 2-10 mg/Kg EV (máximo 200 mg) ou
 - Metilprednisolona, na criança: 2 mg/Kg/dose, EV lenta ou em perfusão, diluída em soro fisiológico ou glicosado a 5% (máx. 125 mg), seguida de 2 mg/Kg/dia EV cada 6 horas, máximo 250 mg, durante 4-5 dias, sem desmame; no adulto: administrar 1-2 mg/Kg EV lenta (máx. 250 mg). Repetir cada 4 a 6 horas até 48 horas
 - Alternativamente, pode administrar-se prednisolona 1-2mg/Kg, via oral, em dose única diária (máx. 60 mg/dia)
 - Se doente com terapêutica habitual com β-Bloqueadores ou hipotensão persistente – glucagon 30 µg/Kg/dose (máx. 1 mg)
13. Administrar anti-histamínico (por exemplo clemastina - 2mL = 2mg), como tratamento de segunda linha
Crianças: 0,0125 mg/Kg/dose de 12/12 horas IM/EV, máximo 2 mg
Adultos: 1 ampola (2mg) de 12/12 horas IM/EV
14. Os anti-histamínicos devem ser continuados 3 dias para além do desaparecimento dos sinais e sintomas, devido à eventualidade de uma resposta retardada ou bifásica
15. As pessoas com sinais e sintomas respiratórios deverão ser monitorizadas em meio hospitalar durante 6 a 8 horas. As pessoas que tiveram choque anafilático deverão ser hospitalizadas durante pelo menos 24 a 72 horas

¹ As recomendações internacionais para o tratamento do doente em choque preconizam que se deve introduzir uma via intraóssea, se o acesso EV não for possível em 60 segundos. No entanto, a aplicação desta técnica tem como pressupostos a existência de material adequado e o prévio treino específico na sua aplicação. Na ausência destes pressupostos e na presença de uma situação de impossibilidade de acesso venoso em pessoas com instabilidade cardiovascular deve repetir-se a dose de adrenalina IM e insistir na obtenção do acesso venoso periférico até chegada de ajuda especializada.

98

No quadro 5 estão indicadas, por idade, as doses de adrenalina para tratamento de reações anafiláticas.

Quadro 5 - Doses de adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL) para tratamento da reação anafilática, por idade

Idade ¹	Dose
<6 meses	0,01 mL/Kg/dose
≥6 meses e <6 anos	0,15 mL
≥6 anos e <12 anos	0,3 mL
≥12 anos ²	0,5 mL

¹ As doses para crianças com idades não expressas no quadro devem ser aproximadas às referidas para a idade mais próxima
² Para reações moderadas, pode ser considerada uma dose de 0,3 mL

O algoritmo apresentado de seguida resume os procedimentos descritos.

Checklist MALA ANAFILAXIA			2024											
Equipamento	Data Validade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
1. Adrenalina a 1:1 000 (1 mg/mL)	nov/24				✓	✓								
	mai/27				✓	✓								
2. Oxigênio – máscaras com reservatório (O2 a 100%)	Tamanho adulto				✓	✓								
	Tamanho pediátrico				✓	✓								
2. Cânulas de Guedel	Tamanho 3				✓	✓								
	Tamanho 1				✓	✓								
	Tamanho													
2. Debitômetro a 15 L/m					✓	✓								
3. Insufladores autoinsufláveis com reservatório	500 ml				✓	✓								
	1.500 ml				✓	✓								
3. Máscaras faciais transparentes (circulares e anatômicas)	Tamanho				✓	✓								
	Tamanho				✓	✓								
	Tamanho													
4. Mini-nebulizador com máscara e tubo bucal				ago/27		✓	✓							
5. Soro fisiológico (EV)														
6. Broncodilatadores – salbutamol (solução para inalação/nebulização respiratória a 5 mg/ml, e suspensão pressurizada para inalação 100 µg/dose)		jan/26				✓	✓							
7. Corticosteróides – metilprednisolona (IM/EV), prednisolona (PO) e hidrocortisona (IM,EV)		mai/24				✓	✓							
Água diluição para metilprednisolona		mai/25				✓	✓							
		jun/24				✓	✓							
8. Anti-histamínico – clemastina (IM) 5 amp														
9. Esfigmomanômetro normal (com braçadeiras para criança, adolescente e adulto)														
10. Estetoscópio	18	01/02/2028				✓	✓							
Cateteres	20					✓	✓							
	22	01/12/2025				✓	✓							
	24	01/12/2025				✓	✓							
		abr/25				✓	✓							
Sistema de Soro		mar/27				✓	✓							
Dispositivo de transferência		28/02/2028				✓	✓							
Compressas (10x10cm)	25	29/02/2024				✓	✓							
		31/01/2025				✓	✓							
Agulhas	23	28/02/2026				✓	✓							
		31/03/2027				✓	✓							
		ago/26				✓	✓							
Desinfetante/Alcool	3 ml	09/04/2026				✓	✓							
Seringas	1 ml	abr/26				✓	✓							

ANEXO II – AUDITORIA *NEFROVIDA*

Lista de Verificação – Pontos de vacinação PNV

Entidade: Nefrovida, S.A.

Ponto de Vacinação: Unidade de Coimbra

Condição de funcionamento prevista	Sim	Não	Obs.
Existe Diretor Clínico?	x		
Existe Responsável dos Serviços Farmacêuticos?	x		
Portaria 248/2017, de 4 de agosto (Artigo 12.º - Pontos de Vacinação)			
a) Profissionais de saúde com treino para a vacinação, nomeadamente enfermeiros?	x		
b) Rede de frio			
Existe um responsável pela rede de frio, bem como um seu substituto?	x		
Espaço destinado ao armazenamento e/ou administração de vacinas é mantido a uma temperatura ambiente, que não ultrapasse os 21º a 23º C e protegido da exposição direta aos raios solares?	x		
Ponto de vacinação devidamente equipado (Sistemas alternativos de alimentação energética - geradores, UPS, ou outros -, se aplicável; Frigoríficos; Arcas congeladoras*/congeladores; Caixas*/malas térmicas; Acumuladores térmicos; Monitores de temperatura)? * Nos serviços farmacêuticos	x		Não dispomos de arcas congeladoras/congeladores
Equipamentos de frio possuem dispositivo para verificação da temperatura instantânea?	x		
Equipamentos de frio possuem dispositivo com indicação de temperatura máxima e mínima?		x	Indicação da temperatura instantânea. Sistema centralizado de registo de temperatura, com os parâmetros de temperatura máxima e mínima, acessível para consulta online.
Acesso ao frigorífico restrito a pessoal autorizado e identificado?	x		
Frigorífico apenas utilizado para armazenar vacinas?		x	

Verificação diária com registo da temperatura (2 a 8º C)?	x		
Frigorífico dista no mínimo 20 cm da parede e móveis e 30 cm de outros frigoríficos?	x		
Frigorífico afastado de fontes de calor?	x		
Frigorífico tem afixado em local visível o nome e contacto da pessoa a contactar em caso de anomalia?	x		
Frigorífico ligado a um circuito elétrico independente, com disjuntor próprio e tomada exclusiva e, em caso de quebras de energia, a uma fonte de energia alternativa?		x	Circuito elétrico/disjuntor da farmácia. Tomada exclusiva do frigorífico.
Condição de funcionamento prevista	Sim	Não	Obs.
Frigorífico com alarme sonoro em caso de variações de temperatura fora do intervalo permitido?	x		
Se houver segurança permanente, o alarme do frigorífico está ligado à portaria do edifício?		x	
Protocolo de procedimento para limpeza do frigorífico?	x		
c) Equipamento mínimo e medicamentos necessários para tratamento da reação anafilática, previstos na Norma n.º 16/2016 ¹	x		
d) Acesso ao Registo Central de Vacinas?	x		
Se a resposta foi NÃO, pode ser assegurada a transcrição de dados para aquele registo num prazo máximo de 72 horas?			

ANEXO III - CERTIFICADO 4º ENCONTRO INTERNACIONAL (RE)PENSAR O VIH

4º ENCONTRO INTERNACIONAL

(RE)PENSAR O VIH E Sida



Certificado

Certifica-se que o e-póster "**EFICÁCIA DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO CONHECIMENTO SOBRE ISTS DOS ALUNOS DO 9º AO 12º ANO**", da autoria de Cátia Solange Ferreira Simões, foi apresentado por **Cátia Solange Ferreira Simões**, no âmbito do **4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!"**, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 03 de dezembro de 2024

Pe/A Comissão Organizadora

Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583

Certificado nº C004351-1283/2024

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Galguciro Amaral

ANEXO IV – CERTIFICADO III CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS



**III CONVENÇÃO INTERNACIONAL
DOS ENFERMEIROS**

Tempo de Respostas

21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024
CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

CÁTIA SOLANCE FERREIRA SIMÕES

membro nº **80589** participou na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros** "**Tempo de respostas**", realizada no dia 22 de novembro de 2024, em Fátima, enquanto **Autor(a)** da **Comunicação Oral**:

TROTINETES ELÉTRICAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Coautores/as:

CAROLINA SIMÕES DUARTE | 93672
ANDRILIA FILIPA ALVES PINTO | 09762
ANA CARINA SILVA CABECINHAS | 90671
MARIA INÉS DOS SANTOS VIEIRA | 83137

Fátima, 22 de novembro de 2024.

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

O Presidente da Comissão Científica

Sérgio Branco



ANEXO V – CERTIFICADO “ENCONTRO ENVELHECIMENTO PROTEGIDO”

ENCONTRO
**ENVELHECIMENTO
PROTEGIDO** | **18 OUT 2024**
Coimbra

SPSP 
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Cátia Solange Ferreira Simões participou no **Encontro Envelhecimento Protegido**, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de Outubro de 2024, em Coimbra.

A Direção,

ANEXO VI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Enunciado	Resolução
1. A contraceção hormonal combinada consiste na associação de hormonas.	SIM
2. A via subcutânea, transdérmica e vaginal deve ser utilizada em mulheres com dificuldades na toma diária do contraceativo.	SIM
3. Considera-se esquecimento da pílula contracetiva se for superior a 24h.	SIM
4. Não devemos tomar a pílula esquecida assim que nos lembramos.	NÃO
5. Os contracetivos orais combinados têm efeitos secundários.	SIM
6. Os contracetivos orais combinados aliviam os sintomas menstruais.	SIM
7. A contraceção oral combinada diminui o risco de cancro do ovário e do endométrio.	SIM
8. A eficácia do contraceativo oral combinado não é diretamente afetada por antibióticos de largo espectro.	SIM
9. A contraceção oral combinada não deve ser recomendada a mulheres com dificuldade na adesão à toma diária.	SIM
10. Após a suspensão da contraceção oral combinada, o retorno à fertilidade não é imediato.	NÃO
11. A toma da pílula é diária e contínua e o atraso na toma não deve ser superior a 12h.	NÃO
12. A contraceção de emergência previne a gravidez após uma relação sexual desprotegida.	SIM
13. A contraceção de emergência previne até 95% a gravidez se for utilizada até 5 dias após a relação sexual.	SIM
14. A contraceção de emergência é segura.	SIM
15. Se tiver existido uma IST (Infeção Sexualmente Transmissível), os contracetivos intrauterinos (DIU) estão contraindicados.	NÃO
16. Os métodos de barreira são os únicos que protegem simultaneamente das IST's e da gravidez.	SIM
17. A eficácia dos métodos de barreira depende da sua correta utilização.	SIM
18. Os lubrificantes oleosos interferem na eficácia contracetiva quando utilizados em conjunto com o preservativo.	SIM
19. Os métodos naturais não têm necessidade de aconselhamento por profissionais de saúde.	NÃO
20. Os métodos baseados na previsão do período fértil implicam que a mulher seja capaz de identificar o período fértil.	SIM

21. As técnicas cirúrgicas (laqueação e vasectomia) têm como objetivo impedir o contacto do espermatozoide com o óvulo.	SIM
22. A esterilização cirúrgica (laqueação e vasectomia) protege contra as IST's.	NÃO
23. A vasectomia interfere no desempenho sexual.	NÃO
24. Os jovens devem ter conhecimento sobre todos os métodos contraceptivos.	SIM
25. A responsabilidade contraceptiva deve ser partilhada.	SIM
26. O aconselhamento contraceptivo deve estar à disposição dos jovens.	SIM
27. Os adolescentes não são um grupo vulnerável na área da saúde sexual e reprodutiva.	NÃO
28. Em Portugal os métodos contraceptivos mais usados pelos jovens são o preservativo masculino e a pílula.	SIM
29. Todos os métodos de contraceção oral combinada têm um impacto positivo na qualidade de vida pelos seus fins não contraceptivos.	SIM
30. Os métodos naturais não são recomendados a adolescentes pela frequente irregularidade dos ciclos menstruais.	SIM
31. O implante subcutâneo é um método de longa duração e muito eficaz.	SIM
32. O uso de contraceptivos orais combinados associado ao consumo de tabaco, aumenta o risco de doenças cardiovasculares.	SIM
33. A contraceção de emergência é a última oportunidade de prevenção de uma gravidez.	NÃO
34. Os vários métodos contraceptivos têm impacto na fertilidade.	SIM
35. A promoção da saúde reprodutiva tem como objetivo uma vida sexual responsável, gratificante e segura.	SIM

ANEXO VII – IMAGENS DAS SESSÕES



